

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LESIONES
CERVICALES PREINVASORAS. HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE CAJAMARCA, 2015 – 2019**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

Presentado por:

Bachiller: Jean Carlos Gonzales Sifuentes

Asesora:

Dra. Obst. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz

Cajamarca – Perú

2022

Copyright © 2022 by
Gonzales Sifuentes, Jean Carlos
Derechos Reservados

Se dedica a:

Dios; a mis padres: Lucas y Maribel, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más. A mis abuelos: María, Catalina y Encarnación, a mis hermanos por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento, ¡Muchas gracias! Finalmente, a toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron que pueda alcanzar esta meta. ¡Dios los bendiga!

Jean Carlos

Se agradece a:

Mi Alma Máter, la Universidad Nacional de Cajamarca, y a la E.A.P de Obstetricia por la formación que me han brindado durante estos años de vida universitaria, a mis profesores, quienes a través de sus enseñanzas y sabios consejos me han permitido poder alcanzar este sueño. Agradecer también a mi estimada asesora: Dra. Obsta Rebeca Beatriz Aquilar Quiroz quien, con la enseñanza de sus valiosos conocimientos, su apoyo y orientación se hizo posible el desarrollo de esta investigación. Finalmente, agradecer al personal del HRDC quienes me abrieron las puertas para llevar a cabo la investigación, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, apoyo incondicional, consejos, enseñanzas y amistad.

Jean Carlos

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	3
1.1 Planteamiento del problema.....	3
1.2 Formulación del problema.....	5
1.3 Objetivos.....	5
1.4 Justificación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Teorías sobre el tema.....	14
2.3 Hipótesis.....	29
2.4 Variables.....	29
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	30
3.1 Diseño y tipo de estudio.....	30
3.2 Área de estudio.....	30
3.3 Población.....	30
3.4 Muestra y muestreo.....	31
3.5 Unidad de análisis.....	32
3.6 Criterios de inclusión.....	32
3.7 Técnicas de recolección de datos.....	32
3.8 Descripción del instrumento.....	33
3.9 Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos.....	34
3.10 Consideraciones éticas.....	34
CAPITULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	51

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Antecedentes ginecoobstétricos de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical	36
Tabla 2. Uso de anticonceptivos y tiempo de uso en pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical	39
Tabla 3. Método anticonceptivo y tiempo de uso en pacientes con diagnóstico Anormal de citología e histología cervical	40
Tabla 4. Tipo de lesiones cervicales preinvasoras post diagnóstico de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019	41
Tabla 5. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales Preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019	42

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los años 2015 – 2019. **Metodología:** estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y retrospectivo, correlacional; muestra constituida por 101 mujeres entre 25 y 49 años de edad con resultado anormal en prueba de citología cervical, sometidas a colposcopia y biopsia. **Resultados:** antecedentes gineco-obstétricos: 27,7% tenían 35 a 39 años, 65,3% multíparas, 49,5% menarquia antes de 12 años, 48,5% inició vida sexual entre 16 a 18 años y 56,4% tuvo un compañero sexual. Tipo de método anticonceptivo y tiempo de uso: 66,3% utilizó algún método empleándolos por menos de 5 años; el más empleado fue el parenteral con 71,6%. Tipo de lesiones preinvasoras: 56,4% desarrolló HSIL tras reporte citológico y 37,6% desarrolló NIC 1 tras reporte histopatológico. Usuaris de método parenteral, desarrollaron HSIL (72,2%) y NIC 2 (81,2%), usuarias de anticoncepción oral desarrollaron LSIL o HSIL y NIC 1; usuarias de DIU desarrollaron HSIL y NIC 2 – 3; por último, usuarias de métodos de barrera, desarrollaron LSIL y NIC 1 – 2. **Conclusión:** estadísticamente no existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y presencia de lesiones cervicales preinvasoras tras resultado citológico ($p = 0,357$) o reporte histopatológico ($p = 0,471$).

Palabras clave: método anticonceptivo, lesiones cervicales preinvasoras, usuaria de método anticonceptivo.

ABSTRACT

Objective: determine the relationship between contraceptive methods and preinvasive cervical lesions in The Regional Teaching Hospital of Cajamarca, during the years 2015 – 2019. **Methodology:** study with quantitative approach, non-experimental, cross-sectional and retrospective, correlational design; sample consisting of 101 women between 25 and 49 years of age with an abnormal result in a cervical cytology test, who underwent colposcopy and biopsy. **Results:** Gynecological-obstetric history: 27.7% were between 35 and 39 years old, 65.3% multiparous, 49.5% menarche before 12 years old, 48.5% started sexual life between 16 and 18 years old and 56.4% had a sex partner. Type of contraceptive method and time of use: 66.3% used some method using them for less than 5 years; the most used was parenteral with 71.6%. Type of preinvasive lesions: 56.4% developed HSIL after cytological report and 37.6% developed CIN 1 after histopathological report. Parenteral method users developed HSIL (72.2%) and CIN 2 (81.2%), oral contraceptive users developed LSIL or HSIL and CIN 1; IUD users developed HSIL and CIN 2 – 3; finally, users of barrier methods, developed LSIL and CIN 1 – 2. **Conclusion:** statistically, there is no relationship between the use of contraceptive methods and the presence of preinvasive cervical lesions after cytological results ($p = 0.357$) or histopathological report ($p = 0.471$).

Keywords: oral contraception, preinvasive cervical lesions, contraceptive method user.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones cervicales preinvasoras son una serie de alteraciones del epitelio escamoso del cérvix pero que no llegan a penetrar más allá de la membrana basal, causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH), sobre todo por los tipos 16 y 18. Si estas lesiones no son tratadas a tiempo pueden progresar a cáncer de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino (CCU) a nivel mundial es el cuarto tipo de cáncer más habitual en las mujeres; sin embargo, pese a la gran cantidad de casos puede diagnosticarse y tratarse a tiempo con una correcta prueba de tamizaje cervical, las cuales ayudan a identificar el tipo o grado de las lesiones precursoras de cáncer cervical (2).

Existen muchos factores de riesgo que están relacionados con la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, tales como la edad, conductas de riesgo como inicio temprano de relaciones sexuales o tener múltiples compañeros (as) sexuales, la paridad, el bajo nivel socioeconómico, entre otros; sin embargo, existen algunas sustancias que se cree puedan producirlas como el tabaco o el uso de métodos anticonceptivos; así, hay estudios que revelan que la exposición a los métodos hormonales, entre ellos, el uso de la anticoncepción oral estaría relacionada a la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, mientras que otros manifiestan que más bien serían un factor protector frente a las mismas, frente a esta controversia y el interés por este tema se cree conveniente investigar sobre la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y las lesiones cervicales preinvasoras en mujeres que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2015 – 2019.

La presente investigación se subdivide en 4 capítulos, estructurados de la siguiente manera:

CAPITULO I: donde se describen el planteamiento del problema, los objetivos de estudio y la justificación de la presente investigación.

CAPITULO II: trata sobre los antecedentes mundiales y nacionales, la teoría relacionada al tema, la hipótesis y el cuadro de operacionalización de variables.

CAPITULO III: presenta el diseño metodológico que describe el diseño y tipo de estudio, área de estudio, la población, muestra y muestreo, unidad de análisis, los criterios de inclusión, técnicas de recolección de datos, la descripción del instrumento, se da a conocer las técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos, además de las consideraciones éticas.

CAPITULO IV: en donde se muestran los resultados obtenidos y se brinda el análisis y

discusión de los mismos.

En último lugar se dan a conocer las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos de la investigación.

El autor.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Las lesiones cervicales preinvasoras son alteraciones celulares del epitelio escamoso del cuello uterino relacionadas a infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), sin embargo, la persistencia o regresión de las mismas pueden verse influenciadas por cofactores, como el tabaco, agentes infecciosos de transmisión sexual (ITS) o uso de métodos anticonceptivos (MAC) (1). En 2014, un estudio conjunto realizado por la Universidad de Curtin (Australia) y la Sociedad Asiática de Oncología Ginecológica, comparó el uso del preservativo y el anticonceptivo combinado oral con el desarrollo de lesiones cervicales precancerígenas, concluyendo que el uso del preservativo no se relacionaba como factor de protección frente a las lesiones cervicales; por el contrario, los anticonceptivos orales de uso prolongado demostraron reducir el riesgo de padecerlas; sin embargo, el Fondo Mundial e Instituto Americano de Investigación para el Cáncer, sugiere que habría un posible aumento del riesgo de lesiones cervicales y de cáncer de cuello uterino (CCU), debido a que la exposición a estrógenos en los anticonceptivos orales pueden hacer que la unión escamocilíndrica del cuello uterino se “exponga” para el VPH y así producirlas, pese a tales afirmaciones la Organización Mundial de la Salud (OMS), no ha promovido su discontinuación y recomienda realizar investigaciones en diferente población (10).

Por otra parte, es necesario tener en cuenta que evaluar, diagnosticar y tratar a tiempo a una mujer con lesiones cervicales preinvasoras es muy importante porque la persistencia de las mismas origina el cáncer de cuello uterino. El CCU sigue siendo un problema mundial, constituyendo el cuarto tipo de cáncer más común en mujeres (2). La Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (Globocan), reportó que, en el año 2020, surgieron 604 127 casos nuevos y se produjeron 341 831 muertes, la mayor parte de casos nuevos fueron en Asia (3); y

en países africanos con poco desarrollo como Esuatini, Malawi o Zambia (2). En América, Bolivia es el país con más incidencia de CCU y sólo en Sudamérica, Perú se ubica en quinto lugar, después de Bolivia, Paraguay, Guyana y Surinam (3). El reporte de Globocan 2020, indica que, el CCU es el segundo tipo de neoplasia en peruanas con 4 270 casos, responsable del fallecimiento de 2 288 mujeres (4). En la región Cajamarca, un informe del cáncer publicado en 2020 por el Ministerio de Salud (MINSA) comunicó que fue la neoplasia más habitual con 28,7% (5). Así mismo, en 2019, el Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRDC) había atendido 49 pacientes diagnosticadas con CCU, estas cifras lo hacen el tipo de cáncer más frecuente en el nosocomio (6).

En cuanto a los MAC, son medios que previenen las probabilidades de fecundación; según el último reporte de la OMS, en el 2019, a nivel mundial había 1112 millones de mujeres en edad reproductiva y que necesitaban cuidarse con algún método anticonceptivo; sin embargo, sólo 842 millones se protegían y tenían acceso a alguno de ellos, siendo Asia el continente que tuvo la mayor tasa de mujeres en edad reproductiva y que usaban anticonceptivos, al contrario de África que tuvo la menor tasa (7). En América Latina, Haití y Bolivia son los países con la prevalencia más baja de uso de métodos anticonceptivos mientras que Brasil, tiene la prevalencia más alta de uso (8). En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2020) el 52,9% de mujeres en edad fértil utilizaba algún MAC proveniente del sector público; además, el porcentaje de usuarias es mayoritario en la zona urbana, siendo el método hormonal inyectable el que tiene mayor porcentaje de uso (9). El Análisis de Situación en Salud (ASIS) 2020, reveló que, en la región Cajamarca el porcentaje de parejas protegidas con algún método anticonceptivo era alto (75%) (6), destacan los MAC proporcionados por el área de planificación familiar del HRDC, el método parenteral (inyectable mensual, trimestral e implante), método de barrera, anticoncepción oral, dispositivo intrauterino (DIU) y anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

Debido a la gran cantidad de usuarias de MAC en la región Cajamarca y la alta incidencia de casos de CCU atendidos por el HRDC, del cual se desconoce los factores de riesgo locales que estén ocasionándolo se creyó necesario realizar la presente investigación, buscando el comportamiento o relación que tiene el uso de métodos anticonceptivos frente a las lesiones cervicales preinvasoras, siendo el estudio en el HRDC, en mujeres cajamarquinas atendidas en el preventorio Oncológico durante el periodo 2015 – 2019.

1.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2015 – 2019?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los años 2015 – 2019.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Identificar los antecedentes ginecoobstétricos de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical.
- b. Determinar el método anticonceptivo y tiempo de uso en las pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical.
- c. Reconocer el tipo de lesiones cervicales preinvasoras post resultado citológico e histopatológico de las pacientes.

1.4 Justificación

Ante el gran número de casos de cáncer de cuello uterino en el país y la región Cajamarca, que han propiciado un clima de gran preocupación sobre los factores de riesgo que intervienen en su aparición, y ante el gran porcentaje de parejas protegidas con algún tipo de método anticonceptivo (75%) en la región (9), resulta de vital interés indagar sobre la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, puesto que estas lesiones contribuyen en la aparición de cáncer de cuello uterino, el tipo de cáncer más frecuente en Cajamarca y atendido por esta institución durante los últimos años.

Aunque el agente etiológico más importante en la aparición de las lesiones preinvasoras de cuello uterino, es el VPH, son muchos los cofactores que contribuyen en la persistencia y agravamiento o carcinogénesis de las mismas, un cofactor importante es el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, se ha creado mucha discrepancia en cuanto al uso de ciertos métodos anticonceptivos y su relación con la presencia de lesiones cervicales preinvasoras y/o el cáncer de cuello uterino, en donde para algunos investigadores serían factores protectores, mientras que para otros serían factores de riesgo. Así, el presente estudio procuró aclarar la controversia, y demostrar la seguridad de los métodos anticonceptivos y cuál es el papel que podrían desempeñar frente a las lesiones cervicales preinvasoras, de tal manera, que el personal de salud pueda tener cuidado especial con este tipo de pacientes y poder prevenir a tiempo la progresión de lesiones cervicales de alto grado a través de los exámenes de citología cervical y/o histología cervical seriados y necesarios.

Es por ello que surge el interés de indagar sobre el tema, además, la falta de estudios en la región sobre el uso de métodos anticonceptivos y el desarrollo de lesiones cervicales preinvasoras, fue un motivo más para llevar a cabo la investigación, con el cual se espera afianzar una mayor información en la sociedad, demostrando la seguridad y determinando si el uso de métodos anticonceptivos son factores de riesgo frente a las lesiones cervicales preinvasoras. Por otra parte, la investigación contribuye a ampliar los datos sobre la frecuencia de los tipos más frecuentes de lesiones cervicales preinvasoras para contrastarlos con otros estudios similares de tal manera que pueda ser el inicio de investigaciones futuras para poder en cierta parte ayudar a solucionar y disminuir la problemática saludable de la región, creando protocolos para la atención oportuna en este tipo de pacientes; es por ello que se realizó el estudio en mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales preinvasoras luego del examen citológico cervical o histopatológico respectivo y que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el periodo 2015 – 2019.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Nivel Internacional:

Essmat A y col. (Egipto, 2021), realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia de citología cervical anormal en 1000 mujeres de 21 a 65 años, atendidas durante el 2019 – 2020 en el departamento de Ginecología del Hospital de la Universidad de la Maternidad Al Shatby (Alejandría) que fueron tamizadas con Papanicolaou. El estudio fue observacional retrospectivo. En sus hallazgos informaron que el 36% de las pacientes usaban anticonceptivos orales, un 21,6% eran usuarias de DIU, mientras que el resto porcentual no utilizaba ningún anticonceptivo. Además, concluyeron que solo el 17% de las mujeres en estudio presentaron un resultado positivo para neoplasia intraepitelial, donde el 2,9% tenían LSIL y el 1,3% tenían HSIL (11).

Taye P y col. (Etiopía, 2021), efectuaron una investigación con el objetivo de identificar factores de riesgo de lesiones cervicales preinvasoras en 200 mujeres atendidas en hospitales del estado regional nacional de Amhara para tamizaje de cáncer de cuello uterino. La investigación fue de casos y controles. Se informó que de las mujeres con lesiones cervicales preinvasoras, el 43% utilizaba la anticoncepción oral, el 35,7% era usuaria del método inyectable, las usuarias de implante, DIU y otros MAC se distribuyeron con un porcentaje de 7,1% respectivamente. Además, informaron que la mayoría de mujeres con algún tipo de lesión cervical preinvasora, tenían una edad de 40 a 49 años, habían iniciado su menarquia a los 15 años o más, eran multíparas y eran usuarias de anticonceptivos orales por menos de 5 años. Los investigadores concluyeron que la probabilidad de presentar una lesión cervical preinvasora era mayor en aquellas mujeres que habían usado anticoncepción oral (12).

