

# **UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN – TARAPOTO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
SALUD**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN  
PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**

**TESIS**

**“FACTORES DE RIESGO Y LESIONES PREMALIGNAS DE  
CERVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE  
SALUD PUNTA DEL ESTE DISTRITO DE TARAPOTO 2015-  
2016”**

**PRESENTADA POR:**

**OBSTETRA LIRIA DEL CASTILLO ORBE**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD  
PÚBLICA**

**TARAPOTO - PERÚ  
2017**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN- TARAPOTO

## ESCUELA DE POSGRADO

### SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



### PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD

## TESIS

### "FACTORES DE RIESGO Y LESIONES PREMALIGNAS DE CERVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PUNTA DEL ESTE DISTRITO DE TARAPOTO 2015- 2016"

LAS SUSCRITAS DECLARAN QUE EL PRESENTE PROYECTO DE TESIS ES  
ORIGINAL, EN SU CONTENIDO Y FORMA.

A blue ink signature of Liria del Castillo Orbe.

Obsta. LIRIA DEL CASTILLO ORBE  
EJECUTORA

A blue ink signature of Marina Huamantumba.

Obsta. Mg. MARINA HUAMANTUMBA p  
ASESORA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN-  
TARAPOTO**

**ESCUELA DE POSGRADO  
SECCIÓN DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA  
SALUD**



**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN  
EN PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN SALUD**

**"FACTORES DE RIESGO Y LESIONES PREMALIGNAS DE  
CERVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE  
SALUD PUNTA DEL ESTE DISTRITO DE TARAPOTO 2015-  
2016"**

Sustentada y aprobada el 10 de noviembre del 2017, por los siguientes jurados

A blue ink signature of Ana Maribel Becerril Iberico.

---

Obsta. Mg. ANA/MARIBEL BECERRIL IBERICO  
PRESIDENTE

A blue ink signature of Natividad Lupe Macedo Rodriguez.

---

Obsta. Mg. NATIVIDAD LUPE MACEDO RODRIGUEZ  
SECRETARIA

A blue ink signature of Hilda Gonzalez Navarro.

---

Obsta. Mg. HILDA GONZALEZ NAVARRO  
VOCAL

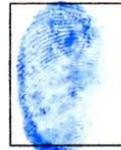
## Declaratoria de Autenticidad

Yo, Liria del Castillo Orbe, egresada de la Facultad de Ciencias de Salud de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Martín — Tarapoto, identificada con DNI N° OI 064442, con la tesis titulada "LESIONES PREMALIGNA DE CERVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PUNTA DEL ESTE DISTRITO DE TARAPOTO 2013" Declaro bajo juramento que:

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

De considerar que el trabajo cuenta con una grave, como el hecho de contar datos fraudulentos, demostrar indicios y plagio (al no citar información sus autores), plagio (al presentar información de otros trabajos como propios), falsificación (al presentar la información e ideas de otras personas de forma falsa), entre otros, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Nacional de San Martín — Tarapoto.

Tarapoto, 22 de marzo del 2018.



---

DNI N° 01064442

**Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis**

**1. Datos del autor:**

Apellidos y nombres: <i>Del Castillo Orbe, Liria</i>	
Código de alumno : <i>172411009</i>	Teléfono: <i>942682940</i>
Correo electrónico : <i>obst_liria@hotmail.com</i>	DNI: <i>01064442</i>

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

**2. Datos Académicos**

Facultad de: <i>Sección de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud</i>
Escuela Profesional de: <i>Programa de Maestría en Salud Pública con Mención en Planificación y Gestión en Salud.</i>

**3. Tipo de trabajo de investigación**

Tesis	( <input checked="" type="checkbox"/> )	Trabajo de investigación	( <input type="checkbox"/> )
Trabajo de suficiencia profesional	( <input type="checkbox"/> )		

**4. Datos del Trabajo de investigación**

Título: <i>"FACTORES DE RIESGOS Y LESIONES PREHALIGNAS DE CERVIX EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD PUNTA DEL ESTE DISTRITO DE TARAPOTO 2015-2016"</i>
Año de publicación: <i>2018</i>

**5. Tipo de Acceso al documento**

Acceso público *	( <input checked="" type="checkbox"/> )	Embargo	( <input type="checkbox"/> )
Acceso restringido **	( <input type="checkbox"/> )		

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia No Exclusiva, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

--

**6. Originalidad del archivo digital.**

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

## 7. Otorgamiento de una licencia CREA TWE COMMONS

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12<sup>o</sup> del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**".



Firma del Autor

---

## 8. Para ser llenado en la Oficina de Repositorio Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso Abierto de la UNSM-T.

Fecha de recepción del documento:

22 / 03 / 2018



Firma del Responsable de Repositorio  
Digital de Ciencia y Tecnología de Acceso  
Abierto de UNSM

\***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

\*\* **Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

## **DEDICATORIA**

A DIOS por ser la razón de mí existir y permitir que esté rodeada de muchas personas maravillosas, a mi querido esposo Hugo por su paciencia y mostrarme el camino hacia la superación, a mis hijos Anthony y Gianella por ser mi inspiración de salir adelante, este nuevo logro es una gran parte gracias a ustedes, he logrado concluir con éxito un proyecto que en un principio podría parecer tarea titánica e interminable.

LIRIA DEL CASTILLO ORBE

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, agradecer a la Universidad Nacional de San Martín-T, por haberme aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Mi agradecimiento también va dirigido al jefe del Centro de Salud Punta del Este, Dr. Denis M. Vela Ríos por haberme aceptado que se realice mi tesis en su prestigioso establecimiento.

Agradezco también a mi asesora. Obst. Mg. Marina Huamantumba Palomino por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haberme tenido toda la paciencia del mundo para guiarme, durante el desarrollo de la tesis. Así mismo a las mujeres pacientes que fueron parte de mi investigación para así recaudar los datos pertinentes.

Y para finalizar, también agradezco a todos mis compañeros de clase durante todos los niveles de universidad, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional.

## **RESUMEN**

Con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cérvix y valorar su nivel de riesgo, se ha realizado el presente estudio en el Centro de Salud Punta del Este del distrito de Tarapoto.

Para ello se ha trabajado con 283 usuarias que acudieron al establecimiento en los años 2015 y 2016, a quienes además se realizó el tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y Papanicolao (PAP), se realizó un estudio de caso control.

Del total de usuarias 71 usuarias (25.09%) resultaron positivas a lesiones premalignas, lo que hace una incidencia de 2.5 x 1000 Mujeres en edad fértil y solo un caso de cáncer insitú.

La edad menor de 24 años es el único factor psicosocial asociado a lesiones premalignas ( $P < 0.05$ ). Ninguno de los factores de conducta sexual estudiados muestra asociación con lesiones premalignas. El haber padecido ITS de cualquier tipo es un factor que se asocia a la aparición de lesiones premalignas ( $P < 0.05$ ) y con un  $OR = 2.92$ , es decir con un nivel de riesgo muy elevado. El ser multigesta es un factor reproductivo asociado a lesiones premalignas ( $P < 0.05$ ), con un nivel de Riesgo también elevado ( $OR = 2.30$ ;  $IC = 0.71 - 7.61$ ). El antecedente de tener o haber tenido familiares que cursaron con cáncer fue otro de los factores asociados ( $P < 0.05$ ).

Los factores con riesgo leve para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son: Antecedente de dos o más abortos ( $OR = 1.33$ ;  $IC = 0.54 - 3.27$ ) y tener entre 3 a 4 parejas sexuales ( $OR = 1.43$ ;  $IC = 0.80 - 2.55$ ).

El factor con riesgo moderado para la aparición de lesiones premalignas de cérvix es la práctica de coito vaginal-oral ( $OR = 1.77$ ;  $IC = 0.67 - 4.69$ ).

Los factores con riesgo alto para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son: edad materna mayor a 45 años ( $OR = 2.28$ ;  $IC = 0.91 - 5.72$ ); gran multigesta, mayor a 5 ( $OR = 2.30$ ;  $IC = 0.71 - 7.61$ ); antecedente de ITS ( $OR = 2.92$ ;  $IC = 1.02 - 8.4$ ).

Los factores con riesgo muy alto para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son: Grado de Instrucción iletrada ( $OR = 6.02$ ;  $IC = 1.08 - 33.883$ ); ocupación estudiante ( $OR = 3.14$ ;  $IC = 0.97 - 10.16$ ); edad materna menor de 24 años ( $OR = 3.42$ ;  $IC = 1.46 - 7.98$ )  
Se recomienda el uso de preservativos para evitar las ITS, que es un factor importante para cursar con lesiones premalignas de cérvix uterino.

Palabras Claves: Lesiones premalignas, cáncer cérvicouterino, factores asociados, nivel de riesgo.

## ABSTRACT

In order to identify the risk factors associated with premalignant lesions of the cervix and assess their level of risk, the present study was conducted at the Punta del Este Health Center in the Tarapoto district.

To this end, we have worked with 283 users who came to the establishment in 2015 and 2016, who were also screened for Visual Inspection with Acetic Acid (VIAA) and Papanicolau (PAP), a control case study was conducted.

Of the total users, 71 users (25.09%), were positive to premalignant lesions, which makes an incidence of 2.5 x 1000 women of childbearing age and only one case of insitu cancer.

The age under 24 years old is the only psychosocial factor associated with premalignant lesions ( $P < 0.05$ ). None of the sexual behavior factors studied show association with premalignant lesions. The fact of having suffered any kind of STIs is a factor that is associated with the appearance of premalignant lesions ( $P < 0.05$ ) and with an OR = 2.92, that is, with a very high level of risk. Being multigesta is a reproductive factor associated with premalignant lesions ( $P < 0.05$ ), with a high level of risk, too (OR = 2.30, CI = 0.71-7.61). The history of having or have had family members who suffered cancer was another associated factor ( $P < 0.05$ ).

The factors with slight risk for the appearance of premalignant lesions of the cervix are: antecedent of two or more abortions (OR = 1.33, CI: 0.54-3.27) and having among 3 to 4 sexual partners (OR = 1.43, CI: 0.80-2.55).

The factor with moderate risk for the appearance of premalignant lesions of the cervix is the practice of vaginal-oral intercourse (OR = 1.77, CI: 0.67-4.69).

The factors with high risk for the appearance of premalignant lesions of the cervix are: maternal age over 45 years (OR = 2.28, CI: 0.91-5.72); large multigesta, larger than 5 (OR = 2.30; IC: 0.71-7.61); antecedent of STIs (OR = 2.92, CI: 1.02-8.4).

The factors with very high risk for the appearance of premalignant lesions of the cervix are: Degree of illiterate instruction (OR = 6.02, CI: 1.08-33.883); student occupation (OR = 3.14, CI: 0.97-10.16); Maternal age under 24 years (OR = 3.42, CI: 1.46-7.98).

The use of condom is recommended to avoid ITS, which is an important factor to deal with premalignant lesions of the uterine cervix.

Key words: Premalignant lesions, cervical cancer, associated factors, risk level.



## ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Resumen	6
Abstract	7
Índice de Contenido	8
Índice de Tablas	9
Índice de gráficos	10
INTRODUCCIÓN	11
CAPITULO I: MARCO TEORICO	15
1.1. Fundamento Teórico científico	15
1.2. Definición de Términos	32
CAPITULO II. MATERIALES Y METODOS	33
2.1 Sistema de hipótesis	33
2.2 Sistema de variables	34
2.3 Tipo y método de la investigación	36
2.4. Diseño de la Investigación	36
2.5 Población y muestra	36
2.6 Técnicas de recolección de datos	38
2.7 Técnicas para el procesamiento de la información	38
CAPITULO III. RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	40
3.1 Resultados e interpretación de cuadros	40
3.2 Discusión de resultados	54
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	63

## INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1. Resultados relacionados al IVAA en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	41
Tabla N° 2. Resultados citológicos en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	42
Tabla N° 3. Resultados de la colposcopia en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	42
Tabla N° 4. Factores psicosociales en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	44
Tabla N° 5. Factores relacionados a la conducta sexual en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	46
Tabla N° 6. Factores relacionados con la reproducción en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	48
Tabla N° 7. Factores relacionados a antecedentes personales y familiares en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	50
Tabla N° 8. Factores relacionados al ciclo menstrual y uso de MAC en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016	52
Tabla N° 9. Valoración de riesgo (ODDS RATIO) de los factores psicosociales	53
Tabla N° 10. Valoración de riesgo (ODDS RATIO) de los factores relacionados con la reproducción.	54
Tabla N° 11. Valoración de riesgo (ODDS RATIO) de los factores relacionados con la conducta sexual	55

## INDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de casos atendidos según año	41
Gráfico 2. Resultados del IVAA	41
Gráfico 3. Resultados Citológicos (PAP)	42
Gráfico 4. Resultados de Colposcopia + biopsia	43

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino (CaCu) en el Perú es un problema de Salud Pública, que cada año cobra más víctimas por su frecuencia que va en aumento, por el daño que ocasiona a las mujeres al causar muertes y discapacidades y porque muchos de esos casos pueden ser prevenidos o detectados y tratados tempranamente. En la actualidad el 80% de los diagnósticos se hacen en etapas avanzadas y solo se llega a curar el 30%. (1).

Es el segundo cáncer más frecuente en el mundo con 86% de los casos y 88% de las muertes en países en vía de desarrollo y es la causa más importante de años de vida perdida, si no se mejoran los programas de prevención, han estimado que el número de casos de cáncer de cérvix, se incrementarán en la región de América Latina, a 126000 en el año 2025 simplemente por el envejecimiento de la población. Anualmente, más de 288 mil mujeres mueren a causa de este cáncer. En países latinoamericanos es una de las primeras causas de muerte de mujeres, afectando principalmente a las más pobres y vulnerables (2).

Las estadísticas señalan que actualmente en el Perú se desarrollan más de 5,400 casos cáncer de cuello uterino anualmente y mueren de 6 a 8 mujeres diariamente. Durante el año 2010, la Liga Peruana Contra el Cáncer, realizó en Lima 47 mil 546 despistajes de cáncer de cuello uterino, de los cuales, fueron detectados 585 casos. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres: tasa en Trujillo 43.9 y 35.2 en Arequipa (1, 2).

Estas alarmantes estadísticas, destacan que casi la mitad de las mujeres en el Perú están propensas a un pre cáncer o cáncer de cuello uterino sin embargo, tienen un resultado "normal" en el Papanicolaou, es decir que más del 50% de las mujeres que se realizan la prueba regresan a sus casas pensando que no hay ningún problema (1).

