

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Salud Pública



RESULTADO CITOPATOLÓGICO ANORMAL DE CUELLO UTERINO Y
FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS EN PACIENTES DEL CENTRO
DE SALUD CORIRE. AREQUIPA, 2015

Tesis presentada por la Bachiller:
Estephany Romero Díaz

Para optar el Grado Académico de:
Maestro en Salud Pública

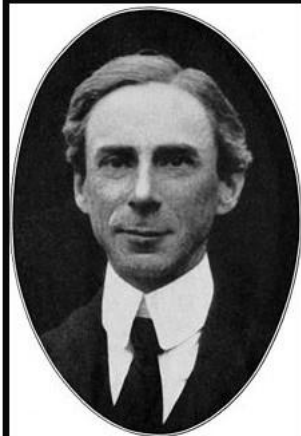
Asesor: Jannet Escobedo Vargas

Arequipa- Perú

2017

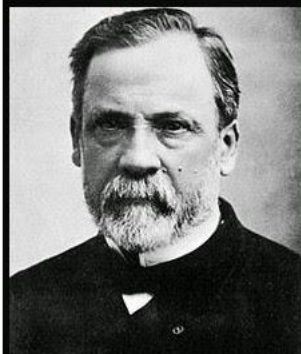


A Dios, a mis padres por su apoyo, cariño y paciencia.



La hipótesis concuerda con todas las observaciones importantes conocidas y sugiere experimentos (u observaciones) que darán un resultado, si la hipótesis es verdadera, y otro si la hipótesis es falsa. Este es el ideal.

(Bertrand Russell)



Estoy absolutamente convencido de que la ciencia y la paz triunfan sobre la ignorancia y la guerra, que las naciones se unirán a la larga no para destruir sino para edificar, y que el futuro pertenece a aquellos que han hecho mucho por el bien de la humanidad.

(Louis Pasteur)



Índice

Resumen	Pág. 5
Abstract	Pág. 6
Introducción	Pág.7
Capitulo Único:	Pág.8
Resultados	Pág. 9
Resultado de PAP patológico	Pág. 9
Factores de la población en estudio	Pág. 10
Determinación de la asociación de variables	Pág. 14
Discusiones	Pág. 28
Conclusiones	Pág. 30
Recomendaciones	Pág. 31
Propuestas	Pág. 32
Bibliografía	Pág. 35
Anexos	Pág. 40
Anexo 1: Proyecto de tesis	Pág. 40
Anexo 2: validación del instrumento	Pág. 75
Anexo 3: Matriz de registro de datos	Pág. 79

Resumen

Objetivo: Determinar el resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes del C.S. Corire, así mismo identificar los factores epidemiológicos que se asocian al resultado citopatológico anormal de cuello uterino en las pacientes ya mencionadas.

Material y método: Es un estudio explicativo de corte transversal en el Centro de Salud de Corire en el año 2015 de 324 exámenes de Papanicolaou realizados en pacientes, se encontró que 76 Papanicolaou dieron resultados patológicos anormales de lesiones pre malignas y lesiones malignas, las cuales fueron objeto de estudio, utilizando una entrevista de 15 preguntas, entre las cuales se incluyó preguntas de datos generales y personales.

Resultados: De acuerdo a los resultados cito patológicos anormales de cuello uterino se halló una prevalencia en lesiones pre malignas 98.7% y 1.3% en lesiones malignas.

Los factores epidemiológicos asociados al resultado citopatológico anormal de cuello uterino más predominantes son: inicio de relaciones a corta edad 90.8% con edades entre 16 a 20 años y la multiparidad 63.2%. Así mismo se hallaron los siguientes resultados: Los grupos que predominaron en el estudio fueron 34% mujeres entre las edades de 26 a 35 años; 77.6% tienen un nivel educativo secundario; 97% no fuman, 80.3% no tienen el hábito de ingesta de bebidas alcohólicas; 64.5% tuvo una sola pareja sexual; 85.5 % no tiene antecedentes familiares con cáncer de cuello uterino; 52.6 % no presentaba incidencias de infecciones de transmisión sexual; 63.2% no tuvieron antecedente de aborto; 30.3% usaba métodos anticonceptivos hormonales; 22.4% nunca se realizaron anteriormente un Papanicolaou, 32.9% de las pacientes que se habían realizado el examen anteriormente lo hicieron con un intervalo mayor de 2 años y 77.1 % de estas obtuvieron un resultado negativo.

Conclusiones: Se mostró que los resultados patológicos positivos que prevalece son las lesiones intraepiteliales de bajo grado, así mismo los factores epidemiológicos que se asocian en los pacientes del Centro de Salud más predominantes son: el inicio de relaciones a corta edad y la multiparidad, no se encuentra una asociación con respecto a los factores como: el tipo de método anticonceptivo, la incidencia de infección de transmisión sexual, antecedente de aborto, tener más de una pareja sexual activa durante el transcurso de su vida y los malos hábitos (fumar y alcohol).