Attya M y col. (Egipto, 2020), hicieron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el uso a largo plazo de la anticoncepción oral y el desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial en 136 mujeres de 27 a 65 años atendidas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología, de hospitales universitarios. Este estudio fue observacional de corte transversal. Los autores reportaron que, todas las participantes hacían uso de la anticoncepción oral, y que solo el 14% de ellas presentaba algún tipo de lesión cervical citológica, distribuidos en mujeres con LSIL (3,7%) y mujeres con HSIL (2,2%). Además, la mayoría de las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras, eran multíparas y presentaban una media de 47 años. Concluyeron que cuanto mayor sea la duración del uso los anticonceptivos orales, mayor será el grado de las lesiones preinvasoras: LSIL (7.8 ± 0.8 años de uso del MAC), HSIL (9.7 ± 2.1 años de uso del MAC) (13)

Meziani S y col. (Argelia, 2020), realizaron un estudio cuyo objetivo fue hacer un análisis epidemiológico y clínico de los casos de cáncer de cuello uterino en 500 mujeres que acudieron a la unidad de tamizaje cérvico-vaginal del laboratorio de Anatomía, Citología y Patología de la SBA. Este estudio fue retrospectivo y descriptivo. Hallaron que, del total de pacientes el 28,6% era sexualmente activa y eran usuarias de métodos anticonceptivos, donde la mayoría hacía uso de la anticoncepción oral con un 48.9%, un 17,4% utilizaba DIU y un 11,8% usaba inyectables. El 28% de las pacientes presentó algún tipo de lesión cervical preinvasora; distribuidos de la siguiente manera: LSIL (20%) y HSIL (8%). Además, informaron que las lesiones se observaban a partir de los 26 años y cuyo pico de frecuencia se presentaba en mujeres de 46 a 55 años, para posteriormente disminuir en frecuencia mientras la edad aumentaba después de los 55 años. Concluyeron que la gran mayoría de estas mujeres tenían como antecedentes ser multípara o usar anticoncepción oral. (14)

Areeruk W y Manchana J. (Tailandia, 2019), ejecutaron una investigación que tuvo por objetivo evaluar la correlación entre células escamosas anormales mediante citología de base líquida e histopatología, y evaluar la precisión de la citología de base líquida en la detección de células escamosas anormales del cuello uterino de una muestra de 943 pacientes. Esta investigación fue observacional retrospectiva. Los autores encontraron que la mayoría de las pacientes con resultado anormal de citología cervical desarrollaron lesión escamosa intraepitelial de grado bajo (LSIL) en un 45,6% de los casos, además, la población con lesión escamosa intraepitelial de grado alto (HSIL) representaba el 13,5%. Entre estas

pacientes la mayoría presentaba una edad media de $40,7 \pm 12,1$ años y eran multíparas, sin embargo, la gran minoría habían usado anticonceptivos orales, pues la mayor parte no hacían uso de métodos anticonceptivos hormonales. Después de tomar muestras histológicas, concluyeron que el diagnóstico histopatológico más frecuente fue NIC 1 con 61,6% de los casos, mientras que NIC 2 – 3 estuvieron en el 17,6 % de las pacientes. (15)

Kyung J y col. (Corea, 2018), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación del tabaquismo pasivo con el riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y cáncer de cuello uterino, donde participaron 1 322 mujeres de 18 – 65 años. Este fue un estudio de cohortes. Entre los resultados reportaron que 420 mujeres fueron diagnosticadas con NIC 1 y 165 presentaban NIC 2 – 3; de la población estudiada, 17% de mujeres con NIC 1 usaron anticonceptivos orales, el 22% de las mujeres con NIC 2 – 3 también usaron el método. Entre otras características halladas, se concluyó que la mayoría de las participantes con NIC 1 se caracterizaron por tener una edad comprendida entre 30 y 39 años y ser multíparas; las diagnosticadas con NIC 2—3 en su mayoría fueron mujeres de 30 – 49 años y también eran multíparas (16).

Yakubu E. (Nigeria, 2017), efectuó un estudio cuyo objetivo fue determinar si existe relación entre el uso de anticonceptivos orales y la presencia de citología cervical anormal en 110 mujeres. Este estudio fue transversal, correlacional, prospectivo. En los resultados descubrió que la mayoría de las pacientes con diagnóstico citológico cervical anormal tenían una edad mayor a 36 años, eran gran multíparas y tenían una sola pareja sexual. Las lesiones cervicales preinvasoras tuvieron una prevalencia del 15,5%, sin embargo, de estas pacientes el 52,9% eran usuarias de anticonceptivos orales, donde la mayor cantidad de mujeres desarrolló HSIL. El autor concluye que el uso de anticonceptivos orales no es un factor de riesgo para una citología cervical anormal, pero si se presentase a causa de ésta es probable que la lesión sea del tipo HSIL (lesión escamosa intraepitelial de alto grado) (17).

Ajah L y col. (Nigeria, 2016), realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el DIU y la neoplasia cervical. Este fue un estudio de casos y controles con la participación de 156 mujeres para ambos subgrupos. Entre los resultados hallados, reportaron que la mayoría de las participantes tenía una edad superior a los 35 años y eran multíparas. Además, el 46.7% de las usuarias desarrolló NIC 1,

mientras que otro 13,3% desarrolló NIC 2. Los autores concluyen que no hubo una relación significativa entre el DIU y la neoplasia cervical (18).

Jain R y col. (India, 2016), realizaron una investigación con el objetivo de estudiar el perfil clinicopatológico de 500 pacientes de alto riesgo, diferenciar entre lesiones cervicales benignas y malignas y estudiar la prevalencia de displasia cervical en relación con diversos factores de alto riesgo. Esta investigación fue prospectiva. Entre los resultados, las pacientes diagnosticadas con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL) eran el 14,4% y las que desarrollaron lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) representaron el 2,8%, el mayor porcentaje tenían un rango de edad de 40 - 49 años. Entre algunos factores de riesgo los autores reportan que la mayor parte de las pacientes con displasia eran multíparas. Se concluye que, de todas las pacientes con lesiones, la mayoría no usaba anticonceptivos (41,9%), mientras que sólo un 13,9% usaba algún tipo de MAC entre métodos de barrera y anticoncepción oral con un 8,1% y un 5,8%, respectivamente; la totalidad de usuarias correspondió a pacientes con LSIL, mientras que ninguna paciente con HSIL usaron estos métodos (19).

Hea Young Oh y col. (Corea, 2016), efectuaron un estudio donde el objetivo fue evaluar el efecto conjunto del tabaquismo y el uso de anticonceptivos orales sobre el riesgo de neoplasia intraepitelial cervical. Este fue un estudio de cohortes que contó con 411 pacientes de 18 a 65 años que fueron atendidas en hospitales coreanos. Entre los resultados obtenidos el 39,4% de las pacientes incluidas en el estudio presentaban algún tipo de NIC, el 19,6% fue diagnosticada con NIC 1, y el 19,8% restante fue diagnosticada con NIC 2 – 3. La mayoría de pacientes con NIC 1 eran menores de 35 años y eran multíparas; mientras que las pacientes con NIC 2 – 3 en su mayoría presentaron un rango de edad entre 35 a 44 años y eran multíparas. Además, el 18,8% de las pacientes con NIC 1 utilizaron anticonceptivos orales, mientras que de las pacientes con NIC 2 – 3, el 23,9 % usaban el método. Con esos resultados se concluyó que los anticonceptivos orales no tuvieron ningún efecto sobre el riesgo de NIC 1, pero se asoció con un mayor riesgo de NIC 2 – 3, así mismo, el uso de estos métodos anticonceptivos a largo plazo (≥ 20 meses) no se asoció con el riesgo de NIC 1, pero si se asoció con un mayor riesgo de NIC 2-3 a comparación de las pacientes que no utilizaron el método (20).

Treminio A y Cruz N. (Nicaragua, 2016), hicieron un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores relacionados a lesiones premalignas y cáncer cervicouterino. Este fue un estudio transversal analítico, donde se estudiaron 122 mujeres. Entre sus hallazgos descubrieron que el 12,3% de las mujeres fue diagnosticada con algún tipo de lesión premaligna (LIE-BG y LIE-AG). Además, encontraron que la lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIE-BG) fue detectada mayormente en mujeres de 30 – 39 años, en cambio las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIE-AG) fueron localizadas en pacientes de 40 – 49 años. Así mismo, el 26,6% de las mujeres con atipia celular usaron anticonceptivos orales, el mayor grupo de usuarias los empleó por 5 o más años. Concluyeron que, entre los factores de riesgo relacionados a lesiones premalignas, destacan el inicio precoz de las relaciones sexuales, la multiparidad y el tener menos de 3 parejas sexuales (21).

Perknasunak T y col. (Tailandia, 2015), desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo de persistencia de Papanicolaou anormal y colposcópico. Este fue un estudio retrospectivo. Entre los resultados encontraron que, el 14.2% de las participantes habían utilizado anticonceptivos orales, además, se determinó que la prevalencia de prueba de Papanicolaou anormal de LSIL y HSIL fueron 38,8 % y 4,7 % respectivamente. Luego de hacerles seguimiento y volver a realizarles esta vez una prueba para resultado cervical histológico, hallaron que el 32,4% desarrollaron NIC 1 y otro 32,4% desarrolló NIC 2 – 3. (22)

Hui Jun Chih y col (Australia, 2014), realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la relación entre el uso del condón y el consumo de anticonceptivos orales y el riesgo de neoplasia intraepitelial cervical en 348 mujeres. Este estudio fue analítico, transversal. Entre sus hallazgos establecieron que la prevalencia de NIC fue de 15,8%, donde las características de la población eran tener una edad promedio de 38.8 ± 15.2 años, edad promedio de la menarquia de 13.2 ± 1.6 años y ser multíparas. El 21,8% de las participantes diagnosticadas con NIC habían usado anticonceptivos orales alguna vez en su vida y un 9.1% había usado métodos de barrera. Concluyeron que el consumo a largo plazo de anticonceptivos orales durante al menos 10 años se asociaba con un riesgo reducido de NIC a comparación de aquellas quienes los usaron por un periodo menor de 3 años (10).

Tao L y col. (China, 2014), efectuaron una investigación cuyo objetivo fue investigar la prevalencia de neoplasia cervical y examinar los factores relacionados con lesiones intraepiteliales escamosas cervicales de alto grado (HSIL) en mujeres de 25 a 65 años de edad. Este fue un estudio descriptivo, retrospectivo. Entre los resultados se reportó que el 50,2 por 100 000 mujeres presentaron neoplasia intraepitelial cervical (NIC) en grado I, el 70,40 por 100,000 mujeres presentó HSIL, cuyo equivalente fue la suma de las participantes diagnosticadas con NIC grado II y III; del total de diagnosticadas con HSIL (NIC II-III) el 38,2% utilizaron DIU, el 36,3% usaron métodos de barrera y un 6.6% usaron anticonceptivos orales; mientras que un 13,5% no usaba MAC. Concluyeron que los factores de riesgo relacionados a HSIL (NIC II-III) fueron la edad comprendida entre 46 a 55 años, ser multigestas y primíparas (23).

2.1.1 Nivel Nacional:

Delgado M. (Trujillo, 2020), realizó una investigación cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo relacionados con la presencia de lesiones premalignas de cérvix. Esta investigación fue retrospectiva, observacional, analítica, de casos y controles, donde participaron 394 pacientes atendidas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo. Reportó que, las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras eran mayormente aquellas que tenían una edad mayor de 33 años, tenían 2 parejas sexuales, se iniciaron sexualmente antes de los 19 años y eran multíparas, así mismo, descubrió que el 48,5% eran usuarias de anticoncepción oral, usando el método por menos de 5 años, mientras que un 19,5% del total usaba el método por más de 5 años. La investigadora concluye que el uso de anticonceptivos orales es factor de riesgo para lesiones premalignas del cuello uterino (24).

Paredes N. (Tarapoto, 2019), desarrolló un estudio con el objetivo de determinar los factores personales, sexuales y reproductivos relacionados con lesiones precancerosas del cuello uterino. Este fue un estudio retrospectivo, no experimental, cuantitativo, descriptivo, correlacional; realizado a 46 usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales. En sus resultados halló que el 89,1% de las pacientes con lesiones precancerosas había usado algún tipo de método anticonceptivo, y de ese grupo la mayor proporción correspondió a usuarias de anticoncepción oral con un porcentaje del 60,9%, seguidas por usuarias de inyectable, DIU y barrera con una proporción del 26,9%,

9,8% y 2,4%, respectivamente, todos ellos fueron empleados por un tiempo de 1 a 3 años. En cuanto al tipo de lesión más abundante fue la NIC 2. La autora concluye que las mujeres con lesiones precancerosas tenían una edad superior a los 30 años, con menarquia producida entre los 12 – 14 años, habían iniciado su vida sexual antes de los 15, tenían entre 2 – 3 compañeros sexuales y eran multíparas (25).

Caballero M. (Lima, 2018), efectuó un estudio con el objetivo de determinar los factores de riesgo para lesión intraepitelial de alto grado. Este fue un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, donde participaron 143 pacientes atendidas en el Hospital de Ventanilla. Entre sus hallazgos, encontró que la mayoría de las mujeres diagnosticadas con lesiones cervicales preinvasoras tenían una edad mayor de 30 años, se habían iniciado sexualmente a los 15 años o más, tuvieron 2 o 3 compañeros sexuales, la edad de la menarquia fue después de los 12 años y eran multíparas. El 40,2 % de las pacientes con lesiones hacía uso de algún tipo de MAC, donde el método parenteral fue el más predominante (57,7%), seguido del método de barrera, anticonceptivo oral y el DIU con una proporción del 20,7%, 18% y 0,9%, respectivamente. La autora concluye que aquellas que tuvieron más de tres compañeros sexuales fueron más propensas a sufrir lesión intraepitelial de alto grado (26).

Quispe M y col. (Huaraz, 2018), desarrollaron un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo relacionados a lesiones precancerosas del cuello uterino. Este estudio fue observacional, analítico, de casos y controles, donde participaron 183 pacientes atendidas en el Hospital Víctor Ramos Guardia – Huaraz. En sus resultados, hallaron que la mayoría de las pacientes que presentaban lesiones cervicales precancerosas tenían una edad superior a los 35 años de edad, tuvieron su menarquia entre los 11 a 12 años, habían tenido su primera experiencia sexual entre los 17 y 19 años, tenían 2 o más compañeros sexuales y eran multíparas. El 47,3% de las pacientes que usaban algún método anticonceptivo eran usuarias de anticoncepción oral, el 52,7% restante eran usuarias de anticonceptivo parenteral, utilizando estos métodos mayormente entre 1 a 2 años, concluyeron que existe relación significativa con las lesiones precancerosas del cuello uterino. (27).

López K. (Lima, 2017), realizó un estudio cuyo objetivo fue identificar la relación entre el uso de los métodos anticonceptivos y los resultados citológicos cérvico uterinos. Este fue un estudio de tipo observacional, analítico, transversal, retrospectivo y de diseño casos y controles; donde participaron 48 usuarias atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Halló, que la mayoría de participantes con hallazgos citológicos anormales tenían un rango de edad de 30 a 39 años, iniciaron su vida sexual entre los 15 a 17 años, y tuvieron 1 o 2 compañeros sexuales. En cuanto a los hallazgos citológicos anormales; la proporción de estos se distribuyó con 93,8% para LIE de bajo grado y 6,2% para LIE de alto grado. Así mismo, referente al tipo de MAC empleado, el 48% eran usuarias de anticoncepción oral, el 42% usaba el método parenteral y el 10% restante hacía uso de métodos de barrera, no existían pacientes que usaran DIU. La autora concluye que el empleo de la anticoncepción oral se asocia con hallazgos cervicouterinos citológicos anormales (28)

Tapia Y. (Tarapoto, 2017), hizo un estudio con el objetivo de Determinar la relación entre la conducta sexual y la Lesión Escamosa Intraepitelial Cervical en mujeres jóvenes. Este fue un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal; con diseño de casos y controles, donde participaron 150 mujeres pertenecientes al programa de prevención de cáncer ginecológico del Hospital II-2 Tarapoto. Entre los resultados, se reportó que el 74% de los casos presentó LSIL y el 26% HSIL, entre algunas características de conducta sexual se halló que la mayoría de pacientes con lesiones cervicales habían iniciado su vida sexual antes de los 18 años y tenían 3 a más parejas sexuales; en cuanto al anticonceptivo empleado, el 46% era usuaria de la anticoncepción oral, y un 4% usaba métodos de barrera. Se concluyó que la edad precoz para el inicio sexual, tener más de 3 parejas sexuales el uso de anticonceptivos orales y el no usar métodos de barrera son factores de riesgo para presentar lesiones cervicales preinvasoras (29).

2.2 Teorías sobre el tema:

2.2.1 Terminología básica

- a. Virus del papiloma humano (VPH):** son una especie de virus que poseen dos hebras circulares de ADN; son alrededor de más de 150 genotipos, sin embargo, son 15 los que se relacionan con el cáncer de cérvix y de este pequeño grupo los del tipo 16 y 18 son los más frecuentes en las lesiones del

cuello uterino (30). Debido a su acción oncogénica se los clasifica en VPH de alto riesgo (VPH-AR) que producen el cáncer cervical o VPH de bajo riesgo (VPH-BR) que producen verrugas y papilomas (31). El virus del VPH puede transmitirse a través de las relaciones sexuales mediante el contacto piel a piel o mucosa a mucosa (30); aunque hay posibilidades de que la adquisición del virus sea más temprana, a través de la vía vertical u horizontal (31). Para que produzcan un cáncer cervical deben experimentar cuatro etapas: contagio del virus, persistencia, progresión de las lesiones preinvasoras como consecuencia de la infección y por último la invasión (30).