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que el cáncer de cérvix se debe considerar una enfermedad de transmisión sexual, y atribuyen a la conducta sexual de los diferentes grupos humanos la relación directa con la mayor o menor incidencia de éste; de igual forma, se invocan otros factores que pueden favorecer su aparición como: la multiparidad, el bajo nivel educativo, el inicio precoz de las

relaciones sexuales, el consumo de alcohol, el tabaquismo, el uso prolongado de pastillas anticonceptivas, los malos hábitos dietéticos y la poca actividad física; factores que al combinarse favorecen su aparición en épocas tempranas de la vida.(3-5)

El CaCu es una neoplasia que si se detecta a tiempo, se puede evitar su progresión en el organismo, a través de la realización de la citología exfoliativa por Papanicolaou (PAP) se hace el diagnóstico de la enfermedad desde etapas tempranas, sin embargo cada año se registran casos nuevos como se ha mencionado anteriormente, existen diversos factores para desarrollar CaCu (edad, paridad, inicio de vida sexual activa, número de parejas sexuales, exposición a infecciones de transmisión sexual, entre otros), también la condición socio-económica es determinante y esto lo demuestran diferentes estudios. Según datos del Instituto de Enfermedades Neoplásicas (INEN), las neoplasias más frecuentemente diagnosticadas entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país son el cáncer de cuello uterino con un (37.1%) y en nuestra Región San Martín el (38,8%). Las tasas estandarizadas de incidencia estimada de cáncer cervico-uterino es de 48,2 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000. (6).

Los programas de control de cáncer de cuello uterino se basan en el conocimiento de la existencia de lesiones precursoras, llamadas Lesiones Escamosas Intraepiteliales (LEI). Esta LEI puede ser de bajo potencial de transformación maligna o de bajo grado (LEI-BG), encontrándose en esta categoría lo que antes se conocía como VPH y displasia leve. Existen otro grupo de lesiones que presentan mayor potencial de transformación maligna, a las que se las conoce como de Alto Grado (LEI-AG), donde se encuentran incluidas las lesiones conocidas como Displasia Moderada, Displasia Severa y Carcinoma in Situ (CIS). Si estas lesiones son tratadas y eliminadas se evita el desarrollo del cáncer invasor.(7).

En la Región San Martín durante el año 2011 se hicieron 2152 Papanicolaou saliendo positivo 248 (11.5%). El 2012, 2394 PAP siendo positivo 311 (12.9%). En el 2013 se efectuaron alrededor de 2,000 detecciones de cáncer saliendo positivo 210 (10.8%) y en el 2014 se llegó a tomar muestras de PAP 3,600,

saliendo positivo 348 (13.1%). Resultado que se dio dentro de lo esperado, según las estadísticas que se maneja en la región San Martín (8).

Hoy se precisa que los exámenes deben realizarse a todas las mujeres que inician su vida sexual después de los tres años ya que éstas tienen mayor riesgo, comparando con nuestra realidad, pues en la Región San Martín, en promedio inician su vida sexual a los 12 años.

En la jurisdicción del establecimiento de salud Punta del este no está excluida de esta realidad. Del 100% de exámenes de Papanicolaou en el año 2014 se detectaron que el 20% son positivos en comparación con otros años que las cantidades fueron menores. Esto se puede sustentar en cifras epidemiológicas, donde se puede observar que es un problema preocupante ya que mantiene una tendencia creciente, sobre todo en las mujeres de 30 a 50 años.

Por tal motivo se pretende investigar cuales son los factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas de cérvix, en la población que acude al Centro de Salud Punta del Este, ya que en este centro de Salud, se concentra la población de la jurisdicción del mismo nombre y se cuenta con personal del servicio de obstetricia del Centro de Salud Punta del este, capacitadas para realizar estos exámenes y hacer el seguimiento a todas las pacientes con diagnósticos y/o lesiones que generen riesgos.

Para ello se ha sintetizado en una interrogante central:

**¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este? Distrito de Tarapoto. 2015 - 2016?**

Al conocer la existencia de Lesiones pre cancerígenas, siendo ésta prevenible cuando se detecta a tiempo las mujeres que reciben un seguimiento periódico mediante alguna de las técnicas de despistaje de cáncer de cuello uterino tendrán muy poca probabilidad de tener una complicación, o morir a causa de esta enfermedad.

**OBJETIVOS:****General:**

- Determinar los factores de riesgo asociados a lesiones premalignas de cérvix en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este. Distrito de Tarapoto. 2015 – 2016.

**Específicos:**

- Identificar los factores riesgo psicosociales y/o sociodemográficos asociados a lesiones premalignas.
- Identificar los factores riesgo asociados a la conducta sexual.
- Identificar los factores de riesgo asociados al proceso reproductivo.
- Evaluar el nivel de Riesgo de cada uno de los factores (OR).

## I. MARCO TEÓRICO

### 1.1. Fundamento teórico científico:

#### 1.1.1. El cuello uterino o Cérvix

El cérvix o cuello uterino, constituye la parte distal del útero, separado del cuerpo uterino por el orificio cervical interno; se proyecta en la vagina con una porción supravaginal superior y una porción vaginal inferior. En la mujer adulta nulípara, mide como mínimo 3,5 cm de longitud, con un diámetro medio de aproximadamente 2,5 cm. (9)

#### Histología:

**A. Exocervix:** Parte externa del cuello uterino cuya superficie tiene la apariencia de una mucosa uniformemente lisa de coloración rosada y brillante, no se identifican restos de epitelio cilíndrico, no aperturas glandulares, no quistes de Naboth, no alteraciones vasculares. A esta visión macroscópica la denominamos “cuello de apariencia Normal”.

El epitelio está formado por cinco zonas o capas diferentes:

Capa 1. Se denomina capa basal o estrato cilíndrico. Está formada por una sola hilera de pequeñas células elípticas, que forman una empalizada a lo largo de la membrana basal. Esta capa es responsable de la renovación continua de las células epiteliales.

Capa 2. Se denomina capa parabasal o estrato espinoso profundo. Consta de 3-4 hileras de células de aspecto similar pero mayor tamaño.

Capa 3. Se denomina capa intermedia o estrato espinoso superficial. Consta de 5-6 hileras de grandes células poliédricas unidas entre sí por puentes intercelulares. Las células de esta capa poseen un pequeño núcleo con abundante citoplasma claro, que contiene gran cantidad de glucógeno.

Capa 4. Se denomina de condensación. Puede ser difícil de identificar; consta de células poliédricas que están concentradas de manera densa con gránulos querato hialinos.

Capa 5. Se denomina capa superficial o estrato córneo. Está formada por 6-8 hileras de grandes células con abundante citoplasma y núcleos picnóticos. Estas células pueden experimentar queratinización (10, 11).

**B. Endocervix:** Está recubierto de epitelio columnar (glandular) que consta de una sola capa de células cilíndricas mucosecretoras. Además de las células secretoras de moco, existen algunas células ciliadas cuya función principal guarda relación con la movilización de moco. Durante la pubertad o con el uso de anticonceptivos orales, puede producirse una eversión o «ectropión» del epitelio columnar y con el inicio de la menopausia se produce la situación inversa.

**Células de reserva.** Entre la capa de células columnares y la membrana basal, a la altura de la unión escamocolumnar, se identifican pequeñas células cuboidales con un gran núcleo y escaso citoplasma, a menudo vacuolizado, a partir de las cuales puede regenerarse la mucosa. Se les ha atribuido un importante papel en la génesis de displasia. Estas células poseen la capacidad de transformarse en células columnares o escamosas; en condiciones apropiadas se multiplican provocando la denominada hiperplasia de las células de reserva.

**Unión escamocolumnar (UEC).** Es el punto en que el epitelio escamoso se reúne con el columnar. En general está situado en el ectocérvix en la mujer joven y en el endocérvix después de la menopausia. Pueden distinguirse los siguientes tipos histológicos.

- Unión escamocolumnar originaria. Consiste en la unión entre el epitelio columnar original y el epitelio escamoso originario (unión escamocolumnar).
- Unión escamometaplásica originaria. Consiste en la unión entre el epitelio escamoso originario y el epitelio escamoso metaplásico (unión escamoescamosa).
- Unión metaplasticocolumnar. Consiste en la unión entre el epitelio metaplásico escamoso y el columnar (10, 11).

**C. Orificio cervical externo:** Circular o transversal, coincide idealmente con el límite entre las mucosas Exocervical y Endocervical. (10, 11).

### 1.1.2. Factores De Riesgo

Una de las revoluciones en el pensamiento sanitario de este siglo consiste en el nacimiento del concepto de factor de riesgo.- un factor de riesgo es cualquier característica del paciente o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad. Análogamente existen factores

de protección, que serían los que cuando actúan o se dan, evitan casos de enfermedad (12).

- a. **Factores de Riesgo Reproductivos:** Entre ellos se citan a los siguientes:

**Infección por VPH:** Se ha descrito que el virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus.

**Características de la conducta sexual**

**Número de compañeros sexuales;** las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional (13, 14).

**Edad del primer coito;** en la adolescencia los tejidos Cérvico uterinos 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 (15).

**Características del compañero sexual;** en un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar (16).

**Infecciones de transmisión sexual;** se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La coinfección con el VIH facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (17).

**b. Factores relacionados con hábitos y costumbres**

**Tabaquismo,** A pesar de que se ha reportado el hábito de fumar como un factor de riesgo para lesión en el cuello uterino, incluso después de controlar los factores sexuales, diversos estudios no han demostrado un efecto dependiente del hábito tabáquico. Si bien es cierto que en la literatura se reportan estudios bioquímicos que señalan la presencia de nicotina, cotinina y mutágenos en el moco cervical de mujeres expuestas al humo del tabaco, existen discrepancias en los estudios epidemiológicos con respecto al tabaquismo como factor de riesgo. En contraste con el cáncer cervical de células escamosas, el humo del cigarro no está asociado con un riesgo incrementado significativo de adenocarcinoma de cérvix comparado con las no fumadoras (carcinoma de células escamosas: RR 1.50, 95% CI 1.35–1.66; adenocarcinoma: RR 0.86, 95% CI 0.70–1.05) (18).

**Consumo de alcohol,** El alcohol aumenta el riesgo de cáncer de cérvix dañando el sistema inmune y dejando al cuerpo más vulnerable a cualquier infección. Como regla general, las mujeres no deberían ingerir más de dos a tres unidades de alcohol por día (considerando que una copa regular de vino de 175ml contiene alrededor de 2 unidades de alcohol). En un estudio realizado en Suecia en la década de los 90 se encontró que en mujeres alcohólicas el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino in situ fue de 1.7 veces y el riesgo de padecer de carcinoma invasivo de cuello uterino fue de 2.8 veces. Aunque este estudio fue realizado en pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de alcoholismo, sugiere una importante relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el cáncer cervical ya sea por su implicancia socioeconómica o fisiopatológicamente (17).

**c. Factores relacionados con la reproducción**

**Paridad:** Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos, dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces (19).

**Edad del primer parto:** Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino (20).

**Partos vaginales:** Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea.

**Anticonceptivos Orales:** Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente.

**Métodos de Barrera:** Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH (21).

#### d. Factores Psicosociales

**Condición socioeconómica y cultural:** más del 60% de las mujeres de 20 a 30 años no acuden a los servicios de tamizaje más por temor y trabas administrativas que a tener que vivir en condiciones que las expone más al virus.

**Educación,** aquellas mujeres con menor nivel académico (menos de 9º grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado.

**Rol que percibe la mujer de su feminidad.** Uno de los aspectos que cada vez se identifican como críticos para el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer del cuello uterino es el de la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, en la medida que esto determina la capacidad para tomar decisiones autónomas. La Madrid plantea que en la sociedad latinoamericana se acepta como normal que las mujeres tengan una sola pareja mientras que los hombres muchas, comportamiento que aunado a un rol de feminidad pasivo en donde el papel de la mujer es tener hijos, criarlos bien, cuidar la casa y servir al marido, implica un riesgo alto de infección y diagnóstico tardío (22).

**Aspectos demográficos:** Donde encontramos a la Edad, el estado civil entre otros que superponen a la mujer en potencial riesgo de adquirir el VPH y desarrollar patologías

- e. **Infección por VPH**, El VPH es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. En la actualidad es considerado como virtualmente necesario pero no suficiente como agente causal. El virus produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas (14).

Hasta hace algunos años había muy pocos estudios de prevalencia y, menos aún, de la incidencia de esta infección en poblaciones definidas. La infección con VPH se asociaba principalmente con verrugas vulgares y plantares, de frecuente aparición en adultos jóvenes y niños. En adultos se observaba en lesiones anogenitales por el condiloma acuminado, una de las infecciones más comunes de transmisión sexual. La infección por VPH en el cuello uterino puede producir anomalías en las células escamosas que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos, aunque pueden recuperarse por técnicas de biología molecular en biopsias, muestras de citología, cepillado vulvar y hasta orina. La mayoría de las infecciones genitales por VPH son transmitidas por contacto sexual directo sin que haya evidencia de lesiones. El hombre cursa como portador asintomático.(14).

A mediados de los años setenta, Zur Hausen sugirió el papel del VPH como candidato probable en la génesis de las neoplasias del sistema genital. En la última década se ha publicado una serie de artículos que mencionan la presencia de VPH intranuclear en aquellas células del cuello uterino con lesión intraepitelial y cáncer. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68,27, 28 frente al 5-10% de los especímenes de mujeres control. En Colombia la prevalencia de VPH en mujeres sin lesiones malignas ni pre malignas es del 14,8%; el 9% de las mujeres tiene tipos de alto riesgo. Aunque esta cifra es alta, no lo es tanto como en Brasil, donde alcanza el 27%.

El ADN del VPH también está presente en las lesiones intraepiteliales; si estas contienen el ADN de oncogenes de alto riesgo son más propensas a progresar a las lesiones avanzadas. Ho y cols. Consideran que las mujeres con tipos de alto riesgo tienen hasta 37 veces más posibilidades de presentar una citología anormal. (23).