Palabras claves: Cáncer de cuello uterino, lesiones pre-malignas, lesiones malignas, cérvix, factores de riesgo

Abstract

Objective: To determine the abnormal cytopathologic result of the cervix in patients of the Corire Health Center, as well as to identify the epidemiological factors that are associated with the abnormal cytopathologic result of the cervix in the patients mentioned above.

Material and method: It is an explanatory cross-sectional study at the Corire Health Center in 2015 of 324 Papanicolaou exams performed in patients; 76 Papanicolaou were found to have abnormal pathological results of pre-malignant lesions and malignant lesions, which were studied, using an interview of 15 questions, including general and personal data questions.

Results: According to the abnormal pathological findings of the cervix, a prevalence of 98.7% and 1.3% of malignant lesions was found in pre-malignant lesions.

The epidemiological factors associated with the most prevalent cytopathologic abnormalities of the cervix are: the onset of relationships at a young age, 90.8% with ages between 16 and 20 years, and multiparity with 63.2%. The following results were also found: The groups that predominated in the study were 34% women between the ages of 26 and 35 years; 77.6% have a secondary educational level; 97% do not smoke, 80.3% do not have the habit of drinking alcoholic beverages; 64.5% had a single sexual partner; 85.5% do not have a family history of cervical cancer; 52.6% did not present incidences of sexually transmitted infections; 63.2% had no previous history of abortion; 30.3% used hormonal contraceptive methods; 22.4% had never previously had a pap smear, 32.9% of the patients who had previously undergone the test did so with an interval of more than 2 years, and 77.1% of the patients had a negative result.

Conclusions: It was shown that the positive pathological results that prevail are low-grade intraepithelial lesions, and the epidemiological factors that are associated in the most prevalent health center patients are: the onset of relationships at a young age and multiparity; There is an association with regard to factors such as the type of contraceptive method, the incidence of sexually transmitted infection, history of abortion, having more than one active sexual partner during the course of her life, and bad habits (smoking and alcohol).

Key words: Cervical Cancer , pre-malignant lesions, malignant lesions, cervix, risk factor's

Introducción

En los países en vías de desarrollo el cáncer cervicouterino (CaCu) está todavía asociado a una alta mortalidad, a diferencia de lo que sucede en los países desarrollados, donde la mortalidad ha disminuido de manera considerable (18). En el Perú, ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 6 800 casos entre 2000 y 2004(13).

El virus del papiloma humano (VPH) es el principal agente etiológico infeccioso asociado con la patogénesis del cáncer de cuello uterino. Se plantea que el conocimiento de la virología y las manifestaciones clínicas de este virus constituyen el eslabón fundamental en el entendimiento del proceso neoplásico. Los estudios epidemiológicos de las lesiones pre malignas del cuello uterino han demostrado una fuerte asociación entre la práctica sexual y la aparición de tumores malignos. Se indica que las mujeres con múltiples patrones sexuales, embarazos e interrupciones a temprana edad e historias de infecciones, aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. (14)

Dada la situación expuesta, el presente trabajo nace de la inquietud de investigar y conocer la prevalencia de los resultado citopatológico anormal de cuello uterino y los factores epidemiológicos asociados al cáncer cervicouterino como son: promiscuidad sexual, antecedentes familiares de cáncer, malos hábitos (fumar y consumo de alcohol), incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), contacto con el PVH a temprana edad, multiparidad, antecedentes de aborto, uso de anticonceptivos hormonales en pacientes con Papanicolaou (PAP) anormal, en la población que acude al Centro de Salud Corire, ya que durante el tiempo que trabaje en dicho establecimiento pude observar que era mayor el número de casos con resultado de PAP patológico en comparación con otros establecimientos de salud en los cuales había trabajado o realizado prácticas de estudios y que hasta la actualidad no existe un estudio epidemiológico sobre cáncer ni en especial sobre cáncer de cuello uterino en la zona.

Así pues la labor investigativa de este proyecto arrojó resultados que podrían ser utilizados para la prevención de cáncer de cuello uterino y de esta forma ayudar en el mejoramiento en la calidad de vida de la población de Corire; a su vez permitirá una descripción detallada de los factores epidemiológicos de riesgo para CACU, mencionados en el párrafo anterior, que afectan a este tipo de población.

Capítulo Único



RESULTADOS

a).-Resultado de PAP patológico

TABLA N°. 1:

**RESULTADO DE PAP PATOLOGICO DE PACIENTES QUE ACUDIERON
EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

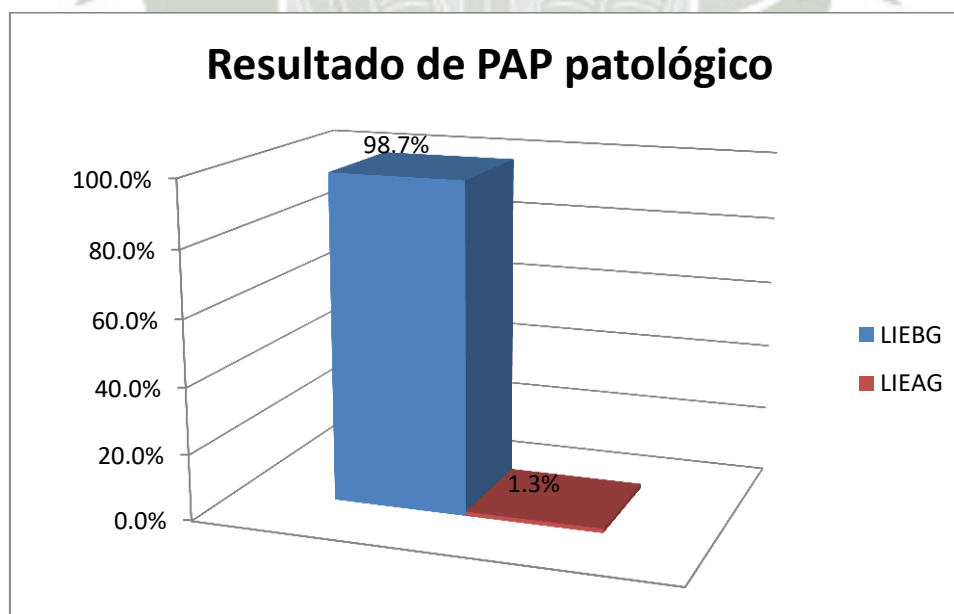
		Frecuencia	Porcentaje
Resultado de PAP	LIEBG	75	98,7
	LIEAG	1	1,3
	Total	76	100,0

LIEBG: Lesión intraepitelial de bajo grado; LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado

Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

La tabla N°. 1, En la presente tabla se aprecia que el 98.7% de las pacientes que tuvieron un resultado patológico de LIEBG que representa a las lesiones pre malignas, y solo un 1% fue diagnosticada con una lesión maligna LIEAG, lo que nos da a conocer que la prevalencia en los resultados de PAP patológicos son LIEBG.

Gráfico N°. 1:



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

b).- Factores de la población en estudio

TABLA N°. 2:

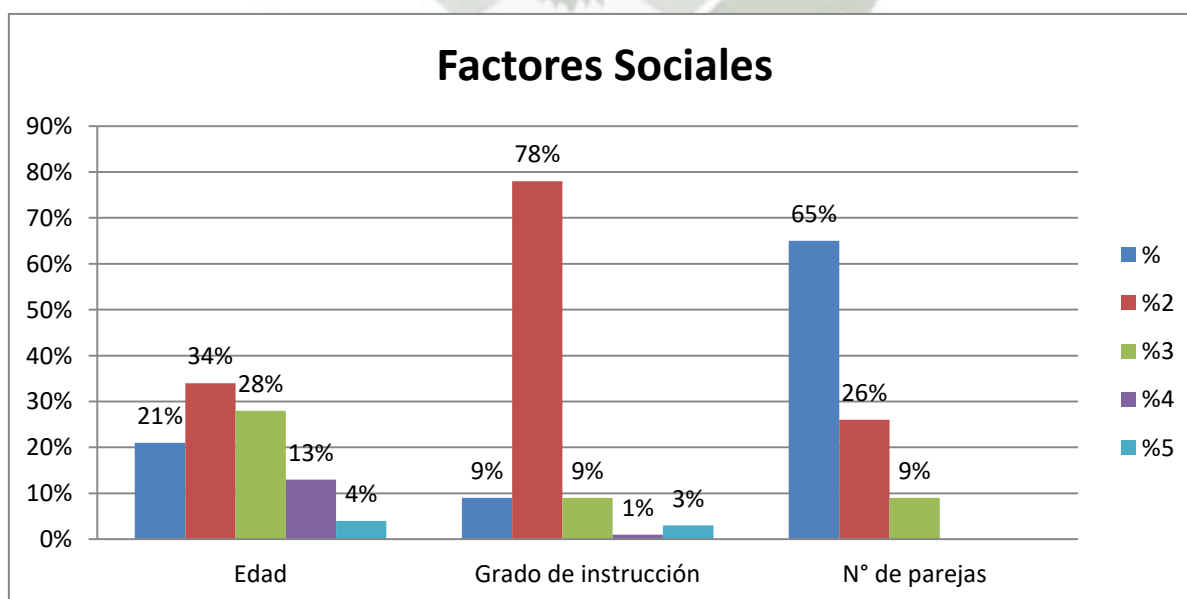
**FACTORES SOCIALES DE LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO QUE
ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

Factores Sociales	Número	Porcentaje
Edad		
– 16 - 25	16	21,1
– 26 - 35	26	34,2
– 36 - 45	21	27,6
– 46 - 55	10	13,2
– 56+	3	3,9
Grado de instrucción		
– primaria	7	9,2
– secundaria	59	77,6
– secundaria incompleta	7	9,2
– superior universitario	1	1,3
– superior no universitario	2	2,6
Número de Parejas		
– 1	49	64,5
– 2	20	26,3
– más de 3	7	9,2

Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

La tabla N°. 2, Se apreció que dentro de los factores sociales tenemos con un índice de porcentaje más alto en edad con un 34,2 % de 26 a 35 años, un 77,6% son de instrucción secundaria y un 64,5% solo tuvieron una pareja sexual activa en su vida.