- b. Cuello uterino:** también conocido como cérvix, es la segunda fracción del útero (antecedido por el cuerpo o primera fracción del útero), forma la parte inferior del mismo y se dirige hacia la vagina; es cilíndrico y fusiforme. Posee dos orificios que lo delimitan: el interno y el externo; pero también posee dos partes: supravaginal, hacia arriba y vaginal, hacia abajo. Así mismo, se lo divide histológicamente en ectocérvix (porción externa o distal al orificio externo) y endocérvix (porción interna o conducto endocervical). (32).
- c. Citología del Cuello uterino:** el ectocérvix y el endocérvix están tapizados por diferentes tipos de células, pues tienen un epitelio pavimentoso estratificado no queratinizado (escamoso) y un epitelio cilíndrico secretor de mucina, respectivamente. Según Pérez Sánchez (30), el epitelio del ectocérvix está compuesto por 3 estratos: 1) Basal que está formada por una o dos células de forma elíptica, con escaso citoplasma y núcleo oval; 2) el espinoso o medio, que tiene mucho espesor, su tercio inferior está formado por células con mucho citoplasma, se las denomina células parabasales, mientras que su tercio superior está formado por células en maduración denominadas células intermedias, sin embargo, no producen mitosis; 3) el superficial, que está formado por células planas de núcleo pequeño, son las células maduras del epitelio.
- d. Unión escamocilíndrica:** es el lugar en donde el epitelio escamoso liso (rosa) y el epitelio cilíndrico (rojo) se encuentran; varían mucho en las mujeres, a veces se lo puede hallar en el ectocérvix (visible) y en otras situaciones se encuentra en el endocérvix (no visible); su ubicación o movimiento dependerá de muchos factores: la edad (adolescencia, menopausia), la exposición hormonal, el embarazo o por una metaplasia escamosa. Por lo general, la unión

cervical escamosa se ubica inicialmente cerca del orificio externo del cuello uterino conocida como unión escamocilíndrica original o congénita, pero al “moverse” por los factores ya mencionados ocupa una posición final y en esa posición se llamará unión escamocilíndrica actual (1).

- e. **Metaplasia escamosa:** es un proceso estimulado por el pH < 4,5 vaginal donde el epitelio cilíndrico es reemplazado continuamente por epitelio escamoso. La metaplasia alcanza su máxima actividad en la gestación o la adolescencia; hace que la unión escamocilíndrica actual se desplace cerca al orificio del cérvix y se ubique en el endocérvix (1).
- f. **Zona de transformación:** es la porción cervical que ha sufrido procesos metaplásicos; es una banda que está delimitada por la unión escamocilíndrica original y la unión escamocilíndrica actual; es en este lugar donde se desarrollan todas las neoplasias cervicales, escamosas y cilíndricas; pues al tratarse de células metaplásicas “inmaduras” suelen ser indefensas ante el poder oncogénico del VPH (1).
- g. **Tamizaje de cuello uterino:** es un método de detección temprana para cáncer de cuello uterino en mujeres aparentemente sanas y asintomáticas. Se realiza a todas las mujeres de entre 25 a 64 años. Para la detección o sospecha de lesiones preinvasoras se pueden usar 2 procedimientos: IVVA o PAP (33).
- h. **Prueba de citología cervical:** es una técnica que permite analizar una muestra de células provenientes del endo y exocérvix, utilizando una espátula de Ayre la cual posee dos extremos: un ancho (para tomar muestra del exocérvix) y un aguzado (para tomar muestra del endocérvix, la cual puede ser tomada también usando cytobrush); una vez que se hayan obtenido las muestras se hace un frotis para ser teñidas y verlas al microscopio con la finalidad de observar si existen cambios citoplásmicos o nucleares en las células examinadas y así poder descartar anomalías cervicales (30).
- i. **Inspección visual con ácido acético (IVAA):** es un procedimiento visual realizado con espejito, donde se coloca ácido acético al 3 y 5% sobre el cuello uterino, los resultados se pueden leer al minuto como:
 - IVVA negativa, cuando a la inspección del cérvix, no se ha formado una imagen acetoblanca.

- IVVA positiva, cuando a la inspección del cérvix se forma una imagen acetoblanca.
- IVAA con sospecha de cáncer, cuando a la inspección del cérvix se evidencia lesión cervical proliferativa y/o friable y/o sangrante, acompañado o no de antecedentes de sangrado genital.

IVAA tiene como población objetivo a mujeres de 30 a 49 años de edad y portadoras del VIH. Tiene una especificidad del 87% y una sensibilidad del 70% (33).

j. Papanicolau (PAP): es un procedimiento citológico que examina el cuello uterino realizado con un cepillo (citocepillo) o espátula (de Ayre) para frotar la zona de transformación, Los resultados pueden leerse como:

- PAP negativo, cuando al examen citológico no hay lesiones intraepiteliales del cérvix; si se obtiene este resultado entonces la paciente volverá a ser tamizada cada 2 años.
- PAP positivo, cuando al examen citológico se informa bajo riesgo con probable infección por VPH, ASC-US o LSIL; y alto riesgo con presencia de ASC-H, AGC, HSIL o carcinoma. Si el resultado fue bajo riesgo, la paciente será tamizada anualmente por 3 años, pero si es de alto riesgo se le deberá realizar colposcopia que no superen los 30 días calendarios después del resultado.

PAP tiene como población objetivo a mujeres de 25 a 64 años de edad, portadoras del VIH y gestantes. Tiene una especificidad del 96% y una sensibilidad del 70% (33).

- Descripción del procedimiento:

Para llevar a cabo un PAP satisfactorio es necesario que la paciente esté fuera del periodo menstrual, que no tenga flujo vaginal o inflamación severa, que no sea histerectomizada, que no haya usado óvulos o cremas, que no haya tenido relaciones sexuales antes de las 24 horas y que no haya tenido duchas vaginales (33).

El examinador introduce espéculo vaginal para visualizar el cérvix, toma una muestra del exocérvix mediante espátula de Ayre rotándola en sentido horario a unos 360° y una muestra del endocérvix mediante citocepillo rotándolo en sentido antihorario a unos 180°, el uso de este último es diferente en mujeres postmenopáusicas, donde el cepillo se rota 360° (por migración de zona de transformación), así mismo, su uso está contraindicado en gestantes. Después de extraer ambas muestras se colocan en cada mitad de una lámina, de manera uniforme, luego se fijan con alcohol etílico de 96° por 15 minutos o alcohol etílico de 70° por 30 minutos. Los resultados se interpretan mediante sistema Bethesda (33).

- k. Colposcopia:** es un procedimiento utilizado en Ginecología que sirve para diagnosticar o detectar lesiones precancerosas del cérvix; es el método de preferencia para realizar biopsias. Se efectúa con un aparato denominado colposcopio (objeto que posee estatativo, lentes con aumentos, filtros e iluminación) (30); el cual facilita una mejor visión e iluminación de la vulva, vagina y cuello uterino (33). Para llevar a cabo la técnica, el examinador se autoayuda de un espéculo, donde delimita bien la zona celular más alterada del cual saca un frotis; también aplica ácido acético o vinagre blanco con el fin de ubicar el límite escamocilíndrico en el exocérvix, o en otros casos utiliza una solución de Lugol (prueba de Schiller) (30), lo que permite examinar las características macroscópicas en cuanto a color, contorno, y patrón vascular, de las lesiones cervicales y que permite distinguirlas de premalignas y malignas, y/o hallar zonas normales y anormales, para finalmente extraer biopsias de tejido sospechoso (33). Tiene una especificidad del 50% y una sensibilidad del 75% (34).
- l. Biopsia:** es un procedimiento de extracción de una muestra de tejido sospechoso del cuello uterino para examinarlo, a través de el se brinda el diagnóstico definitivo de las lesiones cervicales premalignas o el cáncer de cuello uterino. Puede ser biopsia benigna o negativa o NIC 1, NIC 2, NIC 3 o lesión mayor (33).
- m. Cono frío:** es una técnica quirúrgica escisional realizada con bisturí para extraer una muestra (en forma de cono) de tejido cervical uterino (sospechoso), para su posterior examen histopatológico (34).

- n. **Cono LEEP:** es una técnica electroquirúrgica de escisión con asa para extraer una muestra (en forma de cono) de tejido cervical uterino (sospechoso), para su posterior examen histopatológico (34).
- o. **Crioterapia:** es un tratamiento de ablación donde se coloca un disco metálico (criosonda) con temperaturas bajas extremas de $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ hasta los $-40\text{ }^{\circ}\text{C}$, sobre el cuello uterino con la finalidad de necrosar las zonas anormales que posteriormente se regeneran como áreas normales. Para alcanzar estas temperaturas es necesario el empleo de gases como el CO_2 o el N_2O (34).
- p. **Mujer en edad fértil:** es la etapa de vida o capacidad biológica que tiene la mujer para la reproducción; comprende desde los 15 a 49 años (35).
- q. **Factor de riesgo:** es la ocurrencia o peculiaridad social, ambiental o personal de los sujetos o grupos que se asocian con la posibilidad en el aumento de ocurrirles algún daño (35).
- r. **Usuario (a):** persona que se protege de manera temporal con algún tipo de anticonceptivo (35).

2.2.2 Métodos anticonceptivos:

2.2.2.1 Definición: un método anticonceptivo (MAC) es un medio que evita o disminuye las probabilidades de embarazo en mujeres fértiles, donde pueden ser usadas por ellas o sus parejas. Son distribuidos por el MINSA de manera gratuita en todo establecimiento de salud pública a nivel nacional. Entre ellos se encuentran los métodos de abstinencia periódica, métodos de barrera, anticonceptivo hormonal combinado oral, anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual, anticonceptivo hormonal de sólo progestágeno inyectable trimestral, implante, dispositivo intrauterino, anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica voluntaria (35).

- a. **Métodos de abstinencia periódica:** se fundamenta en tener la capacidad, conocimiento y motivación necesaria por parte de la usuaria y su pareja para poder identificar signos y síntomas durante los periodos fisiológicos fértiles e infértiles para la actividad sexual. Se incluye en este grupo al método de Billings o del moco cervical, el método de la regla o del ritmo, al del collar o de los días fijos y al método de la lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA) (35).

b. Métodos de barrera: se fundamentan en crear “una barrera” que evite la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide, a este grupo pertenecen los espermicidas y el preservativo masculino o femenino (35).

- **Preservativo masculino:** es una bolsa de látex delgada y lubricada, que se inserta en el pene antes de las relaciones coitales. El mecanismo de acción se fundamenta en establecer una barrera para que los espermatozoides sean bloqueados y no puedan penetrar la cavidad del tracto reproductor de la mujer. Entre sus beneficios se destaca la protección de embarazos no deseados y la prevención de adquirir alguna infección de transmisión sexual (ITS). Los efectos secundarios son escasos y si los hay se asocian a la alergia al látex. (35)

- **Preservativo femenino:** es una bolsa delgada y amplia compuesta por polímero de nitrilo que se inserta en la vagina antes de cada relación sexual. El mecanismo de acción está fundamentado en el impedimento del paso del espermatozoide por el canal reproductivo femenino. Al igual que el condón masculino, brinda protección de embarazos no deseados y previene la adquisición de alguna infección de transmisión sexual (ITS).

c. Anticonceptivo hormonal combinado oral: los anticonceptivos orales (AOC) son administrados vía oral; en su composición presentan estrógeno y progestágeno. Su mecanismo de acción se debe a sus componentes: el componente de estrógeno actúa a nivel del hipotálamo en donde se produce la supresión de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), eso hace que la adenohipófisis no produzca folículo estimulante (FSH) y hormona luteinizante (LH); trayendo como consecuencia que la ovulación se inhiba. Mientras tanto su componente de progestágeno también inhibe la ovulación al suprimir la LH, pero no es su única acción pues modifica el endometrio de tal manera que no se pueda producir la implantación del óvulo, pero también hace que el moco cervical se vuelva espeso, este proceso retrasa el paso de los espermatozoides (1). Entre sus beneficios destacan la disminución del flujo menstrual y con ello combatir la anemia, la disminución de los cólicos menstruales, la regulación de los ciclos menstruales, la protección frente a la patología benigna de mama, la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y cáncer de ovario y endometrio. Sin embargo, no protegen frente a las ITS o pueden causar efectos secundarios graves en mujeres mayores de 35 años y fumadoras de más de 10 cigarrillos al día (35)

Están contraindicados en la lactancia (pero pueden usarse 6 meses después del post parto); en enfermedades hepáticas (cirrosis, hepatitis viral, tumor hepático); en sangrados que se desconozcan su origen, en factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, así mismo en problemas cardiovasculares (hipertensión, enfermedad valvular, cardiomiopatía, etc); en embolismo pulmonar, lupus eritematoso sistémico, cáncer de mama, migraña con aura, diabetes mellitus, o en aquellas pacientes a las que estén con tratamiento de barbitúricos o anticonvulsivos, exceptuando al ácido valproico (35). Tienen una falla teórica o de uso perfecto de 0.3 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de su empleo; y una falla de uso típico de 8 embarazos por cada 100 mujeres durante su primer año de empleo (35)

Se clasifican por:

- Según dosis de Estrógenos: pueden ser de baja dosis donde contienen estrógenos en dosis menores de 50 mcg, o de alta dosis con estrógenos en dosis mayor o igual de 50 mcg.
- Según la variación de estrógenos y progestágenos en el curso del ciclo: pueden ser monofásicos que tienen igual cantidad de estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos; o pueden ser trifásicos en cuya primera fase contienen baja concentración de ambos compuestos, en una segunda fase ambos compuestos están aumentados y en una tercera fase el progestágeno aumenta y el estrógeno disminuye (35).

d. Anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual: son anticonceptivos que tienen estrógeno y progestágeno como componentes: 5 mg de cipionato de estradiol más 25 mg de acetato de medroxiprogesterona o 5 mg de valerato de estradiol más 50 mg de enantato de noretisterona. Al igual que los AOC su mecanismo se fundamenta en la supresión de la ovulación y el espesamiento del moco cervical. Entre sus beneficios se destaca la protección frente a EPI y sus contraindicaciones son las mismas que la anticoncepción oral, descritas previamente (35).

e. Anticonceptivo hormonal de sólo progestágeno inyectable trimestral: estos anticonceptivos sólo están compuestos de progestágeno, se administran vía intramuscular como el Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg/1 ml y el Enantato de Noretisterona (EN-NET) 200mg o vía subcutánea como el AMPD 104 mg/0.65 ml. El mecanismo de acción es el mismo que comparten todos los MAC hormonales: supresión de ovulación y espesamiento de moco cervical. Entre sus beneficios se destaca su efecto rápido y gran eficacia, mejoran la anemia, brindan protección ante los miomas, la endometriosis, el cáncer de endometrio y la EPI, mengua en cierta parte la frecuencia de convulsiones en mujeres que sufren de epilepsia. Sin embargo, el uso mayor de 2 años puede disminuir la densidad ósea, puede haber un aumento de peso, o producir cefalea y mareos, además, las usuarias podrían experimentar menstruación irregular, amenorrea y disminución del retorno de la fertilidad; no ayudan a prevenir las ITS (35).

Están contraindicados en la diabetes, en enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas como cirrosis severa, hepatitis activa, ictericia y tumor hepático, en mujeres con antecedentes de cáncer de mama o en sangrado genital inexplicable. Tienen una falla teórica de 0.3 embarazos/100 mujeres, y falla de uso típico de 3 embarazos/100 mujeres en el primer año de uso (35).

f. Implante: son cilindros delgados y pequeños, flexibles y no biodegradables que no contienen estrógenos, son administrados por vía subcutánea debajo de la piel de la parte superior interna del brazo, ejercen acción anticonceptiva por 3 a 5 años. Existen de 2 tipos: los de un cilindro, compuestos por dosis de 68 mg de etonogestrel, cuya acción dura 3 años; o los de 2 cilindros compuestos por levonorgestrel cuya acción anticonceptiva es de 5 años. Su mecanismo de acción se fundamenta en el espesamiento del moco cervical, la reducción del transporte de los óvulos en las Trompas de Falopio y la supresión de la ovulación. Entre sus beneficios de uso destaca el ser uno de los MAC más eficaces y de alta duración, donde hay un rápido retorno de la fertilidad al ser discontinuado, pueden mejorar la anemia, y disminuir los cólicos menstruales, no afectan la lactancia y protegen contra la EPI. Sin embargo, pueden alterar el peso de la usuaria y no previenen las ITS, pueden alterar el sangrado menstrual volviéndolo irregular, profuso o desapareciéndolo, pueden producir cefalea, acné y tensión mamaria (35).

Están contraindicados en enfermedades hepáticas, trombosis venosas, cáncer de mama y en situaciones donde la paciente esté consumiendo medicamentos que alteren su acción, entre ellos se encuentran: barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina. Tienen una falla teórica y uso típico de 0.05% y 1 embarazo/100 mujeres, respectivamente.

g. Dispositivo intrauterino: el dispositivo intrauterino (DIU), es un anticonceptivo de larga duración insertados en la cavidad uterina, existen de 2 tipos: la T de Cu y los DIU hormonales.