Numerosos estudios epidemiológicos han confirmado la relación entre la infección por VPH, con o sin cofactores, y el desarrollo del cáncer de cuello uterino, a pesar que la mayoría de las infecciones cervicales son autolimitadas. El papel que desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus. La integración normalmente ocurre entre el E1/E2, produciendo una alteración de la integridad y la expresión génica. Estos fragmentos codifican proteínas de unión al ADN que regulan la transcripción y la replicación viral. En los serotipos de VPH 16 y 18, la proteína E2 reprime el promotor a través del cual se transcriben los genes E6 y E7. A causa de la integración los genes E6 y E7 se expresan en el cáncer positivo para VPH. Parece que los únicos factores virales necesarios para la inmortalidad de las células epiteliales genitales humanas son los E6 y E7. Además, estas dos oncoproteínas forman complejos con otras proteínas reguladoras de las células (la P53 y PRB) que producen degradación rápida de la P53 e impiden, por tanto, su función normal en respuesta al daño del ADN inducido por otros factores. Normalmente niveles elevados de P53 pueden producir la detención del crecimiento celular, permitiendo la reparación del ADN o la apoptosis (24). Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neoinfección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria, sin que se haya podido demostrar sin lugar a dudas si lo crítico es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección (24).

### **1.1.3. Lesiones Premalignas del cuello uterino o Cérvix**

Las lesiones Pre malignas han recibido diversas denominaciones, tales como displasias, Neoplasia intra-epitelial y carcinoma-in-situ. Hay grados más y menos avanzados de estas lesiones, siendo las más avanzadas aquellas que presentan mayor riesgo de convertirse en un cáncer invasor. Son lesiones donde las células malignas toman el lugar de las células benignas, en diversos estratos del epitelio escamoso que recubren el cuello uterino. Hasta este punto las lesiones son curables en su totalidad, pero de no hacerse el diagnóstico a tiempo pueden convertirse en cáncer invasor, su incidencia se incrementa con la promiscuidad tanto de la mujer como del hombre, y con el inicio precoz de las relaciones sexuales, la infección por papiloma virus humano es el factor de riesgo más importante (5).

**a. Neoplasia**, Significa literalmente “nuevo crecimiento” y el nuevo crecimiento es la “neoplasia”. Fue pues Sir Rupert Willis, el que más se ha acercado: “una neoplasia es una masa anormal de tejido, con un crecimiento que sobrepasa al de los tejidos normales y no se halla coordinado con él, y que persiste con el mismo carácter excesivo una vez concluido el estímulo que provocó el cambio”. A esta definición se le puede añadir que la masa anormal carece de objeto, ataca al huésped y es casi autónoma. Ataca al huésped en la medida en que el crecimiento del tejido neoplásico compite con los tejidos y células normales por el suministro de energía y el sustrato nutritivo. Las neoplasias malignas de origen epitelial, derivadas de cualquiera de las tres capas germinales del embrión, se denominan carcinoma. Cuando tienen crecimiento glandular se les llama adenocarcinoma.

**b. La displasia**, Se puede definir como la presencia de alteraciones nucleares, cambios en la relación núcleo/citoplasma y de las características citoplasmáticas de una célula cualquiera. La intensidad de la displasia puede ser leve, moderada o avanzada. En la displasia del epitelio escamoso las células se exfolian generalmente aisladas; las que se descaman en grupos, presentan límites netos. A mayor diferencia de la lesión, los límites celulares de los grupos exfoliados son menos distinguibles. La forma y tamaño de las células depende del grado de maduración que alcanza el epitelio.

En 1973 fue propuesto el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) para incluir todas las formas de lesiones precursoras de cáncer cervical, incluyendo displasia y carcinoma in situ; el NIC se divide en tres grupos: NIC I corresponde a displasia leve; NIC II corresponde a displasia moderada; dado que los patólogos no pueden distinguir la reproducibilidad entre displasia severa y carcinoma in situ, NIC III abarca ambas lesiones.

En diciembre de 1988, el Instituto de Cáncer Nacional (NCI) propuso un nuevo sistema de nomenclatura, como será expuesto más adelante, el sistema Bethesda (TBS), en donde las displasias leves (NIC I) están dentro del grupo de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado, y las displasias moderada, severa (NIC II) y cáncer in situ se encuentran en las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (25, 26).

**c. Displasia Cervical**, Es la aparición anormal de células en la superficie del

cuello uterino al examinarlas bajo un microscopio. Aunque no es un cáncer, se considera una afección precancerosa.

La displasia que se observa en una citología vaginal se describe usando el término lesión escamosa intraepitelial (LEI). Estos cambios se pueden clasificar como:

- De bajo grado (LEIBG)
- De alto grado (LEIAG)
- Posiblemente cancerosos (malignos)

La displasia que se observa en una biopsia del cuello uterino usa el término neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y se agrupa en tres categorías:

- NIC I: displasia leve
- NIC II: displasia moderada a acentuada
- NIC III: displasia severa a carcinoma in situ.(2)

**d. Metaplasia Escamosa,** El reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico evertido por un epitelio escamoso neoforado se denomina metaplasia escamosa. El medio vaginal es ácido en los años fecundos y durante el embarazo. Se piensa que la acidez desempeña una función en la metaplasia escamosa. Cuando la acidez vaginal destruye reiteradamente las células del epitelio cilíndrico en una zona del ectropión, con el tiempo las células son reemplazadas por un epitelio metaplásico neoforado.

La irritación, por el medio vaginal ácido, del epitelio cilíndrico expuesto produce la aparición de las células de reserva subyacentes, que proliferan, se hiperplasian y acaban formando el epitelio escamoso metaplásico. Como ya se ha dicho, el proceso metaplásico requiere la aparición de esas células indiferenciadas, cúbicas, subcilíndricas llamadas células de reserva, pues el epitelio escamoso metaplásico surge de la multiplicación y la diferenciación de estas células que, con el tiempo, despegan el resto del epitelio cilíndrico.

No se conoce el origen exacto de las células de reserva, aunque suele considerarse que proceden del epitelio cilíndrico, en respuesta a la irritación por la acidez vaginal. El primer signo de metaplasia escamosa es la aparición y proliferación de las células de reserva. Esto se ve inicialmente como una única capa de células pequeñas, redondas, de núcleos oscuros, situados muy cerca de los núcleos de las células cilíndricas, que prolifera y llega a la hiperplasia de células de reserva.

Morfológicamente, las células de reserva tienen una apariencia similar a las células basales del epitelio escamoso original, con núcleos redondos y poco citoplasma. Según progresa el proceso metaplásico, las células de reserva proliferan y se diferencian, formando un epitelio delgado, multicelular, de células escamosas inmaduras sin que se observe estratificación.

El epitelio metaplásico escamoso, delgado y neoformado, se denomina inmaduro cuando presenta poca o ninguna estratificación. Las células del epitelio metaplásico escamoso inmaduro no producen glucógeno y, en consecuencia, no se tiñen de marrón o negro con la solución yodoyodurada de Lugol. En esta fase pueden verse grupos de células cilíndricas mucinosas incluidas en el epitelio metaplásico escamoso inmaduro.

El epitelio metaplásico incipiente puede evolucionar de dos modos. En la gran mayoría de las mujeres, se convierte en epitelio metaplásico escamoso maduro, similar, para todos los efectos prácticos, al epitelio escamoso original normal que contiene glucógeno. En una minoría muy pequeña de las mujeres, puede evolucionar a epitelio atípico displásico. Algunos tipos de papilomavirus humanos (VPH) oncógenos pueden infectar persistentemente las células metaplásicas escamosas basales inmaduras y transformarlas en células atípicas con anomalías nucleares y citoplasmáticas. La proliferación y la expansión no controladas de estas células atípicas pueden conducir a la formación de un epitelio displásico anormal que puede volver a su estado normal, persistir como displasia o evolucionar a cáncer invasor al cabo de varios años.

También se piensa que alguna metaplasia puede surgir por endocrecimiento a partir del epitelio escamoso del exocérvix (27, 28).

#### **e. Tipos de Lesiones Premalignas del Cuello Uterino.**

- **Displasia Leve, Neoplasia Intraepitelial Cervical I (NIC I).** Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEI BG). Las células exfoliadas de una displasia leve corresponden a células poligonales de tipo intermedio o superficial, con núcleo levemente aumentado de tamaño y discreto aumento de la relación núcleo- citoplasma. Generalmente el núcleo ocupa menos de 1/3 del área celular. Existe leve variación del tamaño y forma de los núcleos, algunos de los

cuales pierden su contorno perfectamente redondo u ovalado al ser observados al microscopio de la luz. El núcleo es hipercromático, con la cromatina dispuesta en forma reticular o finamente granular (5).

- **Displasia Moderada, Neoplasia Intraepitelial Cervical II (NIC II).** Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEI AG). En el extendido obtenido de una displasia moderada las células corresponden en general a células intermedias profundas, con mayor variación en la forma celular. Algunas células son poligonales u ovaladas; otras presentan características citoplasmáticas de metaplasia inmadura. También se pueden encontrar células fusadas y de formas bizarras. La variación en la forma y tamaño de los núcleos y la alteración de la relación núcleo-citoplasma es mayor que en la displasia leve. Existe mayor hipercromatismo, pero la cromatina aún se dispone en gránulos finos uniformes. Nucléolos ausentes. En la actualidad los cambios citopáticos producidos por la infección por HPV son considerados dentro de este grupo (5).
- **Displasia Severa, Neoplasia Intraepitelial Cervical III (NIC III).** Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEI AG). Las alteraciones descritas son más marcadas en la displasia avanzada, en la que se observan numerosas células de tipo parabasal, siendo posible reconocer células poligonales y aun, en ocasiones, células aplanadas queratinizadas de citoplasma anaranjado, signo de que persiste tendencia a la diferenciación del epitelio. La relación núcleo – citoplasma es mayor a 2/3. Puede haber nucléolos eosinofílicos, aunque generalmente están oscurecidos por la cromatina densa (5).
- **ASCUS y AGUS.** Los diferentes sistemas de clasificación en citología cervicovaginal usados a través de los últimos 40 años, antes del Sistema Bethesda (SB), habían puesto poco énfasis en la dificultad en distinguir entre cambios celulares debidos a fenómenos reparativos de cualquier causa y algunas lesiones premalignas. Al no considerarse esta situación, la práctica de cada laboratorio imponía nuevas categorías diagnósticas, tales como cambios celulares mínimos, atipia por inflamación, atipia reparativa, etc. El grupo de expertos que ideó el SB aceptó desde su primera reunión (1988) este hecho, incluyendo la

categoría de “células escamosas (ó glandulares) atípicas de naturaleza indeterminada”. La revisión de la clasificación hecha después (1991) propuso que se valorara a criterio del citopatólogo si los hallazgos favorecían una lesión reactiva o una lesión pre maligna, entonces se originaron los términos de Atipia Escamosa de Significado Indeterminado (ASCUS) y Atipia Glandular de Significado Indeterminado (AGUS). El termino ASCUS es usado para definir la anormalidades celulares más marcadas que aquellas atribuibles a cambios reactivos pero cuantitativamente o cualitativamente le faltan parámetros para el diagnóstico definitivo de lesión intraepitelial escamosa. Las características citológicas de estas células son aumento de tamaño y variación en la forma del núcleo, leve hiperchromasia con cromatina finamente granular y homogénea y características sugestivas pero no diagnosticas de infección por papiloma virus. Hay varias opciones de tratamiento para la paciente cuya citología reporta ASCUS tiene calificativo. AGUS son células de origen endocervical o endometrial que presentan atipia nuclear más allá de lo normal o reactivo, pero sin llegar a alcanzar un diagnostico inequívoco de adenocarcinoma invasivo. El AGUS por incluir una variedad de lesiones tan amplio siempre requiere estudios complementarios para aclarar el diagnostico, y así definir el tipo de tratamiento.

En Estados Unidos de Norteamérica sucedieron dos hechos: por un lado, el sistema de salud pública presionaba para que se limitara su uso por los altos costos adicionales que generaba el seguimiento de las pacientes que portaban un resultado, y por otro lado, las crecientes demandas a los patólogos relacionados con resultados falsos negativos inducía a que se recurriera a esta categoría para protegerse. La conveniencia de esta categoría empezó entonces a ser criticada por su empleo indiscriminado y por la ausencia de criterios de decisión para el manejo de los casos así informados. Se establecieron entonces parámetros para limitar el uso y garantizar calidad, que consiste en permitir cifras de ASCUS-AGUS no mayores del 5 % del total de los informes citológicos de un periodo y una relación ASCUS: lesión escamosa intraepitelial no mayor de 3:1. Los estudios conducentes a determinar la mejor conducta en pacientes con ASCUS

– AGUS aún no permiten una conclusión definitiva. Es más, algunos de ellos tienden a exagerar esta categoría creando subdivisiones más allá de las recomendadas en el SB de 1991, lo que aumenta el desconcierto existente. No se ha decidido aún si deben seguirse con nueva citología a los 3 ó 6 meses o colposcopia y biopsia dirigida inmediata.(5)

- **Carcinoma In Situ. (CIS), O NIC III O LEI AG.** Es una lesión tumoral en el otro extremo del espectro donde encontramos a las displasias o lesiones precursoras del carcinoma del cérvix. Su característica morfológica más notoria es el reemplazo casi total del epitelio por células de carcinoma que hipertrofia o deforma este epitelio ocasionando proyecciones hacia el estroma sin romper la membrana basal, es decir con borde bien definido (interfase) entre el epitelio glandular. La lesión puede ser unifocal o multifocal y estará localizada en el 90 % de los casos en el área escamo-columnar o zona T de transición de epitelios.

En su conducta biológica esta lesión es irreversible y las pacientes así diagnosticadas tienen un riesgo más alto que en las lesiones de menor grado de desarrollar un carcinoma invasor y en menor tiempo en la secuencia de cambios del epitelio (5).

- f. **Cáncer del Cuello Uterino.** El cáncer se refiere a un grupo de más de 100 enfermedades diferentes. Todas ellas afectan la unidad básica del cuerpo: La célula. El cáncer ocurre cuando las células de vuelven anormales y se dividen sin control y sin orden.

Las lesiones premalignas (LP) del cuello uterino fueron de gran interés desde principios del siglo pasado. Fue Cullen, en 1900, el primero en describir las células neoplásicas limitadas al epitelio del cérvix, y Rubin(1910), una década después, quién concluyó que el epitelio displásico superficial era el estadio más precoz al cáncer invasor de células escamosas del cuello del útero, término que fue introducido como carcinoma in situ (Ca In situ).