Grafico N° 2:



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 3

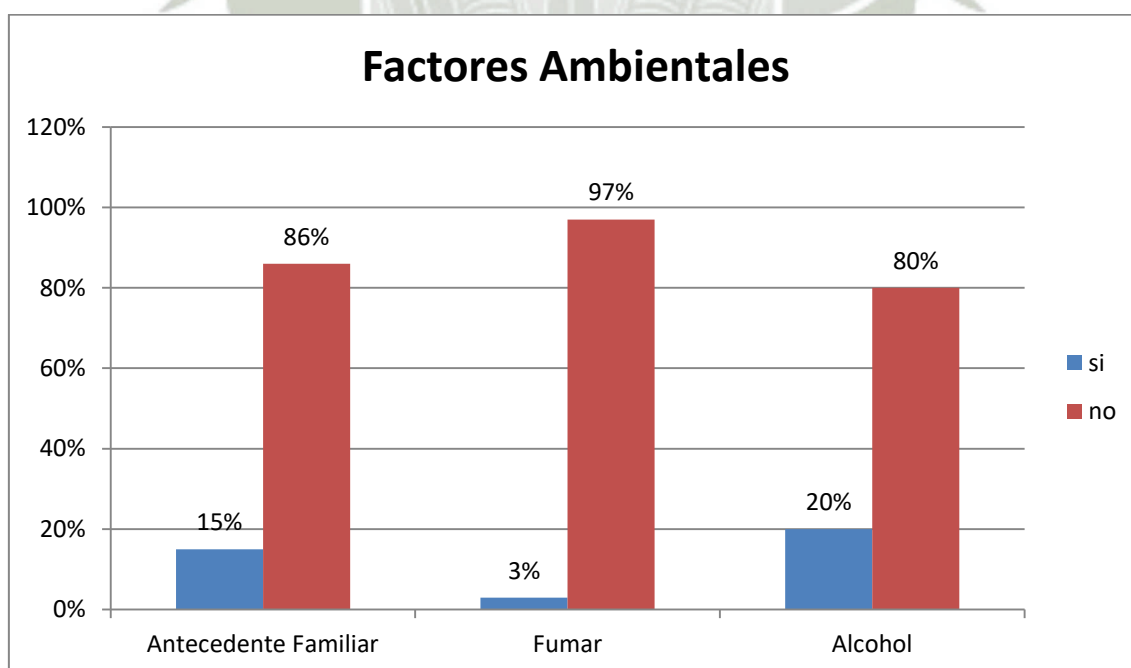
**FACTORES AMBIENTALES DE LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO
QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

Factores Ambientales	Número	Porcentaje
Antecedentes Familiares		
– si	11	14,5
– no	65	85,5
Hábito de Fumar		
– si	2	2,6
– no	74	97,4
Hábito de alcohol		
– si	15	19,7
– no	61	80,3

Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

La tabla N°. 3, Se apreció que dentro de los factores Ambientales se halló que porcentualmente este tipo de factores no son influyentes en la población estudiada; ya que se encontró que un 85,5% no tienen Antecedentes Familiares, 97,4% no tienen hábito de fumar, y un 80.3% no tiene hábito de tomar bebidas alcohólicas.

Grafico N°3:



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 4:

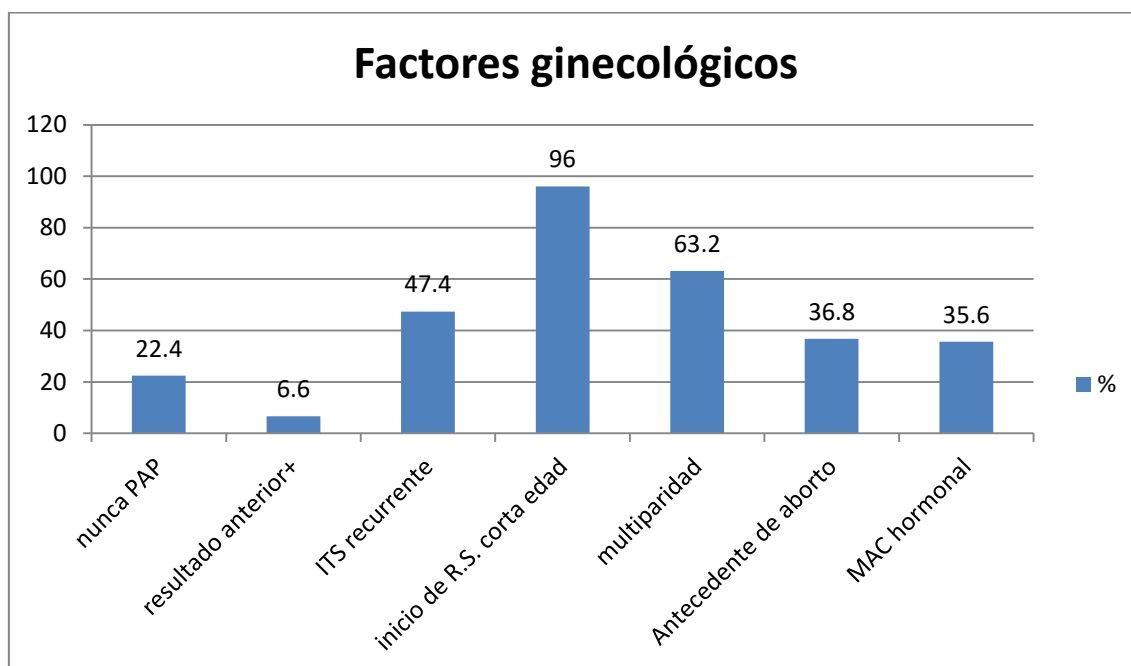
**FACTORES GINECOLÓGICOS DE LAS PACIENTES CON PAP
PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL C. S. CORIRE**