- **T de Cu 380 A:** es un dispositivo liberador de cobre, cuya acción anticonceptiva tiene 12 años de duración. Su mecanismo de acción se fundamenta en la inmovilización o destrucción de los espermatozoides. Entre sus beneficios de uso se destaca la alta duración de su acción anticonceptiva y la protección contra el cáncer de endometrio. Sin embargo, pueden afectar el sangrado menstrual volviéndolo más profuso y no protegen contra las ITS. Están contraindicados en el embarazo, el post parto de 48 horas a cuatro semanas, en la sepsis puerperal, en el post aborto del primer o segundo trimestre, en enfermedades del trofoblasto, en fibromas uterinos, en tuberculosis pélvica, en EPI, en sangrado genital inexplicable, en ITS por cervicitis purulenta o infección por gonorrea y clamidia y en el SIDA. Su falla teórica es de 0.6 embarazos/100 mujeres y su falla de uso típico es de 0.8 embarazos/100 mujeres en el primer año de uso (35).
- **DIU liberador de progestágeno:** son dispositivos que liberan 52 mg de levonorgestrel, cuya acción anticonceptiva es de 5 años de duración. Su mecanismo de acción se fundamenta en el espesamiento del moco cervical, y la supresión de la ovulación. Entre sus beneficios se destaca su alta eficacia inmediata y alto retorno de la fecundidad al discontinuar el método, mejora la anemia, previenen embarazos ectópicos. Sin embargo, pueden producir amenorrea, no previenen las ITS, pueden producir acné, tensión mamaria e incomodidad al momento del coito (cuando la pareja siente los hilos). Están contraindicados en el embarazo, en enfermedades hepáticas, en mujeres que tengan múltiples parejas sexuales o cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, en infección puerperal, infección post aborto, en enfermedad trofoblástica gestacional, en EPI, en tuberculosis pélvica, en ITS donde hay cervicitis aguda mucopurulenta o vaginosis, en el sangrado genital inexplicable,

en tumores dependientes de progestágenos, en anomalías uterinas o tumores benignos de útero, y en el cáncer cervical, de mama y endometrio. Tienen una falla teórica de 0.1 embarazos/100 mujeres y falla de uso típico de 0.1 embarazos/100 mujeres en el primer año de uso (35).

h. Anticoncepción de emergencia: este tipo de anticonceptivo sólo se utiliza en emergencias, donde la usuaria recibe 1 ó 2 tabletas vía oral de Levonorgestrel en dosis de 1.5 mg o de 0.75 mg, respectivamente. El método de Yuzpe pertenece a este tipo de anticoncepción, donde la usuaria recibe 8 tabletas de etinilestradiol en dosis de 30 ug y levonorgestrel en dosis de 150 ug (35).

2.2.3 Lesiones cervicales preinvasoras:

Definición:

Son aquellas lesiones que se producen en el epitelio escamoso, relacionadas con infección por VPH, se las considera como predecesoras del cáncer de cuello uterino; son asintomáticas (34), pueden presentar mucha variedad pues van desde cambios levemente displásicos que se observan en el citoplasma y núcleo celular hasta aquellos con displasia profunda, sin embargo, estas lesiones no llegan a penetrar más allá de la membrana basal; pueden diagnosticarse a través de citología o a través de biopsia (1). Para diferenciarlas y/o clasificarlas se utiliza la nomenclatura propuesta por Richart “Neoplasia intraepitelial cervicouterina” o NIC; sin embargo, algunos sugieren utilizar el sistema Bethesda.

Clasificación: se clasifican según la gravedad y en sentido ascendente desde la membrana basal hasta llegar a la superficie:

- **Nomenclatura Richart:**

- **NIC 1:** es la neoplasia intraepitelial cervical escamosa del tipo 1 también conocida como displasia leve. En esta primera etapa se observan células anormales, la lesión se extiende sólo al tercio inferior del epitelio escamoso. Generalmente derivan de la infección por VPH (1). Estas lesiones son temporales por lo que regresionan con el tiempo, sin embargo, en algunos casos de persistencia pueden progresar a lesiones de alto grado (34) Las

pacientes con este resultado no necesitan tratamiento, el control post tratamiento debe ser realizado con PAP anual, cada 3 años (33).

- **NIC 2:** es la neoplasia intraepitelial cervical escamosa del tipo 2, también conocida como displasia moderada; donde las células se extienden al tercio medio del epitelio escamoso (1). Las pacientes con este resultado son tratadas con tratamiento ablativo o escisional (33).
- **NIC 3:** es la neoplasia intraepitelial cervical escamosa del tipo 3, también conocida como displasia grave; donde las células se extienden al tercio superior del epitelio escamoso. Las pacientes con este resultado son tratadas con tratamiento escisional (33).

Las lesiones cervicales preinvasoras en ocasiones pueden establecerse por un tiempo muy prolongado, aunque otras pueden evolucionar hacia un grado mayor de displasia (1).

- **Nomenclatura o sistema Bethesda:**

Es un sistema empleado para informar sobre resultados citológicos al realizar un método de cribado en alguna paciente; fue creado en la ciudad de Bethesda por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de América (33). La nomenclatura o clasificación de las lesiones cervicales preinvasoras propuesta por el sistema Bethesda es la siguiente:

- **Células escamosas atípicas de importancia no precisada:** también conocidas como ASC-US; son las anomalías citológicas más habituales. Es un resultado que suele anteceder al diagnóstico NIC 2 o NIC 3, las características de las células examinadas podrían sugerir una lesión LSIL, sin embargo, no se cumplen con todos los criterios para considerarla de esta manera. Pueden ser detectadas por la prueba de Papanicolaou.
- **Lesión intraepitelial escamosa de baja malignidad:** también conocida como LSIL o LIE-BG; en este grupo se incluyen aquellas manifestaciones citológicas causadas por el VPH, o aquellas que equivalen a un NIC 1. Pueden ser detectadas por la prueba de Papanicolaou, luego de ser diagnosticadas se recomienda continuar con una colposcopia.

- **Lesión intraepitelial escamosa de alta malignidad (HSIL):** también conocidas como LIE-AG; son todas aquellas anomalías de células epiteliales glandulares; equivalen a un NIC 2 o 3; frente a este diagnóstico se deberá realizar colposcopia de inmediato (1).

A pesar de la diversidad en la terminología utilizada para brindar un diagnóstico, no se deben confundir los procedimientos citológicos con los histológicos; ya que en los primeros se utiliza un método de cribado, y a través de estos resultados se decidirá si la paciente deberá someterse a más procedimientos como la obtención de una biopsia (muestra histológica) (1).

2.2.4 Factores de riesgo:

- a. Edad:** las lesiones cervicales preinvasoras con el pasar de los años suelen regresar a la normalidad, permanecer latentes o evolucionar a una displasia más compleja, y esto depende de la persistencia de infección del VPH. En la ancianidad se producen una serie de mutaciones celulares que sumado a la infección persistente del virus desencadene un cáncer invasor, es muy probable que el grado de la lesión dependa directamente de la edad, a mayor edad mayor será el grado de la lesión (1)
- b. Conductas de riesgo:** las conductas de riesgo como el inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad masculina, el que la mujer tenga muchas parejas sexuales, incrementan el riesgo de adquirir el VPH oncogénico. El tabaquismo también podría estar relacionada con estas lesiones, pues, el tabaquismo produce sustancias cancerígenas y mutágenas en el moco cervical, es por eso que la aparición de lesiones aumentaría con la dosis y duración de la sustancia, por el contrario, disminuiría en su discontinuación (1).
- c. Paridad:** se puede establecer que a más paridad más es el riesgo de lesiones cervicales, pero más bien podría ser por practicar sexo a edad temprana, o por la exposición a otros factores externos, como la participación hormonal. La paridad podría ocasionar traumatismos en el cuello uterino debido a los múltiples partos vaginales y esto provocaría las lesiones, aunque no está del todo claro. (1)

- d. Inmunosupresión:** se afirma que aquellas mujeres portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tienen mayores probabilidades de presentar anomalías citológicas en sus pruebas de Papanicolaou a comparación de las que son VIH negativas, y eso se explica por el sistema inmunológico debilitado que produce el lugar adecuado para la persistencia de infecciones por agentes patológicos como virus y otros microorganismos (1).
- e. Otros factores:** la limitación a las pruebas de descarte para lesiones cervicales como el papanicolaou en la población minoritaria, que vive en zona rural y que tiene un estado económico bajo también son factores muy importantes a tomar en cuenta, pues, el 50% de las que padecen cáncer de cuello uterino nunca se hicieron estas pruebas (1), que de haberlas hecho a tiempo probablemente hubiesen sido tratadas y haber tenido un mejor pronóstico.

2.2.5 Uso de anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras:

El principal mecanismo, pero no necesario, para que las mujeres desarrollen lesiones cervicales preinvasoras se debe porque han sido contagiadas con el VPH; donde la persistencia del mismo puede provocar lesiones de hasta muy alta complejidad. Sin embargo, algunos de los anticonceptivos empleados por las usuarias de planificación familiar durante su edad reproductiva podrían actuar como cofactores o protectores para la presencia de lesiones cervicales preinvasoras. En esas circunstancias es posible afirmar por ejemplo que el uso de los anticonceptivos orales aumentaría el riesgo de contagiarse con el virus y como consecuencia, estos se instalen en el epitelio escamoso y “creen” las lesiones cervicales preinvasoras. Se afirma que “aumentan” el riesgo porque una usuaria que sólo se protege con anticonceptivos orales podría ser vulnerable a cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual (ETS), como el VPH por ejemplo (los únicos métodos que protegen de alguna ETS son los métodos de barrera) (36).

Pero eso no es todo, como ya habíamos definido en líneas anteriores acerca de la unión escamocilíndrica, recordemos que su ubicación es muy variable (sea en el ecto o en el endocérvix) y que dependerá de muchos factores, uno de ellos es precisamente la exposición hormonal y el consumo de anticonceptivos orales; ahora bien, ambos hacen que la unión escamocilíndrica muestre una eversión hacia afuera y se dirija hacia el exocérvix, dejando entonces a la unión escamocilíndrica actual y a la zona de transformación vulnerables para adquirir la infección por VPH;

esto potencia más la idea de que los anticonceptivos orales aumenten el riesgo de adquirir el VPH y se produzcan las lesiones cervicales preinvasoras. Sin embargo, otras investigaciones señalan más bien que el uso de anticonceptivos orales son protectores de las lesiones cervicales y también de adquirir el VPH. El mecanismo de protección se da porque la porción de estrógeno protege el sistema inmunológico de las mucosas, mientras que la acción del progestágeno al producir abundante moco cervical, provocaría una “barrera” de mucosidad, de tal manera que el VPH no pueda penetrar e instalarse en el epitelio y provoque las lesiones cervicales preinvasoras (36).

En cuanto a estudios epidemiológicos se refiere; existe mucha controversia pues se cree que las lesiones cervicales preinvasoras se dan más bien por el tiempo de uso de la anticoncepción oral; así lo afirma el Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer, pues en su estudio se encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino (37), por el contrario, el riesgo aumentaría para las usuarias que los habían consumido por cinco y diez o incluso más años, por lo tanto, mencionaron que eran “cancerígenos”. Sin embargo, para la OMS las ventajas de usar el método generalmente superan los riesgos teóricos o probados (36).

En cuanto al uso de los métodos de barrera, debido a la protección que ejercen pueden combatir las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y, por lo tanto, reducir en cierta parte el contagio de VPH de alto riesgo, por lo que este anticonceptivo actuaría más bien como factor protector frente a las lesiones cervicales preinvasoras (11)

En cuanto al uso del DIU puede desencadenar cierta inmunidad celular, pues al momento de realizar la técnica de inserción de este anticonceptivo, es muy probable que se destruyan las lesiones originadas por el VPH y por lo tanto actuarían más bien como protectores para el desarrollo de lesiones cervicales y cáncer de cuello uterino (11). Leonard Ajah et al (18) de la Universidad de Nigeria afirman que no hay relación significativa entre el DIU y la neoplasia cervical, por lo que hay seguridad al momento de prescribirlos como métodos de planificación familiar. Por último, no existen teorías en cuanto a la relación de los anticonceptivos parenterales (implante, ampolla trimestral y ampolla mensual) con la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, por lo tanto, no se podría afirmar si estos son factores protectores o factores de riesgo.

2.3 Hipótesis:

Ha: Existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2015 – 2019.

Ho: No existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2015 – 2019.

2.4 Variables:

2.4.1 Variable 1: Métodos anticonceptivos

2.4.2 Variable 2: Lesiones cervicales preinvasoras

2.4.3 Conceptualización y operacionalización de variables:

Tipo de variable	Definición	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Variable 1: Métodos anticonceptivos	Medio que reduce o previene las probabilidades de una fecundación en mujeres fértiles (35)	Usaria que se protege de manera temporal con algún tipo de anticonceptivo	Usa	Usaria de métodos de Barrera	Nominal
				Usaria de DIU	
				Usaria de método parenteral	
				Usaria de AOC	
			No usa	No usa MAC	Nominal
			Tiempo de uso	< 5 años	Nominal
≥ 5 años					
2					
≥ 3					
Variable 2: Lesión cervical preinvasora	Son lesiones del epitelio Cervical, precursoras de cáncer de cuello uterino (1).	Paciente con resultado citológico o histológico de algún tipo de lesión cervical preinvasora	Citológico	LSIL	Ordinal
				HSIL	
			Histológico	NIC 1	Ordinal
				NIC 2	
				NIC 3	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

El presente fue un estudio con enfoque cuantitativo, cuyo diseño fue no experimental, transversal y de tipo, retrospectivo, correlacional.

- **Cuantitativo:** porque las variables estudiadas se midieron numéricamente, a través de la recolección de información y el uso de la estadística para probar la hipótesis.
- **No experimental:** porque las variables no se manejaron intencionalmente sino más bien fueron observadas y analizadas.
- **Transversal:** puesto que los datos se recogieron en un solo momento.
- **Retrospectivo:** porque los datos recolectados fueron obtenidos a partir de las historias clínicas de las pacientes, donde los eventos ya se habían dado.
- **Correlacional:** ya que se evaluó la relación causal existente entre el uso de los métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras (38) .

3.2 Área de estudio

La investigación se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca ubicado en Av. Larry Jhonson 775, en el barrio de Mollepampa; de la misma ciudad; específicamente en el Preventorio Oncológico y el Departamento de Anatomía Patológica, la recopilación de datos fue hecha en septiembre - noviembre del 2021.

3.3 Población

La población estuvo conformada por 223 mujeres de entre 25 y 49 años de edad que fueron atendidas el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2015 – 2019; estas pacientes fueron tamizadas con prueba de Papanicolau y presentaron diagnóstico anormal de citología cervical, luego fueron sometidas a colposcopia y biopsia para determinar su diagnóstico histopatológico definitivo. Dicha información

fue proporcionada por el Preventorio Oncológico y departamento de Anatomía Patológica del Hospital Regional Docente de Cajamarca.

3.4 Muestra y muestreo

3.4.1 Muestra

Para hallar la muestra se hizo uso de la fórmula propuesta por Pita Fernández S, para poblaciones finitas con un valor de confianza del 95%, margen de error del 5% (39) y proporción esperada del 14% (13).

$$n = \frac{N \times (Z_{\alpha})^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + (Z_{\alpha})^2 \times p \times q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra

N: Población = 223

Z_α: Nivel de confianza (con seguridad del 95%) = 1,96

p: Proporción esperada, probabilidad de éxito = 0,14

q: Probabilidad de fracaso = 0,86 (1 – 0,14 = 0,86)

d: Precisión o margen de error = 0,05

Reemplazado los valores en la ecuación:

$$n = \frac{223 \times (1,96)^2 \times 0,14 \times 0,86}{(0,05)^2 \times (223 - 1) + (1,96)^2 \times 0,14 \times 0,86}$$

n = 101,367
n = 101

3.4.1 Muestreo

El muestreo empleado fue el probabilístico aleatorio simple porque la probabilidad de que una paciente fuera seleccionada para el estudio era independiente del resto de pacientes, es decir, que todas las integrantes de la población, fueron seleccionadas al azar e incluidas en la muestra hasta llegar a completarla (40).

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada paciente diagnosticada con algún tipo de lesión cervical preinvasora y que fuera atendida en el Hospital Regional Docente de Cajamarca; además, que cumpliera con los criterios de inclusión.

3.6 Criterios de inclusión

3.6.1 Criterios de inclusión

- Mujeres de 25 a 49 años de edad que fueron tamizadas con prueba de citología cervical en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2015 al 2019 con diagnóstico cervical anormal y que fueron sometidas a colposcopia y biopsia.
- Pacientes que contaron con historia clínica completa legible.
- Pacientes sin antecedentes familiares o personales de algún tipo de neoplasia

3.6.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes que tuvieron muestra de citología cervical normal y atípica (ASCUS, ASGUS) o muestra de histología cervical insuficiente.
- Pacientes cuya historia clínica no se encontraron en el Área de archivo clínico del hospital.
- Pacientes que desarrollaron metástasis.