Hoy en día el cáncer del cuello uterino también se conoce como cáncer cervical o de cérvix, los síntomas de este cáncer son inespecíficos y

frecuentemente tardíos, algunos de ellos son sangrado genital anormal, intermitente e irregular, sangrado con las relaciones sexuales, sangrado después de la menopausia, Aparición de flujo como “agua de lavar carne”. Dentro de la parte citológica podemos decir que este cáncer es el periodo terminal de una gama continua de cambios progresivamente atípicos; el primer cambio y al parecer el más temprano es la aparición de células anormales en las capas basales del epitelio escamoso, cambios en el núcleo, citoplasma, pérdida de la polaridad, aumento de las imágenes mitóticas y pleomorfismo (5).

**g. Tipos de Cáncer de Cuello Uterino:**

- 1. Carcinoma de las Células Escamosas:** Se genera a partir de la penetración de las células anormales hacia la profundidad del epitelio del cuello uterino y destrucción del estroma. Este se puede extender por vía linfática y menos frecuente por vasos sanguíneos e invadir diferentes órganos, al comienzo no se presenta sintomatología, en algunos casos comienza con la presencia del flujo amarillento, en estados más avanzados hay anemia, pérdida de peso y malestar general. Al microscopio se visualiza por una distribución irregular de células redondas, ovales o alargadas con núcleos irregulares y con cromatina gruesa e hipercromática (29).
- 2. Adenocarcinoma del Cuello Uterino:** El cáncer endometrial se desarrolla cuando se presenta una alteración en el epitelio cilíndrico y puede invadir tejidos finos próximos o esparcirse a través del cuerpo. Este cáncer ginecológico es el más común. La mayoría de las mujeres diagnosticadas con el cáncer endometrial ha pasado ya por la menopausia, aunque puede ocurrir en mujeres más jóvenes también. La edad media de diagnóstico es 63, y la incidencia máxima entre las edades de 70 y 74. Este cáncer tiene varios subtipos entre ellos adenocarcinoma seroso papilar (el cerca de 10% de todos los cánceres endometrial). Y otra forma es el adenocarcinoma de célula clara (cerca de 45 % de todos los cánceres endometrial). Un cáncer endometrial tiene a veces características de más de un subtipo; esto se llama un adenocarcinoma mezclado y hacen el cerca de 10% de

todos los cánceres endometrial. Hay algunos otros tipos raros como adenocarcinoma mucinoso y adenocarcinoma de célula escamosa que comprometen menos de 1 % de los cánceres endometrial (29).

#### **h. Fisiopatología de Lesiones Pre Malignas del Cuello Uterino**

La Neoplasia Cervical Intraepitelial casi siempre se origina en la unión escamo columnar a partir de una lesión displásica previa que en la mayor parte de los casos sigue a la infección con Papiloma Virus Humano. Aunque la mayoría de los jóvenes elimina pronto este virus, aquellas con infección persistente pueden desarrollar enfermedad cervicouterina displásica preinvasora. En general, la progresión de displasia a cáncer invasor requiere varios años, pero existe variaciones amplias. Las alteraciones moleculares implicadas en la carcinogénesis cervicouterino son complejas y no se comprenden por completo. Ha sido difícil descubrir estos fenómenos moleculares comunes adicionales y los estudios demuestran una gran heterogeneidad. Por consiguiente se sospecha que la oncogénesis se debe a efectos interactivos entre agresiones ambientales, inmunidad del hospedador y variaciones genómicas en las células somáticas.

El Virus de Papiloma Humano tiene una función importante en el desarrollo del cáncer cervicouterino. Cada vez hay evidencia sugestiva de que las Oncoproteínas de HPV pueden ser un componente crucial de la proliferación cancerosa continua. A diferencia de los serotipos de bajo riesgo, los serotipos oncógenos de HPV pueden integrarse en el genoma humano. Como resultado, con la infección, las proteínas de replicación temprana del HPV oncógeno, E1 Y E2 permiten al virus replicarse dentro de las células del cuello uterino. Tales proteínas se expresan en niveles altos en etapas tempranas de la infección. Pueden inducir cambios citológicos que se detectan como Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Malignidad "LSIL" en las pruebas de Papanicolaou.

Después puede haber amplificación de la replicación vírica y transformación subsiguiente de las células normales a células tumorales. En particular los productos génicos oncoproteínas E6 Y E7 están implicados en esta transformación. La proteína E7 se une con la proteína supresora tumoral p53. En ambos casos, la unión conduce a la

degradación de estas proteínas supresoras. El efecto de E6 en la degradación de p53 está bien estudiado y se vincula con la proliferación e inmortalización de las células cervicales (30).

**i. Diagnóstico de las lesiones precancerosas de cuello uterino y el cáncer cervical.**

Un análisis de sangre basta para conocer si una persona está infectada por el VPH. No obstante, la presencia del VPH no significa que una persona vaya a desarrollar lesiones precancerosas o cáncer cervical.

Según las recomendaciones oficiales, las mujeres con VIH han de realizarse revisiones con citología (Papanicolaou) cada seis meses tras el diagnóstico y anualmente, una vez han obtenido dos resultados negativos consecutivos. Pese a estas recomendaciones, muchos médicos/as recomiendan hacer una citología cada seis meses debido al alto número de falsos negativos encontrados en las citologías de las mujeres con infección por VIH.

La citología consiste en tomar una muestra del cuello del útero que se examina bajo el microscopio.

La presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) produce alteraciones en la superficie de las células de la mucosa cervical y/o inflamación de esta mucosa que pueden dar lugar a falsos negativos en la citología, ocultando la presencia de lesiones precancerosas.

En caso de que se detecten anomalías en la citología, se practican otros exámenes (colposcopia, biopsias, exploración anogenital detallada) para determinar la presencia de cáncer cervical (30).

**j. Tratamiento para las lesiones precancerosas de cuello uterino**

Las lesiones precancerosas de cuello uterino se tratan mediante técnicas de escisión. Estas técnicas, que también reciben el nombre de tratamiento ablativo consisten en incidir sobre la lesión para extraerla.

Las neoplasias de bajo grado rara vez progresan a neoplasia de alto grado o a cáncer cervical, por ello no requieren tratamiento y el médico/a normalmente se limita a hacer un seguimiento de la lesión en las visitas.

Las neoplasias de grado II y III han de tratarse mediante la extirpación con asa eléctrica, láser o crioterapia. Estas técnicas son muy eficaces si se puede observar toda la lesión y la zona adyacente mediante colposcopia y si no existe afectación intracervical. En las mujeres que no cumplen estos criterios, la técnica de elección sigue siendo la conización cervical (30). También existen medicamentos para el tratamiento de algunas de las lesiones. Estos fármacos a veces se utilizan en apoyo del tratamiento escisional.

**TARGA** Tratamiento Antro Retroviral de Gran Amplitud: se demostrado que la administración de TARGA junto al tratamiento escisional reduce los índices de recurrencia del CIN (30).

**Papanicolaou (PAP).** Método de estudio citológico utilizado para la detección temprana de enfermedad neoplásica. Esta prueba no es un método de diagnóstico.

Papanicolaou Positivo. Cuando el resultado informa ASCUS, VPH, LEI-BG, **LEI-AG** o carcinoma invasor.

Para la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervical, el resultado histopatológico se clasifica de la siguiente manera:

- a) Tejido de cérvix normal. Sin alteraciones en el diagnóstico
- b) Cervicitis aguda o crónica. La inflamación es la respuesta producida por una agresión.
- c) Infección viral (herpes papiloma humano). Detección de agentes biológicos capaces de provocar una alteración en la morfología celular.
- d) Displasia leve (NIC 1). Son las alteraciones del epitelio tanto morfológicas como el ritmo de maduración; hasta 1/3 del espesor del epitelio
- e) Displasia moderada (NIC 2). Cuando la extensión del daño abarca hasta 2/3 del epitelio.
- f) Displasia severa (NIC 3). La infiltración compromete más de 2/3 del espesor epitelial.
- g) Cáncer in situ. Compromete más de 2/3 del espesor epitelial
- h) Cáncer micro invasor. Invade 5mm la membrana basal
- i) Cáncer invasor. Invasión mayor de 5mm y/o área mayor de 7mm.

- j) Adenocarcinoma (endocervical o endometrial) .Anomalía de células glandulares
- k) Sarcoma y otros tumores. Neoplasia maligna de origen epitelial
- l) Maligno no especificado.(26).

## 1.2. Definición de términos básicos

**ASCUS.** Siglas en ingles que significan células escamosas anormales de significado no determinado.

**VPH.** Papiloma Virus Humano.

**LEI.** Lesión Escamosa intraepitelial

**LEI-BG.** Lesión Escamosa intraepitelial de bajo grado, incluye al VPH y la displasia leve.

**LEI-AG.** Lesión Escamosa intraepitelial de alto grado, incluye al VPH y la displasia moderada.

**IVAA.** Inspección Visual con ácido Acético, es un método de tamizaje de lesiones intra epiteliales de cuello uterino que consiste en el examen directo del cérvix luego de la aplicación de ácido acético entre el 3 y 6% (vinagre). La ventaja de este método es que se logran resultados inmediatos y no se requiere equipos especiales, ya que todos los implementos necesarios pueden ser accesibles a cualquier centro de salud de nuestro País.

**DISPLASIA.** Término usado en la clasificación recomendado por la OMS, que significa maduración anormal, e incluye la displasia leve, moderada y severa.  
Clasificación: Leve, moderada y severa.

## II. MATERIALES Y MÉTODOS.

### 2.1. Sistema de Hipótesis

#### 2.1.1. General

**Ha:** A mayor presencia de factores de riesgo mayor probabilidad de desarrollar lesiones premalignas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este.

**Ho:** A menor presencia de factores de riesgo mayor probabilidad de desarrollar lesiones premalignas en mujeres atendidas en el Centro de Salud Punta del Este.

### **2.1.2.Específicas.**

**H1:** Los factores de Riesgo asociados a la conducta sexual son: Edad precoz de IRS, andría mayor a tres, coito por diferentes vías simultáneas, deficiente higiene íntima, pareja infiel, etc.

**H2:** Los factores de riesgo psicosociales son: Grado de instrucción primario y/o iletrada, estado civil casada o conviviente, nivel socioeconómico bajo, etc.

**H3:** Los factores asociados al proceso reproductivo son: multiparidad, edad materna, antecedente de aborto, edad al primer embarazo, edad al primer parto.

**H4:** Uno de los factores epidemiológicos es la presencia de HPV.

**H5:** El OR de los factores de riesgo es mayor a 1.6

## 2.2. Sistema de Variables.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Variable independiente Factores de riesgo	Un factor de riesgo es cualquier característica del paciente o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad. Análogamente existen factores de protección, que serían los que cuando actúan o se dan, evitan casos de enfermedad. <b>(Hart KW, Williams)</b>	Circunstancias, acciones, hábitos, actividades que contribuyen a producir daño a través del tejido cérvico uterino y causan que se desarrolle las lesiones premalignas	Factores relacionados a la conducta sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de compañeros sexuales.</li> <li>• Edad del primer coito.</li> <li>• Características del compañero sexual.</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual.</li> <li>• Tipo de Coito</li> </ul>	Se valorará en función del Riesgo: Alto o severo OR > 2 Moderado OR entre 1.6 – 2 Bajo OR 1.2 - 1.5
			Factores relacionados con hábitos y costumbres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Consumo de alcohol.</li> </ul>	
			Factores relacionados con la reproducción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paridad</li> <li>• Anticonceptivos orales</li> <li>• Método de barrera</li> <li>• Ciclo menstrual</li> </ul>	
			Factores psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condición socioeconómica y cultural.</li> <li>• Nivel de educación.</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Roles</li> <li>• Otros aspectos sociodemográficos</li> </ul>	
			Infección por VPH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia del VPH</li> <li>• Conocimiento del PVH</li> <li>• Edad del PAP</li> <li>• Número y frecuencia de PAP</li> </ul>	

<b>Variable dependiente</b> <b>Lesiones premalignas del cuello uterino</b>	<p>Son lesiones donde las células malignas toman el lugar de las células benignas, en diversos estratos del epitelio escamoso que recubren el cuello uterino. Su incidencia se incrementa con la promiscuidad tanto de la mujer como del hombre, y con el inicio precoz de las relaciones sexuales, la infección por papiloma virus humano es el factor de riesgo más importante. <b>(Sánchez, V y Valencia, G.)</b></p>	<p>Aparición de lesiones a nivel de cervix uterino que puede visualizarse o detectarse a nivel de pruebas diagnósticas (IVAA, PAP, Citología, otros).</p>	IVAA	<p>Normal.  Displasia Leve  Displasia Moderada  Displasia Severa  Cáncer in situ</p>	<p>Se empleará  Clasificación de: Displasia Leve  Displasia Moderada  Displasia Severa  Cáncer in situ</p>
			PAP		
			Citología		

### 2.3. Tipo y método de investigación

Se realizó una investigación epidemiológica de caso control, buscando determinar los factores de riesgo de las lesiones premalignas.

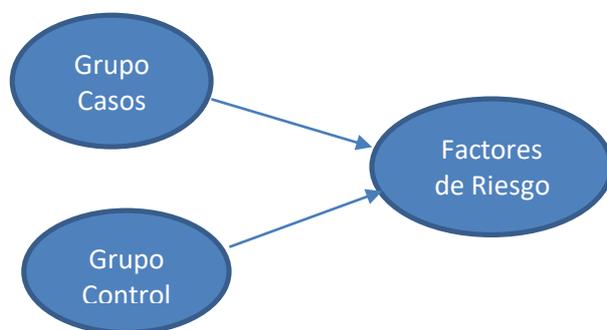
Se revisó los casos de lesiones premalignas ocurridas durante el 2015 y 2016, en el Centro de Salud Punta del Este del distrito de Tarapoto.

Es retrospectivo, porque los casos y controles fueron identificados en los años de estudio y los factores de riesgo fueron extraídos de la historia de los pacientes bajo estudio (historia clínica o entrevista para cuantificar eventos pasados).

### 2.4. Diseño de la investigación

Se realizó un estudio de casos y controles en donde, la selección de la población a estudiar se realizó en base a la presencia de diagnóstico histopatológico confirmado de lesiones premalignas (casos positivos), o la ausencia de lesiones en el diagnóstico (controles = negativos); las lesiones pre malignas es el evento de interés de la investigación.

Para contrastar la hipótesis de investigación se usó el siguiente diseño:



### 2.5. Población y muestra

#### 2.5.1. Población:

La selección de la población se realizó en base a la presencia de diagnóstico histopatológico confirmado de lesiones pre malignas (casos = positivos), en un total de 886 mujeres que se atendieron en el centro de salud de Punta del Este, Tarapoto, en los años 2015-2016.