Factores Ginecológicos	Número	Porcentaje
Nunca haberse practicado el estudio citológico		
– si		
– no	59	77,6
	17	22,4
Antecedentes de resultado citopatológico		
– negativo	54	71,1
– positivo	5	6,6
– no se hizo	17	22,4
ITS recurrentes		
– si	36	47,4
– no	40	52,6
Edad de inicio de relaciones sexuales		
– <=15	4	5,3
– 16-20	69	90,8
– 21+	3	3,9
Multiparidad		
– 0	7	9,2
– 1	21	27,6
– 2	25	32,9
– 3 a más	23	30,3
Antecedentes de aborto		
– si	28	36,8
– no	48	63,2
Tipo de método Anticonceptivo		
– Natural	15	19,7
– Preservativo	8	10,5
– inyectable trimestral	19	25,0
– inyectable mensual	4	5,3
– Píldora	4	5,3
– Dispositivo intrauterino (DIU)	2	2,6
– Anticonceptivo quirúrgico voluntario(AQV)	1	1,3
– ninguno	20	26,3
– gestante	2	2,6
– amenorrea por climaterio	1	1,3

Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

La tabla N°. 4, Se apreció que dentro de los factores ginecológicos se halló que los factores más influyentes porcentualmente en la población estudiada son: un 90.8% de las pacientes iniciaron sus relaciones coitales entre las edades de 16 a 20 años, siendo un total de 96,1% las que iniciaron antes de los 20 años, así mismo se encontró que otro factor predominante es la multiparidad con un 63,2%.

Grafico N° 4:



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

c).- Determinación de la asociación de variables

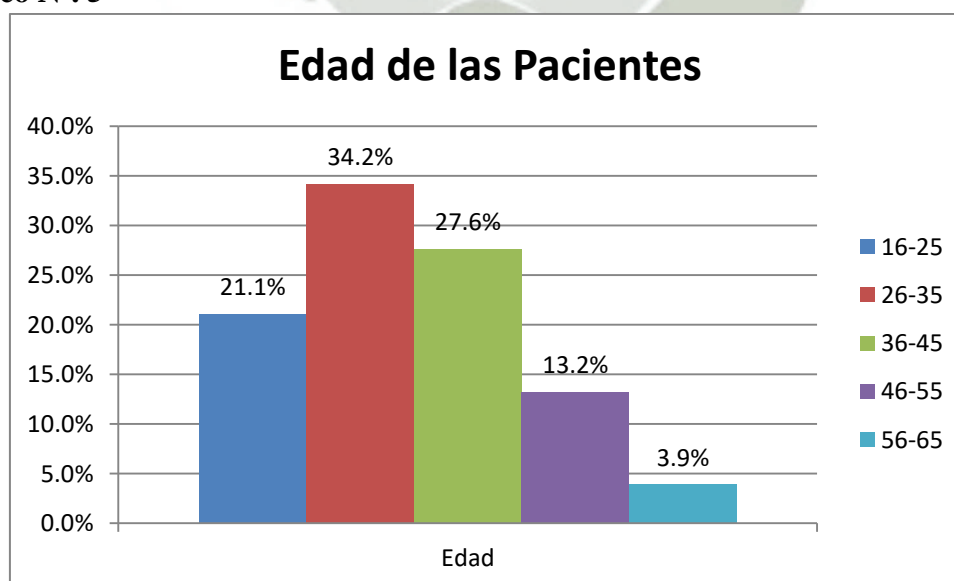
TABLA N° 5
EDAD DE LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO QUE ACUDIERON
EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE

		resultado PAP actual				Total	
		LIEBG		LIEAG			
edad agrupada		N°	%	N°	%	N°	%
		16 - 25	15	19,7	1	1,3	16
26 - 35	26	34,2	0	0,0	26	34,2	
36 - 45	21	27,6	0	0,0	21	27,6	
46 - 55	10	13,2	0	0,0	10	13,2	
56+	3	3,9	0	0,0	3	3,9	
Total		75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=3,800$ Valor P= 0,434

La tabla N° 5, Se observó que la mayor parte de población de pacientes estudiadas se encuentran en el máximo potencial reproductivo ya que la mayoría está entre las edades de 26 a 35 años, siendo el 34%; también podemos apreciar que el valor p es no significativo, ya que al encontrarse un solo caso de LIEAG estadísticamente no se puede realizar un cuadro de doble entrada para hacer una comparación explicativa.