3.7 Técnicas de recolección de datos

Para la realización de la recolección de datos se solicitó la autorización respectiva al director general del Hospital Regional Docente de Cajamarca (Anexo 2 y 3); dando a conocer también el plan del mismo al área de Investigación y Docencia del hospital, el mismo que fue revisado y aprobado para su ejecución (Anexo 4), siendo en dos etapas:

En la primera etapa se solicitó a la Jefe del Preventorio Oncológico y del departamento de Anatomía Patológica (Anexo 5) brinde la información requerida de todas las pacientes que fueron sometidas a biopsia cervical, tamizadas previamente con la prueba de citología cervical y que presentaron diagnóstico patológico en el

servicio de Oncología o Gineco-Obstetricia durante el periodo de 2015 al 2019; dicha información se hallaba contenida en el libro de registros de PAP e Histología; para ello se usó la técnica documental, creando una lista con todas las historias clínicas de las pacientes con diagnóstico patológico y con el rango de edad requerido.

En la segunda etapa, se solicitó al área de Archivo Clínico, tener acceso a las historias clínicas de las pacientes, brindándole la lista de historias clínicas de la población, una vez que se obtuvieron las historias clínicas, se procedió a recolectar la información hasta completar el número necesario de pacientes, en una ficha de recolección de datos elaborada por el investigador, a fin de recopilar la información necesaria para la investigación.

3.8 Descripción del instrumento:

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos elaborada por el autor (Anexo 1); dicho instrumento ha sido validado previamente por cartilla de juicio de expertos (Anexo 6), consta de 9 ítems que se han agrupado en 2 partes: la primera parte (antecedentes gineco-obstétricos) tiene 7 ítems donde se registraron los antecedentes básicos de cada paciente: uso de anticonceptivos, tiempo de uso; edad al momento del diagnóstico, paridad, menarquia, edad del inicio de las relaciones sexuales y el número de parejas sexuales; la segunda parte (Diagnóstico) consta de 2 ítems donde se recolectó el resultado cervical patológico tanto celular como histológico de la paciente.

Validez

La validez del instrumento fue evaluada por el método de agregados individuales, a través de juicio de expertos, en donde se contó con la participación de 4 profesionales de la salud con conocimientos sobre el tema, a quienes se les dio a conocer nuestro instrumento, objetivos de estudio y cuadro de operacionalización de variables para ser analizados y evaluados.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante prueba piloto, aplicada a 20 historias clínicas de pacientes con características similares a los de la población

estudiada pero que fueron atendidas fuera del periodo de estudio de la investigación, posteriormente se analizó su consistencia interna estadísticamente a través del alfa de Cronbach, cuyo valor fue de 0,812, lo que indica que el instrumento es confiable (Anexo 7)

3.9 Técnicas de procesamiento, interpretación y análisis de los datos

Procesamiento de los datos

La información recopilada fue procesada manualmente y codificada en el software de hojas de cálculo del programa Microsoft Excel 16 y el paquete estadístico IBM SPSS versión 25, a fin de crear una base de datos. El control de calidad de los datos se hizo in situ a fin de disminuir los datos perdidos.

Interpretación y análisis de los datos

La interpretación y análisis de los datos se hizo a través de la estadística descriptiva a fin de hallar la frecuencia y porcentaje de dimensiones y variables relacionadas a los objetivos de estudio en donde se procedió a describir los hallazgos para comparar la información con los antecedentes y brindar la discusión y conclusiones respectivas; también, se utilizó la estadística inferencial a fin de mostrar la relación entre las variables y probar la hipótesis de estudio mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson (χ^2) y el valor de "p" con un intervalo de confianza del 95% de tal manera que si el p valor es $p < 0,05$ entonces la relación es significativa.

3.10 Consideraciones éticas:

El desarrollo de la investigación fue evaluado inicialmente por el Comité de Ética del Hospital Regional Docente de Cajamarca para su posible ejecución en donde se tomó en cuenta los principios éticos de:

Privacidad y confidencialidad: porque la información que se nos proporcionó fue solicitada previo permiso y se salvaguardaron los datos personales de cada paciente que fueron manejados con total seriedad para fines netamente académicos y científicos.

No maleficencia: ya que se trabajaron con historias clínicas de las pacientes que fueron atendidas en el HRDC y no hubo riesgo físico o psicológico que involucren dañar la buena salud o calidad de vida de las pacientes.

Beneficencia: puesto que permitió conocer la problemática entre la relación del uso de los anticonceptivos orales y la presencia de algún tipo de lesión cervical preinvasora.

CAPITULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Antecedentes ginecoobstétricos de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

Antecedentes ginecoobstétricos	N°	%
Edad al momento del diagnóstico	25 - 29 años	22 21,8
	30 - 34 años	25 24.8
	35 - 39 años	28 27.7
	40 - 44 años	23 22.7
	45 - 49 años	3 3
Paridad	Nulípara	3 3
	Primípara	21 20.8
	Múltipara	66 65.3
	Gran múltipara	11 10.9
Menarquia	≤ 12 años	50 49.5
	13 - 14 años	38 37.6
	≥ 15 años	13 12.9
Inicio de relaciones sexuales	≥ 19 años	28 27.7
	16 – 18 años	49 48.5
	≤ 15 años	24 23.8
N° Parejas sexuales	1	57 56.4
	2	29 28.7
	≥ 3	15 14.9
Total	101	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021.

La muestra en la investigación fue de 101 mujeres que presentaron diagnóstico cervical anormal al examen de citología e histología cervical, y atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2015 – 2019, cuyos antecedentes ginecoobstétricos se detallan en la tabla 1, donde se encontró que el 27,7% tenían una edad mayoritaria entre 35 a 39 años; estos resultados coinciden con Quispe M y col (27), mayor de 35 años, López K (28), entre los 30 a 39 años con un porcentaje de 66,7%. Por otro lado, para Paredes (25) el intervalo mayoritario de la edad de las pacientes fue

de 31 a 40 años. Sin embargo, para otros investigadores como Jain R y col (19) o Taye PT y col (12), la mayoría de las lesiones se presentaban a partir de los 40, con un porcentaje del 34,8% y 68,7%, respectivamente. Así mismo, para Treminio A y Cruz N (21), la mayor parte de las mujeres que desarrollaron LSIL, tenían entre 30 a 39 años, mientras que aquellas mujeres que desarrollaron HSIL, tenían una edad mayor de 40 años. Para Meziani S y col (14) tanto las lesiones LSIL cómo HSIL se presentaban mayormente en mujeres de 46 a 55 años. Por otro lado, Kyung J y col (16) establecen que la edad de las pacientes con NIC 1 fue de 30 y 39 años; para Hea Young Oh y col (20) las pacientes con NIC 2-3 presentaron un rango de edad entre 35 a 44 años. El estudio de Delgado M (24) concluye que la edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para lesiones cervicales preinvasoras.

En cuanto a la paridad, indica que la mayoría de la población estudiada fue múltipara con el 65,3% de casos; los estudios de Areeruk W y Manchana J (15), Hea Young Oh y Col (20), Yakubu E (17), Caballero M (26) y Attya y col (13), también demostraron que muchas mujeres con lesiones cervicales eran múltiparas con: 54,2% 64,1 %, 69,1%, 72% y 84.2%, respectivamente. En cambio, Meziani S y col (14) obtuvieron un gran porcentaje de la población en el grupo de gran múltiparas con 72,2%. Así mismo, Hea Young Oh y col (20), reportaron que las mujeres con lesiones cervicales NIC 1, 2 o 3 eran múltiparas, Kyung J y Col (16) también afirman los resultados. Además, Jain R y col (19) aseveran que, a mayor paridad, mayor será la frecuencia de aparición de lesiones cervicales preinvasoras, así mismo, en el estudio de Quispe M y col (27) se concluye que la multiparidad es un factor de riesgo para desarrollar lesiones cervicales preinvasoras.

Por otro lado, se puede apreciar que, con respecto a la edad de la menarquia, la gran parte de la población, es decir, el 49,5%, la experimentó a los 12 años o antes, este resultado concuerda con el estudio de Quispe M y col (27), quienes reportaron que la mayor proporción de la población con lesiones cervicales preinvasoras tuvo su menarquia entre los 11 a 12 años, con el 45,9%. Sin embargo, para Caballero M (26) o Paredes N (25), la menarquia se produjo desde los 12 hasta los 14 años, con un porcentaje de 82,2% y 91,3% respectivamente; así mismo Hui Jun Chih y Col (10), afirmaron que la edad promedio de la menarquia era de 13.2 ± 1.6 años para las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras; en cambio, según Taye PT y col (12), esta se produjo a los 15 años o más en el 71,6% de los casos. Para Caballero M (26), la edad de la menarquia no se relaciona con la presencia de lesiones cervicales preinvasoras.

Con respecto al inicio de la vida sexual, la población estudiada la experimentó por primera vez entre los 16 a 18 años, esta parte representa al 48,5% de la población total. Dicha información es afirmada por Treminio A y Cruz (21), quienes hallaron en su investigación que la mayoría de las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras habían iniciado su vida sexual a los 18 años o antes, representando el 82% de su población en estudio; para otros autores como López K (28) y Caballero M (26), las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 15 a 17 años, representando el 68,8% y 88%. Sin embargo, Paredes N (25), menciona que la población en estudio había iniciado su vida sexual antes de los 15 años con un 71,7% de los casos; contrariamente con Quispe M y Col (27) o Delgado M (24), quienes reportaron que la primera experiencia sexual surgió a los 17 y 19 años en el 55,2% y 34,5% de los casos. Sin embargo, Taye PT y col (12), encontraron que estas pacientes se iniciaron sexualmente antes de los 15 años, además afirman que aquellas mujeres que tenían relaciones sexuales antes de los 15 años tenían cuatro veces más riesgo de presentar lesiones cervicales preinvasoras a comparación de aquellas mujeres que experimentaron su debut sexual a una edad más avanzada, mayor a 18 años. Por otro lado, Essmat A y col (11) mencionan que existe una relación significativa entre el inicio de relaciones sexuales antes de los 20 y la presencia de lesiones cervicales al momento del tamizaje cervical citológico.

El número de parejas sexuales, donde la mayor cifra de mujeres, es decir, el 56.4%, tuvo un compañero sexual, hallazgo similar con el resultado de Yakubu E (17), quien encontró que las pacientes en su mayoría tenían una sola pareja sexual y representaron el 78,3% de las que tenían resultados anormales de citología cervical. Sin embargo, para López K (28), estas pacientes tenían más de una pareja sexual representando un 89,6%, aunque para Treminio A y Cruz N (21), Caballero M (26), Quispe M y col (27), Paredes N (25) y Delgado M (24), la cifra mayoritaria correspondía a aquellas que tenían 2 o 3 compañeros sexuales y se distribuyeron de la siguiente manera: 75,4%, 53,8%, 72,7%, 60,9% y 29,2%, respectivamente. Según Taye PT y col (12), las probabilidades de tener lesiones cervicales preinvasoras eran tres veces mayores entre las mujeres que tenían múltiples compañeros sexuales. Además, para Caballero M (26), el número de compañeros sexuales mayor a 3 es un factor de riesgo para lesión intraepitelial de alto grado.

Tabla 2. Uso de anticonceptivos y tiempo de uso en pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

		N°	%
Uso de anticonceptivos	SI	67	66.3
	No	34	33.7
	Total	101	100%
		N°	%
Tiempo de uso	< 5 años	45	67.2
	≥ 5 años	22	32.8
	Total	67	100

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 2 representa si las pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019 usaron métodos anticonceptivos, y de ser así también se indica el tiempo de uso. Donde se observa que el 66,3% de las pacientes utilizó algún tipo de método anticonceptivo, mientras que el 33,7% no empleó ninguno, cifras similares fueron descritas en el estudio de Meziani S y Col (14) pues al menos el 78,1% de la población con lesiones cervicales usaba algún tipo de método anticonceptivo, en cambio para Jain R y col (19) la población mayoritaria, el 56,6%, no uso métodos anticonceptivos, a comparación del 43,4% restante que si usaba algún MAC; Areeruk W y Manchana J (15) apoyan estos resultados. Por otro lado, la gran cantidad de usuarias de algún método, es decir, el 67,2% los empleó por un tiempo menor de 5 años, mientras que el 32,8% restante los utilizó durante 5 o más años, resultados casi similares fueron hallados por Quispe M y col (27), quienes reportan que la mayoría de usuarias de métodos anticonceptivos los emplearon por 1 o 2 años.

Tabla 3. Método anticonceptivo y tiempo de uso en pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019

Método anticonceptivo	Tiempo de uso					
	< 5 años		> 5 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anticonceptivo hormonal combinado oral	9	75	3	25	12	17.9
Barrera	2	100	0	0	2	3
DIU (T de Cu y hormonal)	3	60	2	40	5	7.5
Parenteral (anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual, inyectable trimestral de sólo progestágeno e implante subdérmico)	31	64.6	17	35.4	48	71.6
Total	45	67.2	22	32.8	67	100

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 3 indica el tiempo de uso y método anticonceptivo empleado por las pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019. Donde se observa que dentro de las usuarias de anticonceptivos, el MAC más empleado fue el método parenteral (anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual + anticonceptivo hormonal inyectable de depósito trimestral + implante subdérmico) con un 71,6%, mientras que el anticonceptivo combinado oral representó el 17,9% del total, con estas cifras es el segundo método más empleado entre las usuarias con lesiones cervicales preinvasoras, en tercer lugar se ubica el dispositivo intrauterino con un 7,5%; mientras que la minoría hizo uso de métodos de barrera (condón masculino) y representan el 3% de la población estudiada. Sin embargo, Jain R y col (19) hallaron en su estudio que la mayor parte de las pacientes, el 44,2%, fue sometida a anticoncepción quirúrgica voluntaria o no usaba ningún tipo de métodos anticonceptivos (41,9%), y solo un pequeño porcentaje de la población estudiada con lesiones cervicales preinvasoras usó métodos de barrera (8,14%) o hizo uso de anticonceptivo hormonal combinado oral (5,8%). Meziari S y col (14), por su parte hallaron cifras discordantes, pues la mayor parte de la población con lesiones cervicales preinvasoras usaban el anticonceptivo hormonal combinado oral en el 48,9% de los casos, el segundo método más empleado fue el DIU con el 17,4% y en

tercer lugar, se ubicaban las pacientes que usaban método parenteral (11,8%).

En cuanto al tiempo, se observa que la mayoría, el 67,2% emplearon sus métodos anticonceptivos por menos de 5 años, mientras que la menor cantidad de pacientes lo hicieron por 5 o más años con un porcentaje representativo del 32,8%. Así, se observa que el 75% de las usuarias de anticonceptivos orales utilizaron el método por menos de 5 años, en cambio un 25% de ellas los emplearon por 5 o más años, estos hallazgos son muy similares a los resultados de Taya P y col (12) quienes encontraron que el 68,2% de las usuarias de anticoncepción oral también emplearon el método por menos de 5 años. Por otro lado, las usuarias de DIU y MAC parenteral también emplearon sus métodos respectivos por menos de 5 años, con un 60% y 64,6% del tipo de MAC utilizado, al contrario de las usuarias de métodos de barrera, que en su totalidad también emplearon el método por menos de 5 años; Taya P y col (12) también reportaron datos similares.

Tabla 4. Tipo de lesiones cervicales preinvasoras post diagnóstico de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

Diagnóstico		n	%
Resultado citológico cervical	LSIL	44	43.6
	HSIL	57	56.4
Resultado histológico cervical	NIC 1	38	37.6
	NIC 2	35	34.7
	NIC 3	28	27.7
Total		101	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 4 muestra la distribución del tipo de lesiones cervicales preinvasoras tras el diagnóstico o resultado de citología e histología cervical de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el 2015 – 2019. Se observa que al resultado citológico cervical, la mayor parte de las pacientes desarrollaron lesión intraepitelial de alto grado (HSIL), que representa un porcentaje del 56,4%; mientras que el 43,6% restante de la población corresponde a mujeres que desarrollaron lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL); sin embargo, otros investigadores como Perknasunak T y col (22), Jain R y col (19), Areeruk W y Manchana J (15), Meziani S y col (14), Attya M y col (13), Essmat A y col (11) o López K (28), afirman que el mayor

porcentaje de estas pacientes habían desarrollado lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL), con un 38,8%, 14,4%, 45,6%, 20%, 3,7%, 2,9% y 93,8%, respectivamente.

En cuanto al resultado histológico cervical, se puede observar que la neoplasia más frecuente entre ellas fue la neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 (NIC 1) con un 37,6% de las mujeres en estudio; datos similares fueron reportados en los estudios de Kyung J y col (16), Areeruk W y Manchana J (15), Perknasunak T y col (22), Hea Young Oh y col (20), donde la población que desarrolló NIC 1 fue de 71,8%, 61,6%, 27,3% y 19,6% respectivamente. Sin embargo, en el estudio de Paredes N (25) se informó que el tipo de lesión más abundante fue la NIC 2 con un 58,7% de pacientes que desarrollaron lesiones cervicales preinvasoras, en este estudio la NIC 2 fue la segunda neoplasia más frecuente en la población con un 34,7%, mientras que la minoría de la población, es decir, el 27,7% había desarrollado NIC 3.