### **2.5.2. Muestra:**

Está conformado por 283 usuarias que acudieron al servicio de Obstetricia, para la atención de salud sexual y reproductiva, durante el periodo, enero a diciembre del 2015-2016 y a las cuales se les realizó su IVAA y PAP (tamizaje). De ellos 71 son casos positivos y 212 son negativos. Es decir una relación de 1 caso (positivo) por 3 controles (negativo).

## **2.6 Criterios para los casos (positivos)**

### **2.6.1 Criterios de Inclusión:**

- ✓ Pacientes con lesiones premalignas confirmado por diagnóstico histopatológico.
- ✓ Historias clínicas con datos completos
- ✓ Aceptación de las pacientes a participar en el estudio y que sean residentes en los distritos de Tarapoto, Morales y Banda de Shilcayo.
- ✓ Pacientes por su condición médica sean capaces de contestar el interrogatorio.

### **2.6.2 Criterios de Exclusión:**

- ✓ Pacientes sin la capacidad de responder el interrogatorio.
- ✓ Historias clínicas mal llenados o con información incompleta y que no se pueda ubicar a la usuaria.

## **2.7 Criterios para los controles**

### **8.7.1 Criterios de Inclusión:**

- ✓ Pacientes que acudan a realizar su PAP al Centro de Salud Punta del Este
- ✓ Pacientes cuyos resultado sea negativo para lesiones premalignas
- ✓ Aceptación de las pacientes a participar en el estudio y que sean residentes en los distritos de Tarapoto, Morales y Banda de Shilcayo

### **8.7.2 Criterios de Exclusión:**

- ✓ Pacientes con resultado positivo a lesiones premalignas
- ✓ Cuestionarios mal llenados o con información incompleta.

## **2.8 Unidad de análisis**

Usuaría que acude al establecimiento de salud Punta del Este el 2015 y 2016 y que haya sido sometida a los procedimientos diagnósticos de IVAA y PAP.

Nuestra unidad de análisis serán los casos positivos y por cada caso positivo 3 casos controles (negativos).

## **2.9. Técnicas de recolección de datos.**

Primero se diseñó el formato para recoger la información, tanto en forma directa de la misma usuaria, como de la revisión de la Historia clínica. Una vez construido el cuestionario, se sometió a consulta de tres expertos en el tema, y se levantaron las observaciones respectivas (anexo 1).

Para el recojo de datos, primero se revisó el registro de PAP e IVAA, del servicio de Obstetricia del Centro de Salud. Se seleccionó todos los casos positivos a lesiones premalignas y por cada caso positivo se escogió al azar 3 casos negativos (controles).

Una vez con los nombres respectivos se revisó las Historias clínicas de cada una de ellas, y luego se realizaron las visitas al domicilio de la usuaria, para completar información; así como evaluar su estado actual.

## **2.10 Técnicas para el procesamiento de la información:**

Los datos recolectados en el formato fueron ordenados, tabulados y presentados en tablas y gráficos con ayuda del programa Excel 2010.

Para el análisis estadístico se realizó análisis descriptivos de las variables consideradas en relación a frecuencias, porcentajes, promedios y desviación estándar para los 2 grupos, para el análisis estadístico se utilizó la prueba no paramétrica de chi cuadrado, y de correlación de Pearson, para establecer la relación de variables, para el mismo se consideró un valor P menor de 0,05 como significativo. Para el procesamiento de datos se utilizó el software estadístico SPSS vs 22, con la finalidad de procesar toda la información y contrastar la hipótesis.

Para la valoración del riesgo se usó el Odds Ratio y para ello se usó el software epidemiológico Epiinfo con tablas de 2 x 2.

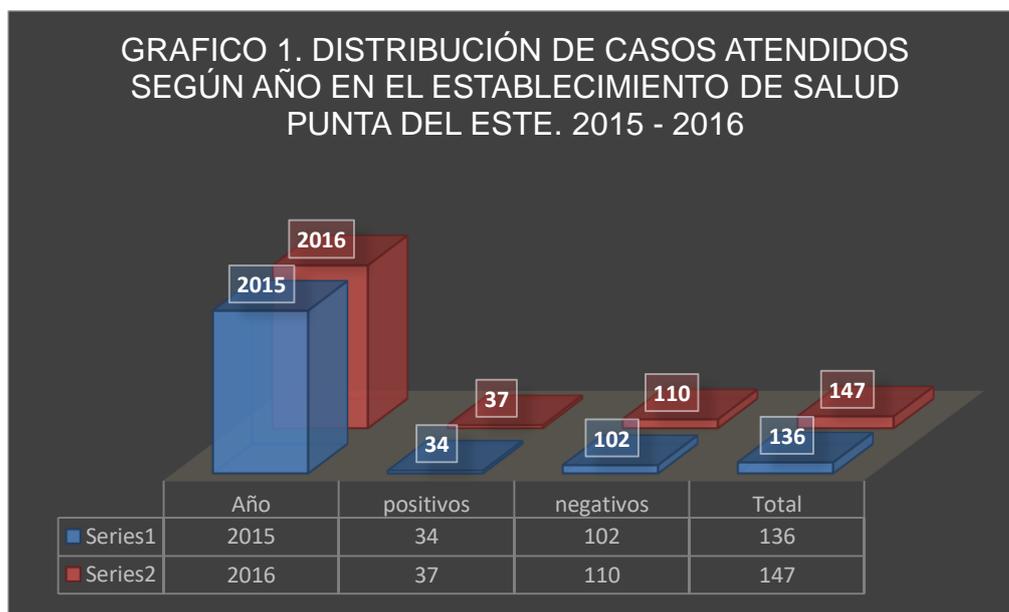
Los resultados se presentan a continuación en tablas de doble entrada.

### **8.11 Aspectos éticos:**

No existen problemas ético-morales para el presente estudio de investigación, el mismo que contribuirá a la mejora de la salud de los pacientes. Se da Fe que la información que se recaudó será usada exclusivamente para fines del presente estudio y no se hará mal uso de los datos obtenidos.

En todo momento se trató de respetar y cumplir con los principios bioéticos de la investigación y los derechos de las personas involucradas en el estudio.

### III.- RESULTADOS DE LA INVESTIGACION



**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

**En el gráfico N° 1**, nos muestra la distribución de los casos de usuarias atendidas con estudio histopatológico en el centro de salud de Punta del Este, Tarapoto en los años 2015 y 2016. Podemos observar que, en el año 2015, se atendieron un total de 136 mujeres, de ellas, 34 (25%) resultaron con lesiones premalignas confirmadas, mientras que 102 casos atendidos dieron negativo.

En el año 2016, el total de pacientes atendidas fue de 147 mujeres, siendo 37 el número de pacientes con lesiones premalignas confirmadas (25.2%), mientras que 110 fueron casos negativos.

**Tabla N° 1. Resultados relacionados al IVAA en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Resultados IVAA	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	42	14.9
Negativo	241	85.1
Total	283	100.0

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

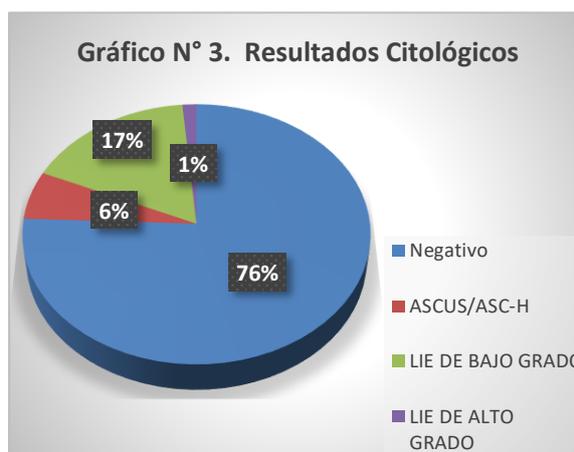


**La tabla N° 1 y gráfico N° 2,** nos muestran los resultados de la IVAA (Inspección visual con ácido acético) realizado a las 283 mujeres de la muestra. El porcentaje que casos que dieron negativo a la inspección es de 85%, solo el 14% de las mujeres dieron positivo a la prueba de inspección y un caso de cáncer in situ 0.4% que representa a una sola mujer.

**Tabla N° 2. Resultados citológicos en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Resultados citológicos	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	214	75.6
ASCUS/ASC-H	17	6.0
LIE DE BAJO GRADO	48	17.0
LIE DE ALTO GRADO	4	1.4
Total	283	100.0

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.



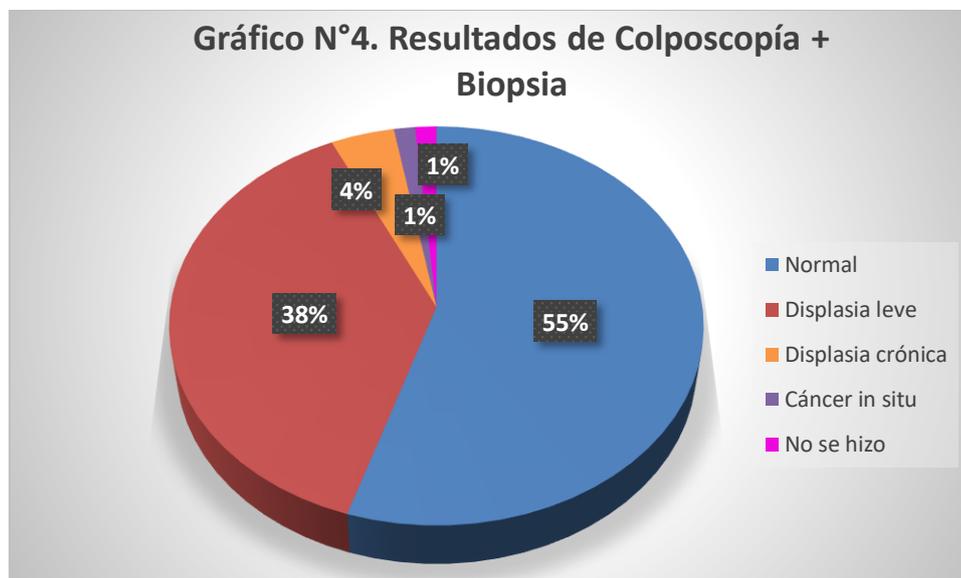
**La tabla N° 2 y gráfico N° 3,** muestran los resultados citológicos (PAP) en la muestra de estudio, nos muestra que el 76% de los casos atendidos dieron negativo, presentaban ASCUS/ASC-H 6%, Lesiones Intraepitelial (LIE) de Bajo grado suman un 17%, mientras que el LIE de alto grado solo representa el 1.4%.

**Tabla N° 3. Resultados de la colposcopia + Biopsia en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Resultados colposcopia+Biopsia	Frecuencia	Porcentaje parcial	Porcentaje del total (283)
Normal	39	54.9	13.8
Displasia leve	27	38.1	9.5
Displasia crónica	3	4.2	1.1
Cáncer in situ	1	1.4	.4
No se hizo	1	1.4	.4
Total	71	100.0	25.2

**La tabla N°3 y gráfico N° 4,** muestra los resultados de la Colposcopia realizada a las 71 mujeres que tuvieron resultado positivo tanto en IVAA, como en PAP. Encontramos

que un 52% de casos atendidos están normal, el 36% presentaron casos de displasia leve, 4% de casos presentaron displasia crónica, mientras que hubo un caso que dio cáncer in situ. Hubo una usuaria que no se hizo la colposcopia ni la biopsia y se viene tratando con vegetales.



En la siguiente **tabla N° 4**, nos detalla los aspectos psicosociales asociados a las pacientes que se atendieron en el centro de salud Punta del Este de Tarapoto en los años 2015 y 2016. En cuanto a la procedencia, del total de 283 mujeres, 267 que representan el 94% procedieron de la ciudad de Tarapoto, no se observan diferencias significativas en cuanto a la procedencia.

En relación al estado civil, del total de casos atendidos (283), 191 mujeres manifestaron que conviven con sus parejas, que representa un porcentaje de 68%, el siguiente grupo significativo es el de las mujeres casadas con el 17% seguido por el grupo de mujeres solteras con el 12% de todos los casos atendidos, no se observan diferencias significativas en cuanto al estado civil.

Concerniente al grado de instrucción, el nivel dominante fue secundaria, del total de 283 mujeres, 187 (66%), mientras que 17% de ellas se ubican en el nivel primario, y solo un 2% representaron a mujeres analfabetas, no se observan diferencias significativas en cuanto al grado de instrucción.

**Tabla N° 4. Factores psicosociales en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016.**

Factores psicosociales	Grupos				Total de casos		Chi - cuadrado
	Positivo		Negativo		N°	%	Valor
	N°	%	N°	%			
<b>Procedencia</b>							
Tarapoto	65	92	202	95	267	94	X <sup>2</sup> = 7.376 P = 0.061
Morales	3	4	1	1	4	1	
Banda de Shilcayo	3	4	5	2	8	4	
Otros lugares de San Martín	0	0	4	2	4	1	
<b>Estado civil</b>							
Soltera	9	13	25	12	34	12	X <sup>2</sup> = 2.043 P = 0.728
Casada	13	18	36	17	49	17	
Divorciada / Viuda	2	3	7	3	9	3	
Conviviente	47	66	144	68	191	68	
<b>Grado de instrucción</b>							
Analfabeta	4	6	2	1	6	2	X <sup>2</sup> = 8.771 P = 0.067
Primaria	10	14	38	18	48	17	
Técnica	5	7	20	9	25	9	
Secundaria	45	63	142	67	187	66	
Superior	7	10	10	5	17	6	
<b>Ocupación</b>							
Ama de casa	51	72	160	75	211	75	X <sup>2</sup> = 9.099 P = 0.334
Empleada Pública (prof., secretaria, administrativa)	3	4	13	6	16	6	
Comerciante	3	4	5	2	8	3	
Estudiante	6	9	6	4	12	4	
Trabajador de Salud	2	3	6	4	8	3	
Independiente (costurera, cosmetóloga)	3	4	5	2	8	3	
Manipuladora de alimentos	1	1	11	5	12	4	
Otras profesionales	2	3	3	2	5	2	
<b>Ingreso mensual</b>							
Menor de 500	6	9	19	9	25	9	X <sup>2</sup> = 6.207 P = 0.102
De 500 a 1000	47	66	152	72	199	70	
De 1001 a 2000	13	18	38	18	51	18	
Mayor de 2000	5	7	3	1	8	3	
<b>Edad</b>							
De 19 a 24 años	15	21	15	7	30	11	X <sup>2</sup> = 11.177 P = 0.011
De 25 a 34 años	24	34	82	39	106	37	
De 35 a 45 años	22	31	82	39	104	37	
De 46 a 59 años	10	14	33	15	43	15	

Fuente: Instrumento propio de la investigación, año 2017.