Gráfico N° 5



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 6

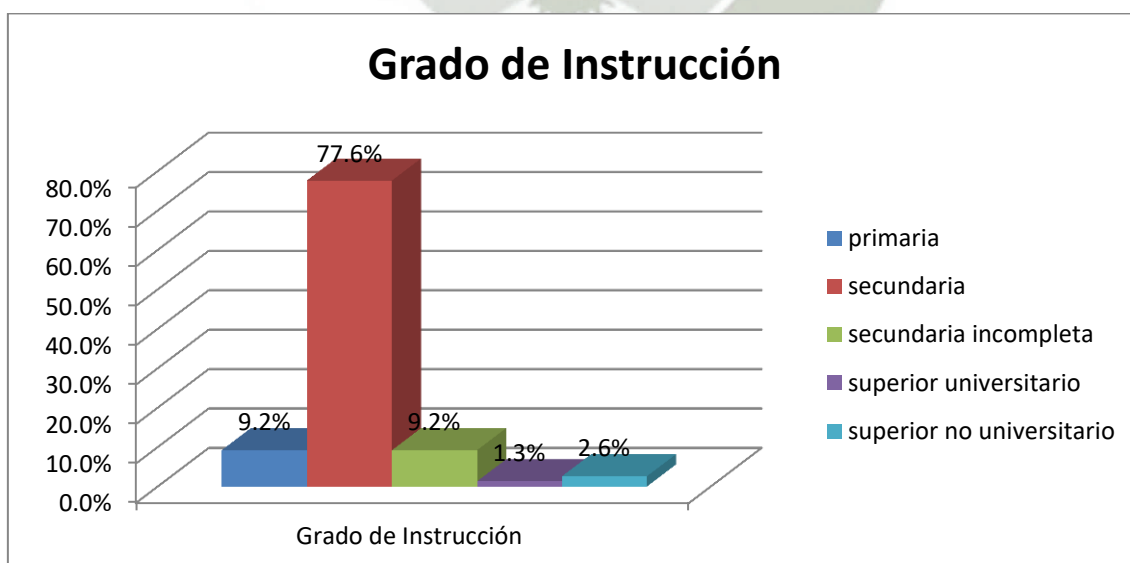
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO
QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

	resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
grado instrucción	N°	%	N°	%	N°	%
primaria	7	9,2	0	0,0	7	9,2
secundaria	58	76,3	1	1,3	59	77,6
secundaria incompleta	7	9,2	0	0,0	7	9,2
superior universitario	1	1,3	0	0,0	1	1,3
superior no universitario	2	2,6	0	0,0	2	2,6
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=0.292$ Valor P= 0,990

La tabla N°. 6, Se mostró que las pacientes estudiadas tiene un nivel medio educativo siendo un 77.6% de nivel secundario desde el punto descriptivo; también podemos apreciar que el valor p es no significativo, ya que estadísticamente no se puede realizar un cuadro de doble entrada para hacer una comparación explicativa.

Gráfico N°. 6



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N° 7

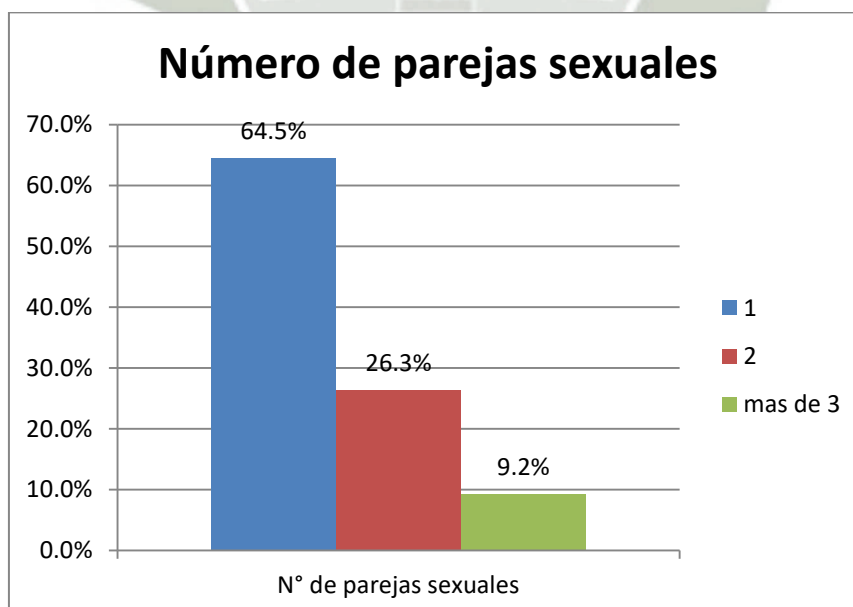
**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES CON PAP
PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD
CORIRE**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Número de Parejas Sexuales	N°	%	N°	%	N°	%
1	48	63,2	1	1,3	49	64,5
2	20	26,3	0	0	20	26,3
más de 3	7	9,2	0	0	7	9,2
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=0.558$ Valor P= 0,756401

La tabla N°. 7, Se puede observar que el 35% de las pacientes tuvo más de 1 pareja sexual, y el 64,5% de estas solo tuvo 1 pareja, por lo cual deducimos que la mayor parte de la población estudiada no estuvo expuesta al PVH por medio de este factor, así mismo le valor p es no significativo.