Tabla 5. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

Uso de métodos anticonceptivos	Lesiones cervicales preinvasoras											
	LSIL		HSIL		NIC 1		NIC 2		NIC 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anticonceptivo hormonal combinado oral	6	19.4%	6	16.7%	6	21.4%	1	4.5%	5	29.4%	12	17.9%
Barrera	2	6.5%	0	0.0%	1	3.6%	1	4.5%	0	0.0%	2	3.0%
Parenteral (anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual, inyectable trimestral de sólo progestágeno e implante subdérmico)	22	71.0%	26	72.2%	20	71.4%	18	81.8%	10	58.8%	48	71.6%
DIU (T deCu y hormonal)	1	3.2%	4	11.1%	1	3.6%	2	9.1%	2	11.8%	5	7.5%
Total	31	100.0%	36	100.0%	28	100.0%	22	100.0%	17	100.0%	67	100.0%
	$X^2 = 4,416$ $p = 0.357$						$X^2 = 1,505$ $p = 0.471$					

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 5 muestra la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019. La gran mayoría de las pacientes que desarrolló lesiones cervicales preinvasoras utilizó el método parenteral (anticonceptivo hormonal inyectable combinado mensual, ampolla trimestral de sólo progestágeno e implante), y la mayor parte de estas usuarias desarrolló HSIL en su resultado citológico o NIC 2 en su resultado histológico, en el 72,2% y 81,8% de los casos respectivamente. El segundo método utilizado fue el anticonceptivo hormonal combinado oral, donde no hubo mucha

diferencia con el grado de las lesiones cervicales que experimentaron, pues la mitad había desarrollado LSIL o HSIL en su resultado citológico; o NIC 1 en el resultado histológico; sin embargo, para Yakubu E (17), estas usuarias por lo general desarrollaban HSIL (al tamizaje citológico) a comparación de las que tenían LSIL, 40% frente al 20%, datos contradictorios fueron reportados por Jain R y col (19) pues estas pacientes desarrollaron en su mayoría LSIL, así mismo, para Kyung J y col (16), la menor parte de la población con NIC 1 y NIC 2 – 3 usaban el método.

El tercer anticonceptivo utilizado por las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras fue el DIU, donde la mayoría de ellas desarrolló HSIL al resultado citológico o NIC 2 – 3 al resultado histológico; para Ajah L y col (18), no hay relación significativa entre el DIU y la neoplasia cervical, pero de presentarse esta en su mayoría sería del tipo NIC 1. Finalmente, el anticonceptivo menos utilizado fue el de barrera, donde el total de las pacientes desarrolló LSIL o NIC 1 – 2; para Jain R y col (19), el uso de métodos de barrera se relacionaba con LSIL, y no con HSIL; además, Tapia Y (29) afirma que el no usar métodos de barrera es un factor de riesgo para presentar algún tipo de lesión cervical preinvasora.

Por otro lado, la presencia de lesiones cervicales preinvasoras estaría relacionada más bien con el tiempo de uso de los anticonceptivos, sobre todo del uso de la anticoncepción oral; así, Treminio A y Cruz N (21) reportaron que el uso de anticonceptivos combinados orales mayor a 5 o más años se relacionaba a la presencia de lesiones cervicales preinvasoras al momento del tamizaje cervical, además, Attya M y col (13) apoyan esta teoría manifestando que a cuanto mayor sea la duración del uso de anticoncepción, mayor será el grado de la lesión cervical en los resultados del Papanicolaou; para Hea Young Oh y col (20) el uso de la anticoncepción combinada oral por un tiempo ≥ 20 meses (1 año 8 meses) no se relaciona con el riesgo de NIC 1 pero si se relaciona con un mayor riesgo de padecer NIC 2 – 3 a comparación de las mujeres que no usaban el método.

Pese a los resultados expuestos, Teye P y col (12) mencionan que de todas las usuarias de MAC, la probabilidad de presentar una lesión cervical preinvasora era mayor en aquellas mujeres que habían usado la anticoncepción combinada oral; además Delgado M (24), López K (28) y Tapia Y (29), afirman que existe relación entre la anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, aunque muy por el contrario, Yakubu E (17) y Caballero M (26), afirman que no existe relación entre el uso de estos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras. En este estudio no

se halló relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, ya que el valor $p = 0,357$ para las lesiones citológicas y el valor $p = 0,471$ para las lesiones histopatológicas es $p > 0,05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.

CONCLUSIONES:

Los resultados encontrados en la investigación permitieron llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los antecedentes ginecoobstétricos de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical fueron: edad de 35 a 39 años, multiparidad, menarquia antes de los 12 años, inicio de actividad sexual entre 16 a 18 años y una sola pareja sexual.
2. La mayor parte de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical utilizaron métodos anticonceptivos con un tiempo menor a 5 años, el método anticonceptivo más utilizado fue el parenteral, luego el anticonceptivo combinado oral, DIU, y el de menor uso fue de barrera.
3. La lesión más frecuente post diagnóstico citológico fue la lesión intraepitelial de alto grado (HSIL), y tras el diagnóstico histopatológico fue la neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 (NIC 1).
4. No existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y de lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, entre los años 2015 al 2019, ya que el valor $p = 0,357$ para las lesiones citológicas y el valor $p = 0,471$ para las lesiones histopatológicas fue $p > 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

- A la DIRESA Cajamarca para vigilar el cumplimiento de las normas respectivas.
- A la Dirección del H.R.D.C para que realice auditoría y fomente la importancia del llenado correcto de historias clínicas con la finalidad de no perder la información básica y necesaria evitando así las historias clínicas incompletas y limitaciones hacia futuros estudios sobre el tema.
- A la Dirección de la E.A.P de Obstetricia capacitar constantemente desde los primeros años a cada estudiante sobre la importancia de la toma correcta del tamizaje citológico (PAP e IVAA), para que así se encuentren capacitados con lo cual se pueda disminuir las tasas de muestras insuficientes o insatisfactorias al momento del estudio citológico; porque un estudio correcto de la muestra contribuye mucho a la detección temprana de lesiones cervicales de alto grado y con ello poder ser tratadas a tiempo.
- Al personal de Obstetricia de los diferentes centros, puestos de salud u hospitales, promover charlas, consejerías y sesiones educativas sobre los factores de riesgo de las lesiones cervicales preinvasoras y cómo prevenirlas, además de la importancia del PAP e IVAA en diferentes lugares públicos: colegios, universidades, mercados, municipalidades, etc.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. Williams Ginecología. 2° ed. México D.F: McGraw-Hill Interamericana Editores S. A.; 2014
2. Papilomavirus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 8 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/39S1cyF>
3. Ferlay J, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today: Globocan 2020 [Internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. WHO. 2021. [citado 8 de mayo 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today>
4. The Global Cancer Observatory: Peru Source: Globocan 2020. [Internet]; International Agency for Research on Cancer. WHO. 2021. [citado 8 de mayo 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-factsheets.pdf>
5. Ramos W, Guerrero N. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2018. MINSA: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 1° ed. Lima: Imprenta MINSA; 2020.
6. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Análisis de situación de salud año 2019. Gobierno Regional de Cajamarca. MINSA; 2020.
7. Planificación familiar. [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2020 [citado 8 de abril 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.
8. La gran disparidad en el acceso a métodos anticonceptivos refleja inequidades sociales en los países de América Latina y el Caribe. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2019 [citado 8 de abril 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/25-1-2019-gran-disparidad-acceso-metodos-anticonceptivos-refleja-inequidades-sociales>
9. INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2020: Capítulo 4 Planificación Familiar [Internet]; 2021. [citado 7 de junio 2021]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/
10. Hui et al. Condom and oral contraceptive use and risk of cervical intraepithelial neoplasia in Australian women. Journal of Gynecologic Oncology. 2014; 25(3):183-187. doi: 10.3802/jgo.2014.25.3.183
11. Essmat A, Meleis M, Elsokkary H, Ahmed S, El-Soody E. Study of Prevalence of Abnormal Cervical Cytology in Al-Shatby Maternity University Hospital. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2021; 11: 434-449. doi: 10.4236/ojog.2021.114042.

12. Taye B, Mihret M, Muche H. Risk factors of precancerous cervical lesions: The role of women's socio-demographic, sexual behavior and body mass index in Amhara region referral hospitals; case-control study. *Plos one*. 2021; 16(3):1–15. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249218>
13. Attya A, Ali A, Abdel-Salam H, Abdel-Wahab M. Frequency of Cervical Intraepithelial Neoplasia in Oral Contraceptive Pills Users in Zagazig University Hospitals. *Zagazig University Medical Journal*. 2020; 26(4):590-597. doi: <https://doi.org/10.21608/zumj.2019.13975.1275>
14. Meziani S, et al. Epidemiological Approach and Precocious Diagnosis of Precancerous Cervical Lesion in Sidi Bel Abbes Region (North - West of Algeria). *Journal of Drug Delivery and Therapeutics*. 2020; 10(1-s): 72-78
15. Areeruk W and Manchana T. The Correlation between Squamous Cell Abnormalities by Liquid based Cytology and Histopathology. *Journal of Integrative Oncology*. 2019; 8(1):1-3. doi:10.4172/2329-6771.1000222
16. Kyung et al. Association Between Passive Smoking and the Risk of Cervical Intraepithelial Neoplasia 1 in Korean Women. *Journal of Epidemiology*. 2018; 28(1):48-53. doi: 10.2188/jea.JE20160118
17. Yakubu E (dir). Hormonal Contraceptive Pills use and abnormal cervical smears cytology in jos: Is there association? [doctoral thesis in internet]. [Lagos]: National Postgraduate Medical College of Nigeria; 2017.[cited January 03,2020]. Recovered from: <https://bit.ly/2QOsgpL>
18. Ajah L, et al. Association of Intrauterine Device (IUD) and Cervical Neoplasia - A Study in a Poor Nigerian Population. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2016; 10(6): 1 - 8. doi: <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/18328.8049>
19. Jain et al. Evaluation of Cervical Lesions: A Prospective Study. *International Journal of Scientific Study*. 2016; 3(11):63-69. doi:10.17354/ijss/2016/58
20. Hea et al. Association of Combined Tobacco Smoking and Oral Contraceptive Use With Cervical Intraepithelial Neoplasia 2 or 3 in Korean Women. *Journal of Epidemiology*. 2016; 26(1): 22-29. doi: 10.2188/jea.JE20150047
21. Treminio A, Cruz N. Prevalencia y factores asociados a lesiones premalignas y cáncer cervicouterino en trabajadoras de Tabacaleras en el municipio de Estelí. [Tesis para optar el título profesional de Doctor en Medicina y Cirugía]. Universidad Autónoma de Nicaragua; 2016. [citado el 03 de enero de 2020]. Recuperado de: <https://bit.ly/39M4DqD>
22. Perknasunak et al. Colposcopy Requirement of Papanicolaou Smear after Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US) by Follow-up Protocol in an Urban Gynaecology Clinic, a Retrospective Study in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16(12):4977-4980. doi: 10.7314/APJCP.2015.16.12.4977
23. Tao et al. Prevalence and risk factors for cervical neoplasia: a cervical cancer screening program in Beijing. *BMC Public Health*. 2014; 14(1185):1-9. doi:10.1186/1471-2458-14-1185

24. Delgado M (dir). Factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana. 2020. [citado 08 de julio 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2VhdEoN>
25. Paredes N (dir). Factores personales, sexuales y reproductivos asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales, julio - diciembre 2018. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. [Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martín ; 2019. [citado 08 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2sgU7qt>
26. Caballero M (dir). Factores epidemiológicos y ginecoobstétricos de riesgo para lesión intraepitelial de alto grado en pacientes atendidas en el hospital de ventanilla 2015-2017. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Universidad Ricardo Palma; Lima, 2018. [citado 08 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2QLH1LI>
27. Quispe M et al. Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015. Revista Aporte Santiaguino. 2018; 11(1): 81-94. doi: <http://dx.doi.org/10.32911/as.2018.v11.n1.458>
28. López K (dir). Uso de los métodos anticonceptivos y su relación con los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2016. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Lima, 2017. [citado 08 de enero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2scUXnY>
29. Tapia Y (dir). Conducta sexual asociada a lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres jóvenes del programa de cáncer del Hospital II-2 Tarapoto. . [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. [Tarapoto]: Universidad Nacional de San Martín; 2017
30. Pérez Sánchez A. Ginecología. 4° ed. Santiago: Mediterráneo; 2014.
31. Pérez Sánchez A, Donoso Siña E. Obstetricia. 4° ed. Santiago: Mediterráneo; 2012.
32. Cunningham G, Dashe J, Leveno K, Hoffman B, Bloom S, Casey B, Spong C, Sheffiel J. Williams Obstetricia. 24° ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A; 2015. p: 25-26
33. Minsa. Directiva sanitaria N°85 para la prevención del cáncer de cuello uterino mediante la detección temprana y tratamiento de lesiones premalignas incluyendo carcinoma in situ. 1° ed. Lima: Dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública; 2019.
34. Minsa. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. 1° ed. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2017.
35. Minsa. Norma técnica de salud de planificación familiar. 1° ed. Lima: Industria Gráfica MACOLE S.R.L; 2017
36. AEPC. Métodos anticonceptivos y VPH: Publicaciones AEPC; 2018.

37. Ortiz R et al. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004; 55(2): 146-160. doi: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v55n2/v55n2a07.pdf>
38. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6° ed. México D.F: Mc-Graw Hill Interamericana Editores S.A; 2014.
39. Pita S. Determinación del tamaño muestral. Cad Aten Primaria 1996. 2010; 3(1)
40. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol. 2017; 35(1): 227 – 232

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HC: N° _____

I. ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS:

1. Uso de métodos anticonceptivos:

a) Barrera b) DIU c) Parenteral d) Oral e) No usa MAC

2. Tiempo de uso: a) <5 años b) > 5 años

3. Edad al momento del diagnóstico:

a) 25 – 29 a b) 30 – 34 a c) 35 – 39 a d) 40 – 44 a e) 45 – 49 años

4. Paridad: a) 0 b) 1 c) 2 – 4 d) > 5

5. Menarquia: a) \leq 12 años b) 13 – 14 años c) \geq 15 años

6. IRS: a) \leq 15 años b) 16 – 18 años c) \geq 19 años

7. N° de parejas sexuales: a) 1 b) 2 c) \geq 3

II. DIAGNÓSTICO:

8. Resultado citológico:

b) LSIL

c) HSIL

9. Resultado histopatológico:

a) NIC 1

b) NIC 2

c) NIC 3

ANEXO 2: OFICIO DIRIGIDO AL DIRECTOR DEL HRDC



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"Norte de la Universidad Peruana"
Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Obstetricia



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cajamarca, 31 de agosto de 2021

OFICIO N° 511-2021-EAPOB/FCS-UNC

Dr. Carlos Alberto Delgado Cruces
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA

PRESENTE.-

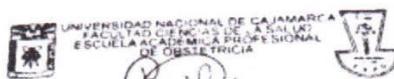
De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle un afectuoso saludo a nombre de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia y del mío propio; y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que el estudiante Jean Carlos Gonzales Sifuentes, se encuentra desarrollando el trabajo de investigación de titulado: **"Anticoncepción Oral y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2015-2019"**, el mismo que le servirá como Tesis para la obtención del **Título Profesional de Obstetra**, motivo por el cual recorro a su digno despacho para solicitarle le brinde las facilidades el caso para la recolección de datos en las áreas adherentes al tema y así el mencionado estudiante pueda culminar con dicha investigación.

Se adjunta: solicitud del interesado

Agradeciendo por anticipado la atención que brinde a la presente, le expreso las muestras de mi especial deferencia.

Atentamente,


DRA OBSTA RENACA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ
DIRECTORA

C.c.
Archivo
RBAQ/mvh

ANEXO 3: SOLICITUD PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

DOCTOR:

CARLOS ALBERTO DELGADO CRUCES

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

Yo, Jean Carlos Gonzales Sifuentes identificado con DNI: 71928305, con domicilio en C.P.M Tartar Chico C-49 – Baños del Inca, ex alumno de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca y ex interno de su prestigioso establecimiento. Ante Ud., respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo terminado mi etapa de internado, solicito a Ud., permiso para realizar el proyecto de investigación titulado: *“Anticoncepción oral y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca, 2015 – 2019”*, para optar el grado académico profesional de Obstetra; por ello solicito a usted me brinde apoyo para la recolección de datos necesarios para la elaboración del mismo, solicitando se me proporcione información de las historias clínicas de las pacientes atendidas durante ese periodo y que fueron diagnosticadas de lesiones cervicales preinvasoras.

POR LO EXPUESTO:

Sin más que añadir agradezco y ruego a usted acceder a mi solicitud

Cajamarca 31 de agosto de 2021



Jean Carlos Gonzales Sifuentes
DNI: 71928305



ANEXO 4: CARTA DE AUTORIZACIÓN
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay
TELEFONO N° 076 – 599029



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cajamarca 21 de setiembre del 2021

CARTA N° 12 -2021-GRC/DRS/HRCAJ/UDI

Sr. Jean Carlos Gonzales Sifuentes

TESISTA UNC

CAJAMARCA

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el proyecto de investigación presentado por su persona titulado "**Anticoncepción Oral y Lesiones Cervicales Preinvasoras, Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 - 2019**", ha sido **aprobado** por el comité de investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para su ejecución.