En cuanto a la ocupación, la tabla nos muestra que el 75% de las mujeres atendidas en el centro de salud de Punta del Este en los años 2015 y 2016 son mayoritariamente amas de casa (211 casos), el 6% corresponde a mujeres que trabajan en el sector público, como: maestras, secretarias, trabajadoras administrativas, etc. en el caso de mujeres estudiantes, el porcentaje de casos atendidos fue de 4% que representa un total de 12 mujeres, no se observan diferencias significativas en cuanto a la ocupación.

El ingreso mensual promedio es de S/.  $978.12 \pm 488.78$ , una distribución mayoritaria 199 mujeres (70%) refieren que perciben un ingreso entre 500 a 1000 soles mensuales, un ingreso menor a 500 soles, que representa el nivel socioeconómico de pobreza, suman un porcentaje de 9% (25 mujeres) mientras que el rango más alto, el mayor a 2000 soles está representado sólo por el 3% de las mujeres, no se observan diferencias significativas en cuanto al ingreso mensual.

Referente a la edad de las usuarias, la edad promedio es de  $35.4 \pm 8.7$ , los rangos de 25 -34 años y los de 35 – 45 años, comparten el mismo porcentaje de 37% de casos atendidos, mientras que el rango de 19 – 24 años es el de mejor cuantía con un porcentaje de 11% que representa el total de 30 mujeres, este factor es el único que resultó significativo con la prueba de chi cuadrado, es decir que **hay relación entre la edad y la presencia de lesiones malignas de cérvix.**

**Tabla N° 5. Factores relacionados a la conducta sexual en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Factores relacionados a la conducta sexual	Grupos				Total de casos		Chi - cuadrado
	Positivo		Negativo		N°	%	Valor
	N°	%	N°	%			
<b>Edad del inicio de las relaciones sexuales</b>							
Menor de 15 años	4	6	28	13	32	11	X <sup>2</sup> = 3.455 P = 0.327
De 15 - 17 años	41	58	113	53	154	54	
De 18 - 20 años	21	30	53	25	74	26	
Mayor de 20 años	5	6	18	9	23	9	
<b>Número de parejas Sexuales (ANDRIA)</b>							
Una Pareja	21	30	64	30	85	30	X <sup>2</sup> = 2.321 P = 0.508
Dos parejas	22	31	76	36	98	35	
De 3 a 4 parejas	25	35	57	27	82	29	
5 o más parejas	3	4	15	7	18	6	
<b>Tipo de coito</b>							
Vaginal	62	87	188	89	250	88	X <sup>2</sup> = 5.745 P = 0.332
Anal-Vaginal	2	2	6	3	8	3	
Oral - Vaginal	7	11	12	8	19	9	
<b>Sufre de Dispareunia</b>							
Si	16	23	36	17	52	18	X <sup>2</sup> = 1.000 P = 0.317
No	47	77	149	83	196	82	
<b>Alguna vez tuvo una ITS</b>							
Si	7	11	8	4	15	6	X <sup>2</sup> = 6.918 P = 0.031
No	60	83	200	94	260	92	
No registra	4	6	4	2	8	2	
<b>Tipo de ITS</b>							
Trichomonas	1		0		1		X <sup>2</sup> = 3.393 P = 0.494
Vaginosis	0		1		1		
Sífilis	1		2		3		
Condiloma	4		5		9		
Gonorrea	1		0		1		

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

La tabla N° 5, nos muestra los factores relacionados a la conducta sexual: mencionaremos a la edad de iniciación de relaciones sexuales, el rango mayoritario lo representan las mujeres entre los 15 a 17 años de edad, con un porcentaje significativo de 54% (154 mujeres) de un total de 283 casos atendidos, seguido del rango entre 18 a 20 años, con un total de 74 casos (26%), en cuanto al rango mínimo de iniciación de las relaciones sexuales, están las mujeres de más de 20 años representan un valor porcentual de 9% (23 mujeres).

En relación al criterio de número de parejas sexuales, la tabla nos muestra que la diferencia porcentual no es significativa entre los rangos de una a cuatro parejas con una distribución de 30%, 35% y 29% respectivamente, en el caso de haber tenido más de cinco parejas, el porcentaje es de 6% es decir, 18 mujeres sostuvieron tal afirmación.

Referente al tipo de coito, 250 mujeres que representan el 88% de los casos atendidos en centro de salud Punta del Este de Tarapoto, manifestaron tener solo relaciones vaginales, siendo este rango el mayoritario, mientras que los tipos de coito: anal – vaginal y vaginal –oral, tuvieron 3% y 9% respectivamente.

La tabla nos muestra que, de las 283 mujeres atendidas en el centro de salud Punta del Este de Tarapoto, en los años 2015 y 2016 a quienes se les preguntó si sufren de dispareunia, un total de 196 mujeres (82%) respondieron que no sufren de dispareunia, mientras que el 18% que corresponde a un total de 52 casos manifestaron sufrir de esta disfuncionalidad.

En cuanto a la pregunta si alguna vez tuvo una ITS, podemos observar que 260 mujeres respondieron de forma negativa (92%) y solo un 6% lo hicieron de forma afirmativa, representada por 15 mujeres, entre estas el condiloma fue la ITS con mayor incidencia con un total de 9 casos, las otras ITS fueron: Sífilis (3 casos), Trichomonas (1 caso), vaginosis (1 caso) y gonorrea (1 caso).

**La tabla N° 6**, nos muestra los resultados de los factores relacionados a la reproducción. En primer lugar, no referimos al número de hijos, la tabla nos indica que los mayores porcentajes se encuentran dentro de los rangos de 1, 2 y 3 hijos con 22%, 34% y 22% respectivamente. Un total de 30 mujeres (11%) manifestaron tener 4 hijos, mientras que 22 mujeres (8%) atendidas dijeron no tener ningún hijo. El porcentaje más bajo es de 5 hijos con solo el 3% (diez mujeres).

Con referencia al inicio de la menarquía, podemos observar que el rango mayoritario está entre los 12 y 14 años, que se ve representado por el 62% (175 mujeres). El porcentaje menor lo ocupa el rango de más de 14 años con el 16% mientras que el rango de menor de 12 años obtuvo el 22% (63 mujeres).

**Tabla N° 6. Factores relacionados con la reproducción en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Factores relacionados con la reproducción	Grupos				Total de casos		Chi - cuadrado
	Positivo		Negativo		N°	%	Valor
	N°	%	N°	%			
<b>Número de hijos</b>							
0	4	6	18	8	22	8	X <sup>2</sup> = 10,087 P = 0,073
1	20	28	41	19	61	22	
2	24	34	73	34	97	34	
3	9	13	54	25	63	22	
4	12	17	18	8	30	11	
5	2	2	8	4	10	3	
<b>Edad del inicio de la menarquia</b>							
Menor de 12 años	10	14	53	25	63	22	X <sup>2</sup> = 5,459 P = 0,065
Entre 12 - 14 años	52	73	123	58	175	62	
Mayor de 14 años	9	13	36	17	45	16	
<b>Edad del primer embarazo</b>							
Menor de 16 años	1	1	8	4	9	3	X <sup>2</sup> = 6,527 P = 0,163
De 16 - 19 años	37	52	99	47	136	48	
De 20 - 24 años	19	27	68	32	87	31	
De 25 - 29 años	11	16	17	8	28	10	
Mayor a 29 años	3	4	20	9	23	8	
<b>Número de gestaciones</b>							
Aun no gesta	2	2	13	6	15	5	X <sup>2</sup> = 10,231 P = 0,037
Una gestación	16	23	32	15	48	17	
Segunda gestación	25	35	63	30	88	31	
De 3- 5 gestaciones	22	31	98	46	120	42	
6 o más gestaciones	6	9	6	3	12	5	
<b>Alguna vez tuvo un aborto</b>							
Ninguno	46	65	138	65	184	65	X <sup>2</sup> = 0,573 P = 0,751
Un aborto	17	24	56	26	73	26	
Dos o más abortos	8	11	18	9	26	9	

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

En lo concerniente a la edad del primer embarazo, podemos observar que el rango predominante está entre los 16 a 19 años, representado por el 48% (136 mujeres), las edades entre 20 y 24 años con un 31% (87 mujeres) son el siguiente grupo en mayoría de casos, mientras que el rango de menos de 16 años representa el porcentaje mínimo con un 3% de las mujeres atendidas.

En el caso de número de gestaciones, la tabla N° 3 nos muestra que el 42% de mujeres atendidas están en el rango de 3 a 5 gestaciones, resultado que guardaría relación con el número de hijos del primer ítem. En el caso de segunda gestación, 31% (88 mujeres). 48 mujeres que representa el 17% están dentro de la primera gestación y los porcentajes más bajos están en los rangos de más de 6 hijos y aún no gesta con 5% respectivamente.

En cuanto a la pregunta si alguna vez tuvo un aborto, 184 mujeres (65%) manifestaron no haber tenido ningún aborto, mientras que el 26% (73 mujeres) dijeron que sí habían tenido uno. El cuanto al ítem: de dos a más abortos, alcanza un 9% (26 mujeres) de casos atendidos.

Ninguno de los factores relacionados a la reproducción resultaron significativos, con la prueba de Chi cuadrado.

**Tabla N° 7. Factores relacionados a antecedentes personales y familiares en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Antecedentes personales y familiares	Grupos				Total de casos		Chi - cuadrado
	Positivo		Negativo		N°	%	Valor
	N°	%	N°	%			
<b>Tuvo patología cervical anterior</b>							
Si	13	18	9	4	22	8	$X^2= 17,124$ $P = 0,000$
No	54	76	198	94	252	88	
No registra	4	6	5	2	9	4	
<b>Tuvo familiares con cáncer</b>							
Si	9	13	22	10	31	11	$X^2= 1,019$ $P = 0,601$
No	59	83	185	88	244	87	
No registra	3	4	5	2	8	2	
<b>Ha recibido orientación sobre el VPH</b>							
Si	40	56	94	44	134	47	$X^2= 13,791$ $P = 0,001$
No	25	35	115	54	140	49	
No registra	6	9	3	2	9	4	
<b>Edad el primer PAP</b>							
Menor de 20 años	6	9	10	5	16	6	$X^2= 11,963$ $P = 0,018$
De 20 - 24 años	33	46	70	33	103	36	
De 25 - 29 años	20	28	62	29	82	29	
De 30 - 34 años	1	1	29	14	30	11	
Mayor de 34 años	11	16	41	19	52	18	

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

**La tabla N° 7**, referente a los factores relacionados a antecedentes de cáncer personales y/o familiares en las usuarias del centro de salud Punta del Este, de la ciudad de Tarapoto, la distribución según preguntas fue la siguiente:

En el caso de que si tuvo patología cervical anterior, el 88% (252 mujeres) manifestaron que no tuvieron ningún tipo de patología, mientras que los casos afirmativos están representados por el 8% (22 mujeres). La tabla nos muestra que el 4% de las mujeres no respondieron la pregunta, lo que se considera como dato sin registro. La prueba de chi cuadrado si muestra diferencia significativa, es decir una patología cervical tiene relación con la aparición de lesiones cervicales premalignas.

En cuanto a la pregunta si tuvo familiares con cáncer, el 87% (244 mujeres) respondieron de forma negativa, mientras que el 11% (37 mujeres) informaron que si habían tenido un familiar que sufrió cáncer. El porcentaje de datos no registrados en esta pregunta es del 2% (8 mujeres). La prueba de Chi cuadrado muestra que no hay diferencia significativa.

En relación a la pregunta si recibieron orientación sobre el VPH (virus del papiloma humano), el porcentaje no varía significativamente entre las respuestas afirmativas y negativas con el 47% para los positivos y 49% para los negativos respectivamente, en el caso de los datos no registrados, representan el 4% de las mujeres del estudio. Sin embargo la Prueba de chi cuadrado si muestra diferencia significativa.

Sobre la edad del primer PAP, 36% (103 mujeres) manifestaron haberse realizado este examen en el rango de edades de 20 a 24 años, 29% (82 mujeres) lo hicieron entre los 25 a 29 años, 18% (52 mujeres) respondieron que se han realizado después de los 34 años, y en el rango de 30 a 34 años representa el 11% (30 mujeres). El porcentaje mínimo es de 6% (16 mujeres) quienes lo realizaron en edades menores de 20 años. La prueba de Chi cuadrado muestra que hay diferencia significativa.

**Tabla N° 8. Factores relacionados al ciclo menstrual y uso de MAC en usuarias del Centro de Salud Punta del Este. Años 2015 -2016**

Factores relacionados al Ciclo menstrual y uso de MAC	Grupos				Total de casos		Chi - cuadrado
	Positivo		Negativo		N°	%	Valor
	N°	%	N°	%			
<b>Utiliza métodos anticonceptivos</b>							
Si	53	75	141	67	194	69	X <sup>2</sup> = 1,634 P = 0,201
No	18	25	71	33	89	31	
<b>Tipo de anticonceptivo que usa</b>							
Píldoras	19	27	51	24	70	25	X <sup>2</sup> = 10,964 P = 0,204
Inyectable	20	28	39	18	59	21	
Condón	3	4	20	9	23	8	
Norplant / Implante	0	0	1	0	1	0	
Ligadura	0	0	10	47	10	4	
Ritmo	5	7	9	4	14	5	
DIU	1	1	2	1	3	1	
Otro	5	7	9	4	14	5	
Ninguno	18	25	71	33	89	31	
<b>Ciclo menstrual</b>							
28	19	27	77	36	96	34	X <sup>2</sup> = 3,850 P = 0,146
29	0	0	4	2	4	1	
30	52	73	131	62	183	65	
<b>Régimen catamenial</b>							
3	20	28	60	28	80	28	X <sup>2</sup> = 4,054 P = 0,399
4	23	32	91	43	114	40	
5	23	32	51	24	74	26	
De 6 - 7 días	5	8	10	5	15	6	

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

**La tabla N° 8**, nos muestra los resultados de los factores relacionados al ciclo menstrual y al uso de MAC (métodos anticonceptivos), referente a la pregunta que si utiliza métodos anticonceptivos, el 69% de las mujeres atendidas (194 mujeres) afirmaron que si utilizaban los métodos anticonceptivos, mientras que un total de 31% (89 mujeres) respondieron que no.