Gráfico N°. 7



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N° 8

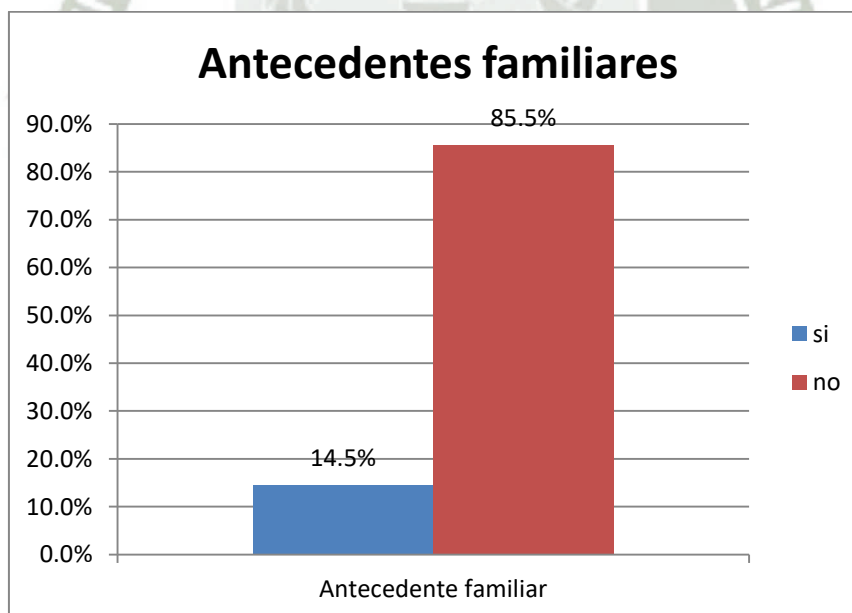
**ANTECEDENTE FAMILIAR DE CACU EN LAS PACIENTES CON PAP
PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD**

	Resultado PAP actual				Total		
	LIEBG		LIEAG				
	N°	%	N°	%	N°	%	
Antecedentes Familiares	si	10	13,2	1	1,3	11	14,5
	no	65	85,5	0	0	65	85,5
Total		75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=5.9$ Valor P= 0,014405

La tabla N° 8, El 85,5% no tienen antecedentes familiares de CACU, pero a pesar de esto los resultados del valor p si son significativos

Gráfico N° 8



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 9

**HABITO DE FUMAR EN LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO QUE
ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

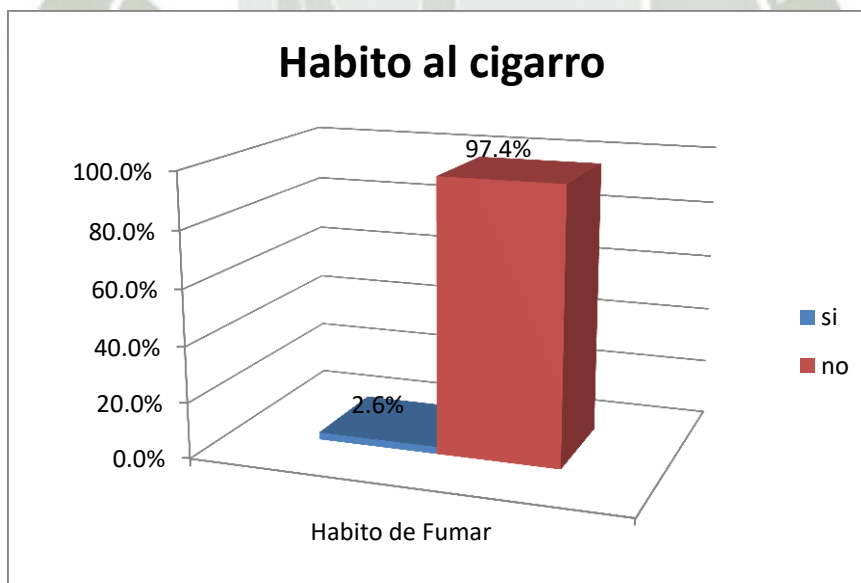
	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Fuma	N°	%	N°	%	N°	%
si	2	2,6	0	0	2	2,6
no	73	96,1	1	1,3	74	97,4
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

$X^2=0.027$ Valor P=0,868557

La tabla N°. 9, El 97.4% no tiene hábito de fumar por lo que es probable que no tengan riesgo de presentar residuos de nicotina en el moco cervical, ya que este componente tiene un efecto inmunosupresor y por lo tanto un factor para el Cáncer de Cervical. También podemos apreciar que el valor p es no significativo, ya que estadísticamente no se puede realizar un cuadro de doble entrada para hacer una comparación explicativa.