Sea propicia la ocasión para expresarle a Usted la muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente:



Miguel Córdova Castañeda
Miguel Córdova Castañeda
MÉDICO CARDIOLOGO
C.M.P. 39753 R.N.E. 22990
**JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN DEL HRDC**

MCC/ckbm

C.C. Archivo

NOTA: Los datos serán manejados bajo estrictas conductas de "**Ética en Investigación Científica**", los problemas legales generados por el mal uso de estos datos será de única responsabilidad del Investigador.

"Nuestra Atención, Con Calidad y Buen Trato"

ANEXO 5: CARTA PARA RECOLECTAR INFORMACIÓN



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA
Av. Larry Jhonson y Mártires de Uchuracay
TELEFONO N° 076 – 599029



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cajamarca 24 de setiembre del 2021.

CARTA N° 15 -2021-GRC/DRS/HRCAJ/UDI

Dr. Luis Sánchez García

Jefe del Dpto. de Pat. Clínica y Anatomía Patológica

De mi especial consideración.

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el proyecto de Investigación presentado por **JEAN CARLOS GONZALES SIFUENTES**, TESISISTA de la Universidad Nacional de Cajamarca; titulado "**ANTICONCEPCIÓN ORAL Y LESIONES CERVICALES PREINVASORAS, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA 2015 -2019**", ha sido aprobado por el comité de investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca, para su ejecución. Por lo que se solicita a Usted brindar las facilidades para el recojo de información bajo las normativas y ordenanzas que su servicio y la Institución consideren necesarias.

Sea propicia la ocasión para expresarle a Usted la muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente:



Miguel Córdova Castañeda
MIGUEL CORDOVA CASTAÑEDA
MÉDICO CARDIÓLOGO
C.M.P. 39753 R.N.E. 22990
JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN DEL HRDC

MCC/CKBM

C.C. Archivo

NOTA: Los datos serán manejados bajo estrictas conductas de "**Ética en Investigación Científica**", los problemas legales generados por el mal uso de estos datos será de única responsabilidad del Investigador.

"Nuestra Atención, Con Calidad y Buen Trato"

ANEXO 6: CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Policarpo Pazo Guispe
2. PROFESIÓN	Ginecologo - Obstetra
TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Título Especialista
ESPECIALIDAD	Ginecología - Obstetricia
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	30 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Hospital Regional Docente Cajamarca
CARGO	Head - Asistente

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
Anticoncepción oral y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2015 – 2019

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Gonzales Sifuentes Jean Carlos

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN
Determinar la asociación entre la anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los años 2015 – 2019.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:
La presente investigación tiene como finalidad de recoger información para determinar la asociación entre el uso de anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, el mismo está estructurado en tres partes: la primera parte corresponde al uso y tiempo de anticoncepción oral, la segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes gineco-obstétricos, la tercera parte servirá para obtener el diagnóstico citológico de la paciente.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No			
1	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
2	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
3	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
4	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
5	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
6	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
7	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
8	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
9	✓		✓			✓	✓	✓	✓				
Aspectos Generales										Sí	No		
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para recoger los resultados											✓		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación											✓		Necesario Realizar una prueba piloto
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial											✓		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir													

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE

 APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

 NO APLICABLE

Fecha: 6/8/21	Firma y sello: Policarpo Pazo Guispe MEDICO OBSTETRA GINECOLOGO C.M.P. 57623 - R.N.E. 37100	E mail: guyanillo26@gmail.com	Teléfono: 907972622
------------------	---	----------------------------------	------------------------



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Ana Medina Tafur
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Obstetra
ESPECIALIDAD	Obstetra
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	16 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	H.R.D.C
CARGO	Obstetra - Preventorio Oncológico

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
Anticoncepción oral y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2015 – 2019

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Gonzales Sifuentes Jean Carlos

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN
Determinar la asociación entre la anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los años 2015 – 2019.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:
La presente investigación tiene como finalidad de recoger información para determinar la asociación entre el uso de anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, el mismo está estructurado en tres partes: la primera parte corresponde al uso y tiempo de anticoncepción oral, la segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes gineco-obstétricos, la tercera parte servirá para obtener el diagnóstico citológico de la paciente.
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	✓		✓			✓	✓		✓			
2	✓		✓			✓	✓		✓			
3	✓		✓			✓	✓		✓			
4	✓		✓			✓	✓		✓			
5	✓		✓			✓	✓		✓			
6	✓		✓			✓	✓		✓			
7	✓		✓			✓	✓		✓			
8	✓		✓			✓	✓		✓			
9	✓		✓			✓	✓		✓			
Aspectos Generales										Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para recoger los resultados										✓		
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación										✓		
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial										✓		
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir										✓		

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 12-08-2021	Firma y sello: <i>Ana Medina Tafur</i> Ana T. Medina Tafur OBSTETRA COP. 12271	E mail: anamedinatfura@hotmail.com	Teléfono: 976391370
----------------------	--	---------------------------------------	------------------------



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	César Antonio Guevara Rojas
2. PROFESIÓN	Obstetra
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Obstetra
ESPECIALIDAD	Obstetra
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	17 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	Centro de Salud San Juan
CARGO	Obstetra

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

Anticoncepción oral y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2015 – 2019

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Gonzales Sifuentes Jean Carlos

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar la asociación entre la anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los años 2015 – 2019.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:

La presente investigación tiene como finalidad de recoger información para determinar la asociación entre el uso de anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, el mismo está estructurado en tres partes: la primera parte corresponde al uso y tiempo de anticoncepción oral, la segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes gineco-obstétricos, la tercera parte servirá para obtener el diagnóstico citológico de la paciente.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	/		/			/	/	/	/		
2	/		/			/	/	/	/		
3	/		/			/	/	/	/		
4	/		/			/	/	/	/		
5	/		/			/	/	/	/		
6	/		/			/	/	/	/		
7	/		/			/	/	/	/		
8	/		/			/	/	/	/		
9	/		/			/	/	/	/		

Aspectos Generales

Sí No

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para recoger los resultados

/

Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación

/

Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial

/

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir

/

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE

APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES

NO APLICABLE

Fecha:

16/08/21

Firma y sello:

César A. Guevara Rojas
OBSTETRA
COP 15668

E mail:

cguevararj@gmail.com

Teléfono:

966681663



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	Cynthia Elissette Mego Rodríguez
2. PROFESIÓN	Obstetra.
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	Obstetri z
ESPECIALIDAD	
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	9 años
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	P. S. Micaela Bastidas
CARGO	Obstetra.

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
Anticoncepción oral y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2015 – 2019

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Gonzales Sifuentes Jean Carlos

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	Determinar la asociación entre la anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los años 2015 – 2019.
---	---

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:
La presente investigación tiene como finalidad de recoger información para determinar la asociación entre el uso de anticoncepción oral y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, el mismo está estructurado en tres partes: la primera parte corresponde al uso y tiempo de anticoncepción oral, la segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes gineco-obstétricos, la tercera parte servirá para obtener el diagnóstico citológico de la paciente.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
1	X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X			
7	X		X		X		X		X			
8	X		X		X		X		X			
9	X		X		X		X		X			
Aspectos Generales										Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para recoger los resultados										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X		

JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 18-08-21	Firma y sello: CYNTHIA E. MEGO RODRIGUEZ C.O.P. 28212 OBSTETRA	E mail: cynthia.m.r@hotmail.com	Teléfono: 992258594
--------------------	---	------------------------------------	------------------------

ANEXO 7: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,812	9

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y LESIONES CERVICALES PREINVASORAS. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA, 2015 – 2019

Jean Carlos Gonzales Sifuentes

Bachiller en Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca – Perú

RESUMEN: Objetivo: determinar la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante los años 2015 – 2019. **Metodología:** estudio con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, transversal y retrospectivo, correlacional; muestra constituida por 101 mujeres entre 25 y 49 años de edad con resultado anormal en prueba de citología cervical, sometidas a colposcopia y biopsia. **Resultados:** antecedentes gineco-obstétricos: 27,7% tenían 35 a 39 años, 65,3% multíparas, 49,5% menarquia antes de 12 años, 48,5% inició vida sexual entre 16 a 18 años y 56,4% tuvo un compañero sexual. Tipo de método anticonceptivo y tiempo de uso: 66,3% utilizó algún método empleándolos por menos de 5 años; el más empleado fue el parenteral con 71,6%. Tipo de lesiones preinvasoras: 56,4% desarrolló HSIL tras reporte citológico y 37,6% desarrolló NIC 1 tras reporte histopatológico. Usuarías de método parenteral, desarrollaron HSIL (72,2%) y NIC 2 (81,2%), usuarias de anticoncepción oral desarrollaron LSIL o HSIL y NIC 1; usuarias de DIU desarrollaron HSIL y NIC 2 – 3; por último, usuarias de métodos de barrera, desarrollaron LSIL y NIC 1 – 2. **Conclusión:** estadísticamente no existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y presencia de lesiones cervicales preinvasoras tras resultado citológico ($p = 0,357$) o reporte histopatológico ($p = 0,471$).

Palabras clave: método anticonceptivo, lesiones cervicales preinvasoras, usuaria de método anticonceptivo.

ABSTRACT: Objective: determine the relationship between contraceptive methods and preinvasive cervical lesions in The Regional Teaching Hospital of Cajamarca, during the years 2015 – 2019. **Methodology:** study with quantitative approach, non-experimental, cross-sectional and retrospective, correlational design; sample consisting of 101 women between 25 and 49 years of age with an abnormal result in a cervical cytology test, who underwent colposcopy and biopsy. **Results:** Gynecological-obstetric history: 27.7% were between 35 and 39 years old, 65.3% multiparous, 49.5% menarche before 12 years old, 48.5% started sexual life between 16 and 18 years old and 56.4% had a sex partner. Type of contraceptive method and time of use: 66.3% used some method using them for less than 5 years; the most used was parenteral with 71.6%. Type of preinvasive lesions: 56.4% developed HSIL after cytological report and 37.6% developed CIN 1 after histopathological report. Parenteral method users developed HSIL (72.2%) and CIN 2 (81.2%), oral contraceptive users developed LSIL or HSIL and CIN 1; IUD users developed HSIL and CIN 2 – 3; finally, users of barrier methods, developed LSIL and CIN 1 – 2. **Conclusion:** statistically, there is no relationship between the use of contraceptive methods and the presence of preinvasive cervical lesions after cytological results ($p = 0.357$) or histopathological report ($p = 0.471$).

Keywords: oral contraception, preinvasive cervical lesions, contraceptive method user

MATERIALES Y MÉTODOS: El presente fue un estudio con enfoque cuantitativo, cuyo diseño fue no experimental, transversal y de tipo, retrospectivo, correlacional. La investigación se realizó en el Hospital Regional Docente de Cajamarca ubicado en Av. Larry Jhonson 775, en el barrio de Mollepampa; de la misma ciudad; específicamente en el Preventorio Oncológico y el Departamento de Anatomía Patológica, la recopilación de datos fue hecha en septiembre - noviembre del 2021. La muestra estuvo conformada por 101 mujeres de entre 25 y 49 años de edad que fueron atendidas el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2015 – 2019; estas pacientes fueron tamizadas con prueba de Papanicolau y presentaron diagnóstico anormal de citología cervical, luego fueron sometidas a colposcopia y biopsia para determinar su diagnóstico histopatológico definitivo. Para la realización de la recolección de datos se solicitó la autorización respectiva al director general del Hospital Regional Docente de Cajamarca dando a conocer también el plan del mismo al área de Investigación y Docencia del hospital, el mismo que fue revisado y aprobado para su ejecución. La información recopilada fue procesada manualmente a través de una ficha de recolección de datos y codificada en el software de hojas de cálculo del programa Microsoft Excel 16 y el paquete estadístico IBM SPSS versión 25, a fin de crear una base de datos. La interpretación y análisis de los datos se hizo a través de la estadística descriptiva y la estadística inferencial.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Antecedentes ginecoobstétricos de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

Antecedentes ginecoobstétricos		N°	%
Edad al momento del diagnóstico	25 - 29 años	22	21,8
	30 - 34 años	25	24.8
	35 - 39 años	28	27.7
	40 - 44 años	23	22.7
	45 - 49 años	3	3
Paridad	Nulípara	3	3
	Primípara	21	20.8
	Múltipara	66	65.3
	Gran múltipara	11	10.9
Menarquia	≤ 12 años	50	49.5
	13 - 14 años	38	37.6
	≥ 15 años	13	12.9
Inicio de relaciones sexuales	≥ 19 años	28	27.7
	16 – 18 años	49	48.5
	≤ 15 años	24	23.8
N° Parejas sexuales	1	57	56.4
	2	29	28.7
	≥ 3	15	14.9
Total		101	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021.

La muestra en la investigación fue de 101 mujeres que presentaron diagnóstico cervical anormal al examen de citología e histología cervical, y atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo 2015 – 2019, cuyos antecedentes gineco-obstétricos se detallan en la tabla 1, donde se encontró que el 27,7% tenían una edad mayoritaria entre 35 a 39 años; estos resultados coinciden con Quispe M y col (1), mayor de 35 años, López K (2), entre los 30 a 39 años con un porcentaje de 66,7%. Por otro lado, para Paredes (3) el intervalo mayoritario de la edad de las pacientes fue de 31 a 40 años. Sin embargo, para otros investigadores como Jain R y col (4) o Taye PT y col (5), la mayoría de las lesiones se presentaban a partir de los 40, con un porcentaje del 34,8% y 68,7%, respectivamente. Así mismo, para Treminio A y Cruz N (6), la mayor parte de las mujeres que desarrollaron LSIL, tenían entre 30 a 39 años, mientras que aquellas mujeres que desarrollaron HSIL, tenían una edad mayor de 40 años. Para Meziani S y col (7) tanto las lesiones LSIL como HSIL se presentaban mayormente en mujeres de 46 a 55 años. Por otro lado, Kyung J y col (8) establecen que la edad de las pacientes con NIC 1 fue de 30 y 39 años; para Hea Young Oh y col (9) las pacientes con NIC 2-3 presentaron un rango de edad entre 35 a 44 años. El estudio de Delgado M (10) concluye que la edad mayor a 35 años es un factor de riesgo para lesiones cervicales preinvasoras.

En cuanto a la paridad, indica que la mayoría de la población estudiada fue múltipara con el 65,3% de casos; los estudios de Areeruk W y Manchana J (11), Hea Young Oh y Col (9), Yakubu E (12), Caballero M (13) y Attya y col (14), también demostraron que muchas mujeres con lesiones cervicales eran múltiparas con: 54,2%, 64,1 %, 69,1%, 72% y 84.2%, respectivamente. En cambio, Meziani S y col (7) obtuvieron un gran porcentaje de la población en el grupo de gran múltiparas con 72,2%. Así mismo, Hea Young Oh y col (9), reportaron que las mujeres con lesiones cervicales NIC 1, 2 o 3 eran múltiparas, Kyung J y Col (8) también afirman los resultados. Además, Jain R y col (4) aseveran que, a mayor

paridad, mayor será la frecuencia de aparición de lesiones cervicales preinvasoras, así mismo, en el estudio de Quispe M y col (1) se concluye que la multiparidad es un factor de riesgo para desarrollar lesiones cervicales preinvasoras.

Por otro lado, se puede apreciar que, con respecto a la edad de la menarquia, la gran parte de la población, es decir, el 49,5%, la experimentó a los 12 años o antes, este resultado concuerda con el estudio de Quispe M y col (1), quienes reportaron que la mayor proporción de la población con lesiones cervicales preinvasoras tuvo su menarquia entre los 11 a 12 años, con el 45,9%. Sin embargo, para Caballero M (13) o Paredes N (3), la menarquia se produjo desde los 12 hasta los 14 años, con un porcentaje de 82,2% y 91,3% respectivamente; así mismo Hui Jun Chih y Col (15), afirmaron que la edad promedio de la menarquia era de 13.2 ± 1.6 años para las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras; en cambio, según Taye PT y col (5), esta se produjo a los 15 años o más en el 71,6% de los casos. Para Caballero M (13), la edad de la menarquia no se relaciona con la presencia de lesiones cervicales preinvasoras.

Con respecto al inicio de la vida sexual, la población estudiada la experimentó por primera vez entre los 16 a 18 años, esta parte representa al 48,5% de la población total. Dicha información es afirmada por Treminio A y Cruz (6), quienes hallaron en su investigación que la mayoría de las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras habían iniciado su vida sexual a los 18 años o antes, representando el 82% de su población en estudio; para otros autores como López K (2) y Caballero M (13), las pacientes iniciaron su vida sexual entre los 15 a 17 años, representando el 68,8% y 88%. Sin embargo, Paredes N (3), menciona que la población en estudio había iniciado su vida sexual antes de los 15 años con un 71,7% de los casos; contrariamente con Quispe M y Col (1) o Delgado M (10), quienes reportaron que la primera experiencia sexual surgió a los 17 y 19 años en el 55,2% y 34,5% de los casos. Sin embargo, Taye PT y col (5), encontraron que estas pacientes se iniciaron sexualmente antes de los 15 años, además afirman que aquellas mujeres que tenían relaciones sexuales antes de los 15 años tenían cuatro veces más riesgo de presentar lesiones cervicales preinvasoras a comparación de aquellas mujeres que experimentaron su debut sexual a una edad más avanzada, mayor a 18 años. Por otro lado, Essmat A y col (16) mencionan que existe una relación significativa entre el inicio de relaciones sexuales antes de los 20 y la presencia de lesiones cervicales al momento del tamizaje cervical citológico.