Sobre el tipo de anticonceptivos que utiliza, la tabla nos muestra que el 25% de las mujeres dijeron que usan píldoras, el 21% inyectables, el preservativo (condón) 8% es decir, 23 mujeres manifestaron utilizar este método. 89 mujeres que son el 31%, manifestaron que no utilizan ningún tipo de método.

En cuanto a la duración del ciclo menstrual, la tabla nos muestra que 65% (183 mujeres), respondieron que su ciclo es cada 30 días, el 34% (96 mujeres) dijeron que su ciclo menstrual es cada 28 días, y un porcentaje menor 1%, es decir solo 4 mujeres manifestaron que lo tienen cada 29 días.

Sobre el régimen catamenial en un 40% (114 mujeres) manifestaron tener un régimen de 4 días. El 26% refirieron tener un régimen de 5 días, el 28% (80 mujeres) afirmaron tener un régimen de 3 días. El porcentaje menor es del 6%, 15 mujeres que afirmaron que el régimen es de 6 – 7 días.

Ninguno de los factores relacionados al ciclo menstrual muestra diferencia significativa con la prueba de chi cuadrado.

**Tabla N° 9. Valoración de riesgo (ODDS RATIO) de los factores psicosociales**

Variables Procesadas		O.R.	Intervalo de Confianza		X <sup>2</sup>	P
			Mínimo	Máximo		
Estado Civil	Casada	1.05	0.41	2.70	0.0106	0.9181
	Conviviente	0.95	0.44	2.03	0.0178	0.8939
	Soltera	0.99	0.37	2.69	0.0000	0.9952
Grado de Instrucción	G.I. Ilustrada	6.02	1.08	33.83	5.2866	0.0215
	G.I. Primaria	0.79	0.37	1.70	0.3550	0.5513
Ocupación	Estudiante	3.14	0.97	10.16	3.9633	0.0465
	Ama de casa	0.83	0.45	1.52	0.3703	0.5428
Ingreso mensual	Menor de 1000	0.71	0.37	1.33	1.1611	0.2812
Edad en años	Menor de 24	3.42	1.46	7.98	8.4939	0.0036
	De 35 a 45	0.92	0.48	1.76	0.0676	0.7949
	Mayor de 45	2.28	0.91	5.72	3.1475	0.0761

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

La tabla N° 9, nos muestra el resultado de la valoración del Riesgo a través del OR (Odds Ratio), los intervalos de confianza (IC) y su correlación.

En relación al estado civil ninguno de las modalidades evaluados resultó con riesgo, ni tampoco la relación resultó significativa. Lo que nos lleva a afirmar que el estado civil no es un factor de riesgo para la aparición de lesiones premalignas.

En el caso de grado de instrucción, la tabla nos muestra que el riesgo se encuentra en las mujeres en condición de iletradas, con un 6.02 de OR lo que significa que el riesgo es muy alto en comparación a las mujeres que tienen un cierto nivel de instrucción, de igual manera la prueba de correlación es significativa.

Con respecto a la valoración de riesgo de la ocupación de las mujeres atendidas en el centro de salud de Punta del Este, la tabla nos muestra que el ratio con mayor riesgo se presenta en mujeres estudiantes 3.14, es decir las estudiantes tienen 3 veces más que las otras ocupaciones de tener lesiones premalignas, la prueba de correlación también muestra diferencia significativa.

Con referencia al ingreso mensual, la tabla nos muestra que no hay riesgo, es decir que las lesiones premalignas no están significativamente relacionadas al nivel de pobreza o riqueza.

Con respecto a la edad de las pacientes, el rango con mayor riesgo se encuentra en las mujeres menores de 24 años con 3.42, seguido de las mujeres de más de 45 años con un ratio de 2.28 ambos grupos muestran un alto riesgo. Sin embargo sólo las menores de 24 años muestran diferencia significativa con la prueba de correlación.

**Tabla N° 10. Valoración de riesgo (ODDS RATIO) de los factores relacionados con la reproducción.**

Variables Procesadas		O.R.	Intervalo de Confianza		X <sup>2</sup>	P
			Mínimo	Máximo		
Paridad	Gran multiparidad (≥ 5)	0.72	0.14	3.53	0.1628	0.6866
	Multiparidad (3-4)	0.84	0.46	1.53	0.3209	0.5711
Edad del primer embarazo	Menor de 19 años	1.01	0.58	1.76	0.0005	0.9826
Número de gestaciones	Gran multigesta (≥ a 6)	2.30	0.71	7.61	1.9919	0.1581
	Multigesta (3-5)	0.52	0.29	0.94	4.7768	0.0288
Número de abortos	Dos o más	1.33	0.54	3.27	0.3951	0.5297
	Un aborto	0.91	0.48	1.72	0.0825	0.7739

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

**La tabla N° 10.** Muestra los resultados de la valoración del riesgo de las variables relacionadas con la reproducción, así podemos observar, con respecto a la paridad, que no existe un riesgo significativo de contraer lesiones premalignas.

Con relación a la edad del primer embarazo, podemos observar que tampoco existe riesgo ni asociación significativa.

En el caso del número de gestaciones, podemos observar que existe un alto riesgo en las mujeres gran multigestas, con un OR de 2.30, sin embargo no hay diferencia significativa con la prueba de correlación. La Multigesta (3-5 gestaciones), no tiene riesgo, sin embargo si hay asociación significativa ( $P < 0.05$ ), lo que nos lleva a afirmar que tanto las multigestas como las gran multigestas hay que considerarlas de riesgo para la presencia de lesiones premalignas.

Con respecto al número de abortos, la tabla nos muestra que existe un riesgo a tomar en cuenta en mujeres que han tenido más de dos abortos como lo indica el OR de 1.33, es decir 1.3 veces mayor la probabilidad de adquirir lesiones premalignas en comparación con las que no tuvieron aborto. Sin embargo la prueba de correlación no es significativa.

**Tabla N° 11. Valoración de riesgo (ODDS RATIO) de los factores relacionados con la conducta sexual.**

Variables Procesadas		O.R.	Intervalo de Confianza		X <sup>2</sup>	P
			Mínimo	Máximo		
IRS	Menor de 15 años	0.39	0.12	1.21	2.7371	0.0980
	Entre 15 - 17 años	0.99	0.56	1.76	0.0010	0.9749
Andría	5 o más parejas	0.65	0.18	2.36	0.4311	0.5114
	De 3 - 4 parejas	1.43	0.80	2.55	1.4452	0.2293
Tipo de coito	Vaginal - Anal	1.01	0.20	5.14	0.0002	0.9897
	Vaginal - Oral	1.77	0.67	4.69	1.3377	0.2474
ITS	Tuvo ITS	2.92	1.02	8.4	4.267	0.0389

**Fuente:** Instrumento propio de la investigación, año 2017.

**La tabla N° 11,** nos muestra la valoración de riesgo de los factores relacionados a la conducta sexual, según la edad de inicio de relaciones sexuales no hay mayor riesgo con el OR, tampoco hay relación significativa.

En cuanto a al número de parejas, la tabla muestra que el riesgo es mayor en las mujeres que manifestaron haber tenido de 3 a 4 parejas, un OR de 1.43, un riesgo leve, pero igual sin relación significativa.

Con respecto al tipo de coito, en ambos casos podemos inferir que el riesgo está manifiesto, en el caso de coito vaginal anal el OR es de 1.01 y en el caso del coito vaginal oral el riesgo es mayor con un OR de 1.77, es decir hay un riesgo moderado para la aparición de lesiones premalignas, sin embargo no hay diferencia significativa con la prueba de correlación.

En relación a las ITS, el riesgo de contraer lesiones premalignas es muy alto en aquellas mujeres que manifestaron haber sufrido una ITS (2.92), es decir un riesgo elevado, aunque también no hay diferencia significativa con la prueba de correlación.

### **3.2. Discusión de resultados**

En relación a la incidencia de lesiones premalignas se encontró una frecuencia de 25.2%, lo que hace 2.5 casos por 1000 mujeres en edad reproductiva (MEF) (Tabla N°3) cifra mayor si tomamos en cuenta los estudios de Vicente y Argueta, citado por Ruiz (31), quien evidenció una prevalencia del 1.9% de lesiones premalignas, y menor a los resultados de Rodríguez Camacho (32) que encontró una incidencia de 6,9 casos nuevos por mil MEF y Balseca-Gavidia (30) quien reporta una prevalencia de lesiones pre malignas del 31.1%. Tratando de encontrar una explicación a las diferencias, podemos afirmar que nuestra población es de riesgo elevado para esta patología, además el tamizaje de Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) que se está protocolizado en la región San Martín permite detectar las lesiones en etapas muy precoces y con alto porcentaje de sensibilidad, ahí estaría la explicación de la diferencia. Sin embargo en la región se está restando importancia a esta patología y ya no se hace el tamizaje en forma rutinaria, es necesario retomar el mismo para poder prevenir en forma oportuna esta patología.

Respecto a los hallazgos del IVAA un 85.2% de los casos dieron negativos, el 14.8% fueron positivos, se puede determinar que el IVAA, si el profesional tiene expertiz es una prueba de alta sensibilidad para detectar la lesiones tempranamente.

En cuanto a los resultados citológicos en el presente trabajo de investigación, se observó que la mayoría de las pacientes tuvieron resultados negativos a las pruebas citológicas 75.6%, seguido por las lesiones intraepiteliales de bajo grado (17.0%), las células escamosas atípicas de significado indeterminado o ASCUS (6%) y LIE de alto grado (1.4 %), lo que difiere con otras investigaciones.

Balseca-Gavidia (30) reporta que las lesiones pre malignas más frecuentes que encontró son Atipia de significado indeterminado (ASCUS) y Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS) con 97 casos representado un 43.9% en menor porcentaje pero considerable Lesión Intraepitelial de alto grado (LIEAG) con 85 casos correspondiendo a un 38.5%. Como podemos notar resultados elevados en comparación a los nuestros.

En lo que concierne a los hallazgos colposcópicos y de biopsia, en el presente estudio, el 9.5 % resultaron casos de displasia leve, el 13.8 % fueron hallazgos normales y de los 283 casos investigados solo se detectó uno con cáncer positivo 0.4 %; en cambio en el trabajo de *Gonzales y cols (18)*, el 63% de las gestantes presentaron cambios menores, el 31.5% cambios mayores y el 3.1% cáncer invasor. La colposcopia nos certifica de manera más segura los resultados del PAP y de IVAA, pero la biopsia es la que nos confirma el diagnóstico más preciso.

En cuanto a las características generales (factores psicosociales) de las mujeres que participaron del estudio se encontró que la mayoría de las mujeres atendidas tenían de 25 a 45 años y que el lugar de procedencia predominante fue la ciudad de Tarapoto, estado civil conviviente, con grado de instrucción secundaria y en su mayoría amas de casa, ninguno de estos factores tiene asociación con lesiones premalignas; coincidiendo con los resultados de Argueta (31), este autor reporta que la edad, procedencia, paridad y número de parejas sexuales no tienen relación con lesiones premalignas, mientras que nuestro estudio si encontró una asociación significativa ( $p < 0.05$ ) entre la edad y el número de gestaciones con las lesiones premalignas

La presente investigación no evidencia asociatividad absoluta relacionada a factores de riesgo en lesiones premalignas, de esta forma, podemos corroborar el hecho de que no son significativos los criterios de edad, afirmar que los factores, estado civil 1.05, 0.95, 0.99 no se relacionan, lo mismo que paridad 0.72 y 0.84, edad del primer embarazo 1.01, número de abortos 1.33 y 0.91 respectivamente, de igual forma no

se encontraron asociaciones significativas en los criterios de IRS 0.39 y 0.99 y andría 0.65 y 1.43.

Balseca-Gavidia (30), encontró que la edad de las mujeres de nuestro estudio, el número de compañeros sexuales, la alta paridad, el uso de anticonceptivos orales fue determinante de riesgo para presentar lesiones pre malignas de cérvix.

Sin embargo en nuestro estudio el grado de instrucción evidencia un riesgo alto de 6.02 en condición de iletrada, lo que confirma que la probabilidad de contraer un factor de riesgo precancerígeno en mujeres de bajo nivel educativo es mayor que las que sí tienen algún nivel educativo. Se determinó también que mujeres estudiantes tienen tres veces más riesgo OR = 3.14, en comparación a otras ocupaciones y tiene relación con las mujeres menores de 24 años OR = 3.42.

Argueta a través de las medidas de Razón de prevalencia (RP), también determinó 3 veces más riesgo (RP= 2.7) de padecer la lesión si vive en el área urbana, si inicio vida sexual antes de los 20 años (RP= 3.3), si tuvo 2 parejas sexuales (RP= 3.5) y 2 veces más riesgo si tiene más de 5 hijos (RP= 1.9).

Rodríguez reporta que hay correlación alta entre lesiones neoplásicas y número de parejas sexuales.

Lau-Serrano y cols reporta que en su estudio predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años, de las cuales el 60% fueron convivientes y el 30% solteras. El inicio precoz de relaciones sexuales y la evidencia del virus del papiloma humano (VPH) fueron muy frecuentes. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico hallada fue del 64,1 %, con una sensibilidad de 90,3 % y una especificidad de 79,3 %.

Nuestro estudio encontró en la tabla N°10 que el ser mujer iletrada (analfabeta) tiene un riesgo (OR=6.02, con IC= 1.08 - 33.83), ocupación estudiante (OR=3.14; con IC=0.97 – 10.16), la edad menor de 24 años (OR=3.42; IC=1.46 – 7.98), edad mayor de 45 años (OR=2.28, IC= 0.91 – 5.72); es decir que las edades extremas son de riesgo para lesiones cervicales premalignas, pues esto coincide con la teoría que fundamenta los riesgos en estas edades.

Del mismo modo, las mujeres que manifestaron haber tenido varios embarazos, son las que tienen el doble de riesgo de contraer posibles lesiones premalignas (OR=2.30; IC=0.71–7.61), tener dos o más abortos (OR=1.33; IC=0.54-3.27), tener

3-4 parejas sexuales (OR=1.43, IC=0.80-2.55); coito Vaginal-Oral (OR=1.77; IC=0.67-4.69); tuvo ITS (OR=2.92; IC= 1.02-8.4) (Tabla N° 11).

Como se puede observar hay algunas variaciones y diferencias en relación a los resultados de Argueta, Lau-Serrano, Balseca y Rodríguez (23, 30, 31, 32), explicadas estos talvez en los hábitos, costumbres y características de nuestros usuarios.

De igual forma las mujeres que sufrieron algún tipo de ITS son tres veces más propensas a las lesiones premalignas OR = 2.92 que las que no tuvieron, esto se relaciona mucho con la infidelidad de la pareja, vivimos en un medio donde la cultura ve normal que un varón tengan dos o más parejas sexuales, entonces el riesgo de contagio de ITS es más frecuente, aquí una tarea urgente de lograr inferir en las mujeres para que exijan a sus parejas el uso de condón y se protejan de contraer este tipo de enfermedades.

Ortiz(4) reporta que la mayoría de pacientes con lesiones premalignas usaron por más de 5 años los anticonceptivos orales combinados, mientras que en nuestro estudio el uso de métodos anticonceptivos no tiene ninguna relación con las lesiones; hay que evidenciar que el estudio solo ausculto uso o no uso de MAC, y fue una omisión no haber auscultado tiempo de uso del método.

## CONCLUSIONES

1. La incidencia de lesiones premalignas en el C.S, Punta del Este es de 2.5 x 1000 MEF. y solo un caso de cáncer insitu.
2. La edad menor de 24 años es el único factor psicosocial asociado a lesiones premalignas ( $P < 0.05$ ).
3. Ninguno de los factores de conducta sexual estudiados muestran asociación con lesiones premalignas.
4. El haber padecido ITS de cualquier tipo es un factor que se asocia a la aparición de lesiones premalignas ( $P < 0.05$ ) y con un  $OR = 2.92$ , es decir con un nivel de riesgo muy elevado.
5. El ser Multigesta es un factor reproductivo asociado a lesiones premalignas ( $P < 0.05$ ), con un nivel de Riesgo también elevado ( $OR = 2.30$ ;  $IC = 0.71 - 7.61$ ). El antecedente de tener o haber tenido familiares que cursaron con cáncer fue otro de los factores asociados ( $P < 0.05$ ).
6. El Nivel de riesgo de los factores estudiados para la aparición de lesiones premalignas de cérvix son:
  - a. Riesgo bajo leve (entre 1.1-1.5)
    - i. Antecedente de dos o más abortos ( $OR = 1.33$ ;  $IC: 0.54 - 3.27$ )
    - ii. Andría entre 3 y 4 parejas ( $OR = 1.43$ ;  $IC: 0.80 - 2.55$ )
  - b. Riesgo moderado (1.6 – 2.0)
    - i. Coito Vaginal-oral ( $OR = 1.77$ ;  $IC: 0.67 - 4.69$ )
  - c. Riesgo Alto (2.1 -2.9)
    - i. Edad materna mayor a 45 años ( $OR = 2.28$ ;  $IC: 0.91 - 5.72$ )
    - ii. Gran Multigesta, mayor a 5 ( $OR = 2.30$ ;  $IC: 0.71 - 7.61$ )
    - iii. Antecedente de ITS ( $OR = 2.92$ ;  $IC: 1.02 - 8.4$ )
  - d. Riesgo Muy Alto (mayor de 3)
    - i. Grado de Instrucción iletrada ( $OR = 6.02$ ;  $IC: 1.08 - 33.883$ )
    - ii. Ocupación Estudiante ( $OR = 3.14$ ;  $IC: 0.97 - 10.16$ )
    - iii. Edad materna menor de 24 años ( $OR = 3.42$ ;  $IC: 1.46 - 7.98$ )

## RECOMENDACIONES

1. Al ministerio de Salud se protocolice el tamizaje de IVAA y PAP en todo el país porque ayuda a la detección precoz y temprana de las lesiones premalignas, y nos permite disminuir el riesgo de morir por cáncer.
2. A la Dirección Regional de San Martín, se incida nuevamente en la prevención primaria del cáncer de cérvix, a través de la obligación del tamizaje para evitar los daños y muertes por esta patología.
3. A los profesionales de salud y promotores que se incorpore estrategias educativas comunicacionales tendientes a lograr que las mujeres exijan el uso de preservativo para las relaciones coitales, a fin de evitar contagiarse de una ITS, que es un factor asociado y de riesgo elevado para desarrollar lesiones premalignas.
4. A la Universidad Nacional de San Martín, se incorpore en la formación de pre y posgrado contenidos de análisis de los determinantes de la salud, para desarrollar en sus egresados competencias y sensibilidad para promocionar la salud.

## BIBLIOGRAFIA

1. Salazar-Rosario M, Regalado-Rafael R, Magalli-Navarro J, Montanez-Dayana M, Abugattas J, Vidaurre T. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el control del cáncer en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2013;30(1):105-12.
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Guía de Practicas Clinica para Cáncer de cuello Uterino. In: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), editor. 4ta ed. Lima - Perú: MInisterio de Salud; 2012.
3. Magallanes-Castilla J. Factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cérvico uterina alterada. hospital regional de Loreto. 2009. [Tesis Título Profesional]. Iquitos - Perú: Universidad Peruana Científica; 2009.
4. Ortiz-Serrano R, Uribe-Pérez C, Díaz-Martínez L, Rafael Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología*. 2004;55(2):146-60.
5. Ramos-Davila J. Factores de Riesgo Relacionados a Lesiones pre Malignas de Cáncer del Cuello Uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012 [Tesis Título Profesional]. Trujillo-Perú: Universidad Peruana Antenor Orrego; 2015.
6. Almonte M, Ferreccio C, Gonzales M, Delgado-Bardales J, Buckley H, Luciani S, et al. Risk factors for high-risk human papillomavirus infection and cofactors for high-grade cervical disease in Peru. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2011;21(9):1654-63.
7. Ministerio de Salud (MINSa). Manual para tamizaje del cancer cervicouterino In: OMS-OPS, editor. Prevencion y deteccion temprana de cancer cervicouterino. 1a ed. Lima: OMS; 2012. p. 46.
8. Dirección Regional de Salud de San Martín (DIREs). Estadísticas. Epidemiología de Cáncer. San Martín Peru: Ministerio de Salud; 2013.
9. Barbón A. Análisis de algunos factores de riesgo de lesiones premalignas de cuello uterino en un área de salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2009;8(4):0-.
10. González-Merlo J, González-Bosquet J, González-Bosquet E. Ginecología. Enfermedades de Transmisión sexual. 8a ed. Barcelona: Masson; 2003. 217-41 p.
11. De Palo G, Dexeus S, Chanen W. Patología y tratamiento del tracto genital inferior. 2a ed. Barcelona-España: Masson; 2000 23/05/2017.
12. Hart K, Williams-Martin O, Thelwell N, Fiander A, Brown T, Borysiewicz-Lesek K, et al. Novel method for detection, typing, and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. *Journal of clinical microbiology*. 2001;39(9):3204-12.

13. Fruchter R, Maiman M, Sedlis A, Bartley L, Camilien L, Arrastia C. Multiple recurrences of cervical intraepithelial neoplasia in women with the human immunodeficiency virus. *Obstetrics & Gynecology*. 1996;87(3):338-44.
14. Bosch X, Manos M, Muñoz N, Sherman M, Jansen A, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. *Journal of the National cancer institute*. 1995;87(11):796-802.
15. Schlecht N, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura R, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. *Jama*. 2001;286(24):3106-14.
16. Meijer C, Snijders P, Brule A. Screening for cervical cancer: should we test for infection with high-risk HPV? *Canadian Medical Association Journal*. 2000;163(5):535-8.
17. Castañeda-Iñiguez M, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud pública de México*. 1998;40(4):330-8.
18. González A, Colin D, Franceschi S, Goodill A, Green J, Peto J, et al. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer*. 2006;118:1481-95.
19. Bosch F, Lorincz A, Munoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *Journal of clinical pathology*. 2002;55(4):244-65.
20. Valera-Martínez S. Citología cervical. *Rev Med Hondur*. 2005;73(4):131-6.
21. Rodríguez-Salvá A, Echavarría-Aguilera Á, Murlá-Alonso P, Vázquez-González C. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 1999;37(1):40-6.
22. Amaro F, Cardoso O, Mejías N, Ávila D, Sifonte C, Osorio L, et al. Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones precancerosas de cérvix. *Progresos de obstetricia y ginecología*. 2004;47(7):317-22.
23. Lau-Serrano D, Millán-Vega M, Fajardo-Tornés Y, Sánchez-Alarcón C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012;38(3):366-77.
24. Martínez-Pinillo A, Díaz-Ortega I, Carr-Pérez A, Varona-Sánchez J, Borrego-López J, De la Torre A. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2010;36(1):52-65.

25. Almonte M, Murillo R, Sánchez G, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C, et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *salud pública de méxico*. 2010;52(6):544-59.
26. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Guía de inspección visual con ácido acético (IVAA) en el tamizaje de lesiones premalignas de cuello uterino. In: (INEN) INEN, editor. 2a ed. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2013.
27. Pacheco-Romero J. Ginecología y Obstetricia. 6ta ed. Chile: Mad Corp. SA 2002. 500 p.
28. Ahued R, Fernandez-del Castillo C, Bailon-Uriza R. Ginecología y obstetricia aplicadas. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial El Manual Moderno; 2002.
29. Mengolé-Amaya P, Mengolé-Amaya T. Diagnóstico citológico cérvico-vaginal por el sistema Bethesda en Hospital José Agurto Tello de Chosica. [Tesis de Título Profesional]. Lima - Perú: Instituto de educación superior tecnológico privado Daniel A. Carrión. Carrera profesional técnica en laboratorio clínico; 2011.
30. Balseca-Gavidia M. Lesiones Premalignas de Cérvix en Mujeres Atendidas en el Hospital José María Velasco Ibarra. Tena. 2010 [Título Profesional]. Tena - Ecuador: Escuela Superior Politecnica de Chimborazo; 2012.
31. Ruiz-Palacios J, Picado-Urroz E. Incidencia de lesiones cervicales pre-malignas, en pacientes que se realizaron Papanicolaou en el Hospital Escuela Regional Santiago de Jinotepe, del 1 de agosto del 2013 al 31 de julio del 2014. Managua - Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2016.
32. Rodríguez-Camacho D, Ríos-Reyes L, Ruiz-González G. Lesiones neoplásicas de cuello uterino en mujeres de una universidad Colombiana. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2013;18(1):13-25.

## XII. ANEXOS

Trabajo de Investigación: "LESIONES PREMALIGNAS DE CANCER DE CUELLO UTERINO"

Centro de Salud Punta del Este Período: 2015 -2016

Investigadora: Liria del Castillo Orbe

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### Datos del Paciente:

Nombre: .....

Historia Clínica: ..... Fecha de Nacimiento: ...../...../.....

Edad: ..... Distrito de Procedencia.....

#### 1. Datos personales:

##### Estado civil:

Soltera  Casada  Conviviente   
Viuda  Divorciada

##### Grado de instrucción:

Analfabeta  Primaria  Secundaria   
Superior  Técnico

Ocupación: .....

Ingreso familiar mensual: ..... nuevos soles

#### 2. Hábitos

**Tabaquismo** Si ( ) No ( ). Si Rpta es Si, Cuántos cigarrillos x día .....

**Alcohol** Si ( ) No ( ). Si Rpta es Si, Cuántos veces x semana toma .....

#### 3. Antecedentes Gineco – Obstétricos:

**Paridad:** ..... N° de hijos

Pimigesta  Segundigesta   
Multigesta  Gran Multigesta

#### 4. Antecedentes Ginecológicos

- Utiliza métodos anticonceptivos Si ( ) No ( ). Si Rpta es Si, cuál método.....
- Número de abortos..... Número de embarazos.....
- Número de parejas sexuales.....
- Alguna vez tuvo alguna ITS (condiloma acuminado) Si ( ) No ( ). Si Rpta. es Si, Anote nombre de ITS.....
- Ha recibido orientación a cerca del VPH Si ( ) No ( ). Si Rpta. es Si, Quien lo orientó ..... y dónde? .....
- Antecedentes personales de patología cervical. Si ( ) No ( ). Si Rpta. es Si, qué tipo de patología ..... Hace cuánto tiempo? .....
- Antecedentes de familiares con Cáncer. Si ( ) No ( ). Si Rpta. es Si, Anote parentesco..... y qué tipo de cáncer.....

#### 5. Factores Reproductivos

- Edad del inicio de las relaciones sexuales.....
- Frecuencia de Relaciones sexuales..... (N° de veces por semana)
- Edad de la Menarquia..... Régimen Catamenial.....
- Edad del primer embarazo..... Edad del primer Papanicolaou.....
- Edad del inicio de la menopausia.....
- Duración del Ciclo menstrual..... Dispareunia Si ( ) No ( )
- Tipo de coito: Vaginal ( ) Anal ( ) Otro.....

#### 6. Examen Gineco-Obstétricos:

Lesiones Sugestivas:

Mancha acetoblanca Si ( ) No ( )

Ectropio Si ( ) No ( )

Polipo endocervical Si ( ) No ( )

Condiloma Si ( ) No ( )

Cervicitis Si ( ) No ( )

Otros .....

#### 7. Pruebas Diagnósticas que se realizó

PAP: Si ( ) No ( ) COLPOSCOPIA: Si ( ) No ( )

IVAA: Si ( ) No ( )

**8. Datos resultados del IVAA**

Positivo ( )      Negativo ( )

**9. Datos de los resultados citológicos (PAP)**

a) Negativo ( )

b) ASCUS/ ASC-H:      (0) No   (1) Si

c) LIE de Bajo grado:

PVH      (0) No   (1) Si

NIC I/ displasia leve   (0) No   (1) Si

d) LIE de alto grado:

NIC II/ displasia moderada   (0) No   (1) Si

NIC III/ displasia severa   (0) No   (1) Si

Carcinoma insitu   (0) No   (1) Si

**10. Datos de los resultados de colposcopia y biopsia**

a) Normal      (0) No   (1) Si

b) Displasia Leve      (0) No   (1) Si

c) Displasia Crónica      (0) No   (1) Si

d) Cáncer in situ      (0) No   (1) Si

**11. Seguimiento y Tratamiento:**

Conolip      (0) No   (1) Si

Crioterapia      (0) No   (1) Si

Conofrío      (0) No   (1) Si

Histerectomía Total      (0) No   (1) Si

Otro .....