El número de parejas sexuales, donde la mayor cifra de mujeres, es decir, el 56.4%, tuvo un compañero sexual, hallazgo similar con el resultado de Yakubu E (12), quien encontró que las pacientes en su mayoría tenían una sola pareja sexual y representaron el 78,3% de las que tenían resultados anormales de citología cervical. Sin embargo, para López K (2), estas pacientes tenían más de una pareja sexual representando un 89,6%, aunque para Treminio A y Cruz N (6), Caballero M (13), Quispe M y col (1), Paredes N (3) y Delgado M (10), la cifra mayoritaria correspondía a aquellas que tenían 2 o 3 compañeros sexuales y se distribuyeron de la siguiente manera: 75,4%, 53,8%, 72,7%, 60,9% y 29,2%, respectivamente. Según Taye PT y col (5), las probabilidades de tener lesiones cervicales preinvasoras eran tres veces mayores entre las mujeres que tenían múltiples compañeros sexuales. Además, para Caballero M (13), el número de compañeros sexuales mayor a 3 es un factor de riesgo para lesión intraepitelial de alto grado.

Tabla 2. Uso de anticonceptivos y tiempo de uso en pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

		N°	%
Uso de anticonceptivos	SI	67	66.3
	No	34	33.7
	Total	101	100%
		N°	%
Tiempo de uso	< 5 años	45	67.2
	≥ 5 años	22	32.8
	Total	67	100

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 2 representa si las pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019 usaron métodos anticonceptivos, y de ser así también se indica el tiempo de uso. Donde se observa que el 66,3% de las pacientes utilizó algún tipo de método anticonceptivo, mientras que el 33,7% no empleó ninguno, cifras similares fueron descritas en el estudio de Meziani S y Col (7) pues al menos el 78,1% de la población con lesiones cervicales usaba algún tipo de método anticonceptivo, en cambio para Jain R y col (4) la población mayoritaria, el 56,6%, no uso métodos anticonceptivos, a comparación del 43,4% restante que si usaba algún MAC; Areeruk W y Manchana J (11) apoyan estos resultados. Por otro lado, la gran cantidad de usuarias de algún método, es decir, el 67,2% los empleó por un tiempo menor de 5 años, mientras que el 32,8% restante los utilizó durante 5 o más años, resultados casi similares fueron hallados por Quispe M y col (1), quienes reportan que la mayoría de usuarias de métodos anticonceptivos los emplearon por 1 o 2 años.

Tabla 3. Método anticonceptivo y tiempo de uso en pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019

Método anticonceptivo	Tiempo de uso					
	< 5 años		> 5 años		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anticonceptivo hormonal combinado oral	9	75	3	25	12	17.9
Barrera	2	100	0	0	2	3
DIU (T de Cu y hormonal)	3	60	2	40	5	7.5
Parenteral (anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual, inyectable trimestral de sólo progestágeno e implante subdérmico)	31	64.6	17	35.4	48	71.6
Total	45	67.2	22	32.8	67	100

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 3 indica el tiempo de uso y método anticonceptivo empleado por las pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019. Donde se observa que dentro de las usuarias de anticonceptivos, el MAC más empleado fue el método parenteral (anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual + anticonceptivo hormonal inyectable de depósito trimestral + implante subdérmico) con un 71,6%, mientras que el anticonceptivo combinado oral representó el 17,9% del total, con estas cifras es el segundo método más empleado entre las usuarias con lesiones cervicales preinvasoras, en tercer lugar se ubica el dispositivo intrauterino con un 7,5%; mientras que la minoría hizo uso de métodos de barrera (condón masculino) y representan el 3% de la población estudiada. Sin embargo, Jain R y col (4) hallaron en su estudio que la mayor parte de las pacientes, el 44,2%, fue sometida a anticoncepción quirúrgica voluntaria o no usaba ningún tipo de métodos anticonceptivos (41,9%), y solo un pequeño porcentaje de la población estudiada con lesiones cervicales preinvasoras usó métodos de barrera (8,14%) o hizo uso de anticonceptivo hormonal combinado oral (5,8%). Meziani S y col (7), por su parte hallaron cifras discordantes, pues la mayor parte de la población con lesiones cervicales preinvasoras usaban el anticonceptivo hormonal combinado oral en el 48,9% de los casos, el segundo método más empleado fue el DIU con el 17,4% y en tercer lugar, se ubicaban las pacientes que usaban método parenteral (11,8%).

En cuanto al tiempo, se observa que la mayoría, el 67,2% emplearon sus métodos anticonceptivos por menos de 5 años, mientras que la menor cantidad de pacientes lo hicieron por 5 o más años con un porcentaje representativo del 32,8%. Así, se observa que el 75% de las usuarias de anticonceptivos orales utilizaron el método por menos de 5 años, en cambio un 25% de ellas los emplearon por 5 o más años, estos hallazgos son muy similares a los resultados de Taye P y col (5) quienes encontraron que el 68,2% de las usuarias de anticoncepción oral también emplearon el método por menos de 5 años. Por otro lado, las usuarias de DIU y MAC parenteral también emplearon sus métodos respectivos por menos de 5 años, con un 60% y 64,6% del tipo de MAC utilizado, al contrario de las usuarias de métodos de barrera, que en su totalidad también emplearon el método por menos de 5 años; Taye P y col (5) también reportaron datos similares.

Tabla 4. Tipo de lesiones cervicales preinvasoras post diagnóstico de citología e histología cervical. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

Diagnóstico		n	%
Resultado citológico cervical	LSIL	44	43.6
	HSIL	57	56.4
Resultado histológico cervical	NIC 1	38	37.6
	NIC 2	35	34.7
	NIC 3	28	27.7
Total		101	100%

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 4 muestra la distribución del tipo de lesiones cervicales preinvasoras tras el diagnóstico o resultado de citología e histología cervical de las pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el 2015 – 2019. Se observa que al resultado citológico cervical, la mayor parte de las pacientes desarrollaron lesión intraepitelial de alto grado (HSIL), que representa un porcentaje del 56,4%; mientras que el 43,6% restante de la población corresponde a mujeres que desarrollaron lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL); sin embargo, otros investigadores como Perknasunak T y col (17), Jain R y col (4), Areeruk W y Manchana J (11), Meziani S y col (7), Attya M y col (14), Essmat A y col (16) o López K (2), afirman que el mayor porcentaje de estas pacientes habían desarrollado lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL), con un 38,8%, 14,4%, 45,6%, 20%, 3,7%, 2,9% y 93,8%, respectivamente.

En cuanto al resultado histológico cervical, se puede observar que la neoplasia más frecuente entre ellas fue la neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 (NIC 1) con un 37,6% de las mujeres en estudio; datos similares fueron reportados en los estudios de Kyung J y col (8), Areeruk W y Manchana J (11), Perknasunak T y col (17), Hea Young Oh y col (9), donde la población que desarrolló NIC 1 fue de 71,8%, 61,6%, 27,3% y 19,6% respectivamente. Sin embargo, en el estudio de Paredes N (3) se informó que el tipo de lesión más abundante fue la NIC 2 con un 58,7% de pacientes que desarrollaron lesiones cervicales preinvasoras, en este estudio la NIC 2 fue la segunda neoplasia más frecuente en la población con un 34,7%, mientras que la minoría de la población, es decir, el 27,7% había desarrollado NIC 3.

Tabla 5. Relación entre el uso de métodos anticonceptivos y lesiones cervicales preinvasoras. Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019.

Uso de métodos anticonceptivos	Lesiones cervicales preinvasoras											
	LSIL		HSIL		NIC 1		NIC 2		NIC 3		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Anticonceptivo hormonal combinado oral	6	19.4%	6	16.7%	6	21.4%	1	4.5%	5	29.4%	12	17.9%
Barrera	2	6.5%	0	0.0%	1	3.6%	1	4.5%	0	0.0%	2	3.0%
Parenteral (anticonceptivo hormonal combinado inyectable mensual, inyectable trimestral de sólo progestágeno e implante subdérmico)	22	71.0%	26	72.2%	20	71.4%	18	81.8%	10	58.8%	48	71.6%
DIU (T deCu y hormonal)	1	3.2%	4	11.1%	1	3.6%	2	9.1%	2	11.8%	5	7.5%
Total	31	100.0%	36	100.0%	28	100.0%	22	100.0%	17	100.0%	67	100.0%
	$\chi^2 = 4,416$ $p = 0.357$				$\chi^2 = 1,505$ $p = 0.471$							

Fuente: Ficha de recolección de datos - HRDC 2021

La tabla 5 muestra la relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras en mujeres atendidas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca 2015 – 2019. La gran mayoría de las pacientes que desarrolló lesiones cervicales preinvasoras utilizó el método parenteral (anticonceptivo hormonal inyectable combinado mensual, ampolla trimestral de sólo progestágeno e implante), y la mayor parte de estas usuarias desarrolló HSIL en su resultado citológico o NIC 2 en su resultado histológico, en el 72,2% y 81,8% de los casos respectivamente. El segundo método utilizado fue el anticonceptivo hormonal combinado oral, donde no hubo mucha diferencia con el grado de las lesiones cervicales que experimentaron, pues la mitad había desarrollado LSIL o HSIL en su resultado citológico; o NIC 1 en el resultado histológico; sin embargo, para Yakubu E (12), estas usuarias por lo general desarrollaban HSIL (al tamizaje citológico) a comparación de las que tenían LSIL, 40% frente al 20%, datos contradictorios fueron reportados por Jain R y col (4) pues estas pacientes desarrollaron en su mayoría LSIL, así mismo, para Kyung J y col (8), la menor parte de la población con NIC 1 y NIC 2 – 3 usaban el método.

El tercer anticonceptivo utilizado por las pacientes con lesiones cervicales preinvasoras fue el DIU, donde la mayoría de ellas desarrolló HSIL al resultado citológico o NIC 2 – 3 al resultado histológico; para Ajah L y col (18), no hay relación significativa entre el DIU y la neoplasia cervical, pero de presentarse esta en su mayoría sería del tipo NIC 1. Finalmente, el anticonceptivo menos utilizado fue el de barrera, donde el total de las pacientes desarrolló LSIL o NIC 1 – 2; para Jain R y col (4), el uso de métodos de barrera se relacionaba con LSIL, y no con HSIL; además, Tapia Y (19) afirma que el no usar métodos de barrera es un factor de riesgo para presentar algún tipo de lesión cervical preinvasora.

Por otro lado, la presencia de lesiones cervicales preinvasoras estaría relacionada más bien con el tiempo de uso de los anticonceptivos, sobre todo del uso de la anticoncepción oral; así, Treminio A y Cruz N (6) reportaron que el uso de anticonceptivos combinados orales mayor a 5 o más años se relacionaba a la presencia de lesiones cervicales preinvasoras al momento del tamizaje cervical, además, Attya M y col (14) apoyan esta teoría manifestando que a cuanto mayor sea la duración del uso de anticoncepción, mayor será el grado de la lesión cervical en los resultados del Papanicolaou; para Hea Young Oh y col (9) el uso de la anticoncepción combinada oral por un tiempo ≥ 20 meses (1 año 8 meses) no se relaciona con el riesgo de NIC 1 pero si se relaciona con un mayor riesgo de padecer NIC 2 – 3 a comparación de las mujeres que no usaban el método.

Pese a los resultados expuestos, Taye P y col (5) mencionan que de todas las usuarias de MAC, la probabilidad de presentar una lesión cervical preinvasora era mayor en aquellas mujeres que habían usado la anticoncepción combinada oral; además Delgado M (10), López K (2) y Tapia Y (19), afirman que existe relación entre la anticoncepción oral y la

presencia de lesiones cervicales preinvasoras, aunque muy por el contrario, Yakubu E (12) y Caballero M (13), afirman que no existe relación entre el uso de estos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras. En este estudio no se halló relación entre el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de lesiones cervicales preinvasoras, ya que el valor $p = 0,357$ para las lesiones citológicas y el valor $p = 0,471$ para las lesiones histopatológicas es $p > 0,05$, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la nula.

CONCLUSIONES:

- Los antecedentes ginecoobstétricos de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical fueron: edad de 35 a 39 años, multiparidad, menarquia antes de los 12 años, inicio de actividad sexual entre 16 a 18 años y una sola pareja sexual.
- La mayor parte de pacientes con diagnóstico anormal de citología e histología cervical utilizaron métodos anticonceptivos con un tiempo menor a 5 años, el método anticonceptivo más utilizado fue el parenteral, luego el anticonceptivo combinado oral, DIU, y el de menor uso fue de barrera.
- La lesión más frecuente post diagnóstico citológico fue la lesión intraepitelial de alto grado (HSIL), y tras el diagnóstico histopatológico fue la neoplasia intraepitelial cervical de grado 1 (NIC 1).
- No existe relación entre el uso de métodos anticonceptivos y de lesiones cervicales preinvasoras en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, entre los años 2015 al 2019, ya que el valor $p = 0,357$ para las lesiones citológicas y el valor $p = 0,471$ para las lesiones histopatológicas fue $p > 0,05$, por lo que se acepta la hipótesis nula

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quispe M et al. Factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz, 2014-2015. Revista Aporte Santiaguino. 2018; 11(1).
2. López K. Uso de los métodos anticonceptivos y su asociación con los resultados citológicos cérvico uterino en usuarias atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, año 2016. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
3. Paredes N. Factores personales, sexuales y reproductivos asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales, julio - diciembre 2018. [Tesis de pregrado]. Tarapoto : Universidad Nacional de San Martín.
4. Jain et al. Evaluation of Cervical Lesions: A Prospective Study. International Journal of Scientific Study. 2016; 3(11): p. 63-69.
5. Taye B, Mihret M, Muche H. Risk factors of precancerous cervical lesions: The role of women's socio-demographic, sexual behavior and body mass index in Amhara region referral hospitals; case-control study. Plos one. 2021; 16(3): p. 1 - 15.
6. Treminio A (dir); Cruz N (dir). Prevalencia y factores asociados a lesiones premalignas y cáncer cervicouterino en trabajadoras de Tabacaleras en el municipio de Estelí. [Tesis doctoral]. León: Universidad Autónoma de Nicaragua.
7. Meziani S, et al. Epidemiological Approach and Precocious Diagnosis of Precancerous Cervical Lesion in Sidi Bel Abbes Region (North - West of Algeria). Journal of Drug Delivery and Therapeutics. 2020; 10(1-s): p. 72-78.
8. Kyung et al. Association Between Passive Smoking and the Risk of Cervical Intraepithelial Neoplasia 1 in Korean Women. Journal of Epidemiology. 2018; 28(1): p. 48-53.
9. Hea et al. Association of Combined Tobacco Smoking and Oral Contraceptive Use With Cervical Intraepithelial Neoplasia 2 or 3 in Korean Women. Journal of Epidemiology. 2016; 26(1): p. 22-29.

10. Delgado M. Factores de riesgo para lesiones premalignas de cérvix. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana.
11. Areeruk W and Manchana T. The Correlation between Squamous Cell Abnormalities by Liquid based Cytology and Histopathology. *Journal of Integrative Oncology*. 2019; 8(1): p. 1-3.
12. Yakubu E. Hormonal Contraceptive Pills use and abnormal cervical smearcytology in jos: Is there association? [Doctoral thesis]. Lagos: National Postgraduate Medical College of Nigeria.
13. Caballero M. Factores epidemiológicos y ginecoobstétricos de riesgo para lesión intraepitelial de alto grado en pacientes atendidas en el hospital de ventanilla 2015-2017. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma.
14. Attya A, Ali A, AbdelSalam H, Abdelwahab M. Frequency of Cervical Intra-epithelial Neoplasia in Oral Contraceptive Pills Users in Zagazig University Hospitals. *Zagazig University Medical Journal*. 2020; 26(4): p. 590-597.
15. Hui et al. Condom and oral contraceptive use and risk of cervical intraepithelial neoplasia in Australian women. *Journal of Gynecologic Oncology*. 2014; 25(3): p. 183-187.
16. Essmat A, Meleis M, Elsokkary H, Ahmed S, El-Soody E. Study of Prevalence of Abnormal Cervical Cytology in Al-Shatby Maternity University Hospital. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2021; 11: p. 434-449.
17. Perknasunak et al. Colposcopy Requirement of Papanicolaou Smear after Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US) by Follow-up Protocol in an Urban Gynaecology Clinic, a Retrospective Study in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015; 16(12): p. 4977-4980.
18. Ajah L, et al. Association of Intrauterine Device (IUD) and Cervical Neoplasia - A Study in a Poor Nigerian Population. *Journal of clinical and diagnostic research*. 2016; 10(6): p. 1 - 8.
19. Tapia Y. Conducta sexual asociada a lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres jóvenes del programa de cáncer del Hospital II-2 Tarapoto. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín, Facultad de Medicina Humana.