Gráfico N°. 9



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N° 10

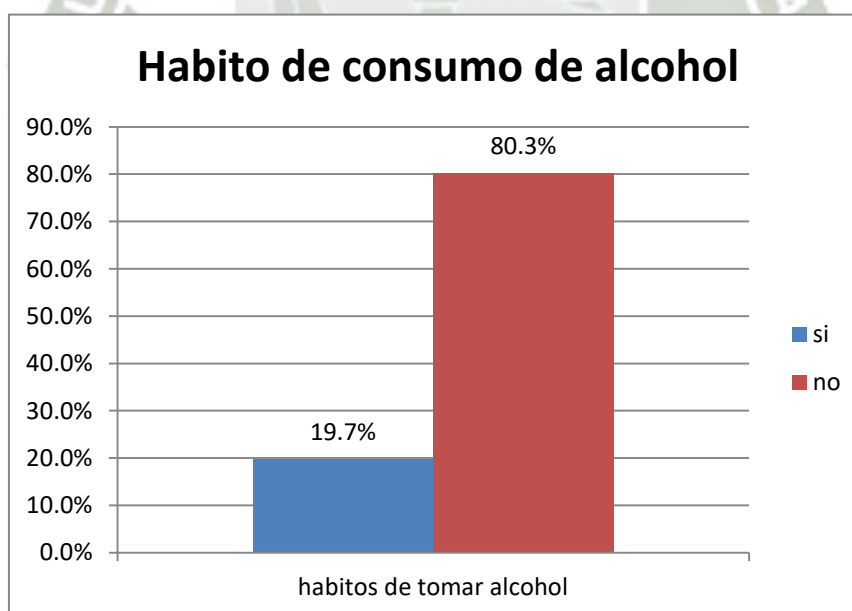
**HABITO DE ALCOHOL EN LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO
QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Bebidas con alcohol	N°	%	N°	%	N°	%
si	15	19,7	0	0	15	19,7
no	60	78,9	1	1,3	61	80,3
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=0.249$ Valor P= 0,617653

La tabla N°. 10, La mayor parte de las pacientes, el 80.3% no tienen habito de tomar bebidas alcohólicas, por lo que no es un factor predisponente en la población estudiada, también encontramos el valor p no significativo.

Gráfico N°. 10



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 11

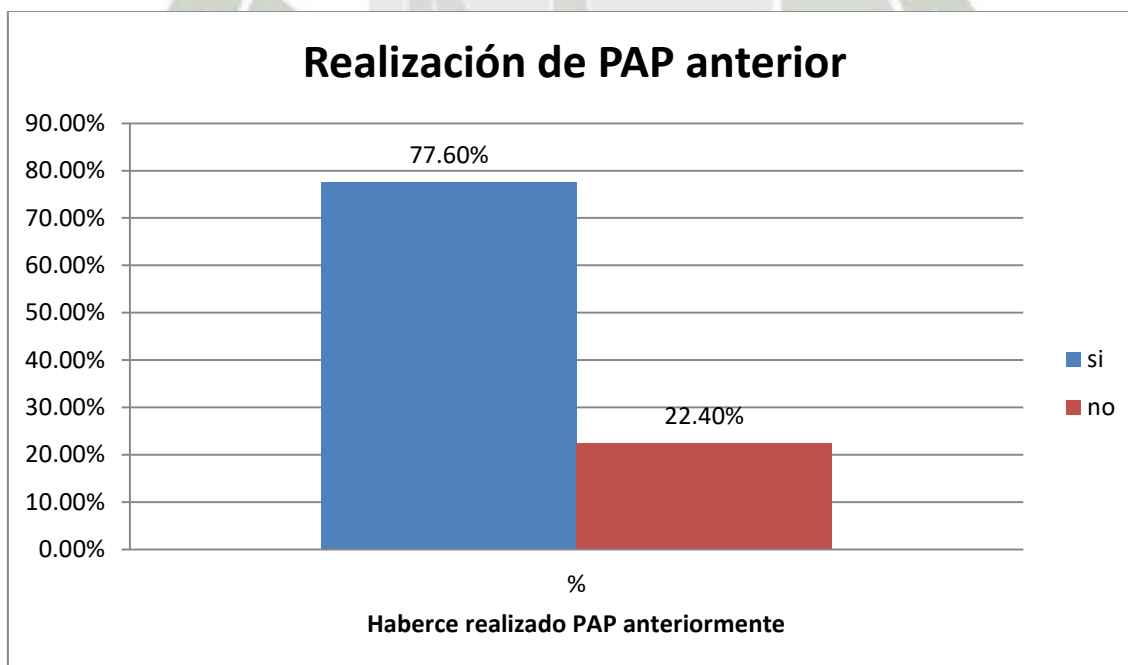
**HABERSE REALIZADO ANTERIORMENTE ESTUDIO DE PAP DE LAS
PACIENTES CON PAP PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL
CENTRO DE SALUD**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Haberse realizado PAP anteriormente	N°	%	N°	%	N°	%
si	58	76,3	1	1,3	59	77,6
no	17	22,4	0	0	17	22,4
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=2.837$ Valor P= 0,417391

La tabla N°. 11, Se observó que el 77,6% que fue gran parte de las pacientes si se realizaron un examen de PAP anteriormente y un 22.4% nunca se lo habían realizado.

Gráfico N°. 11



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 12

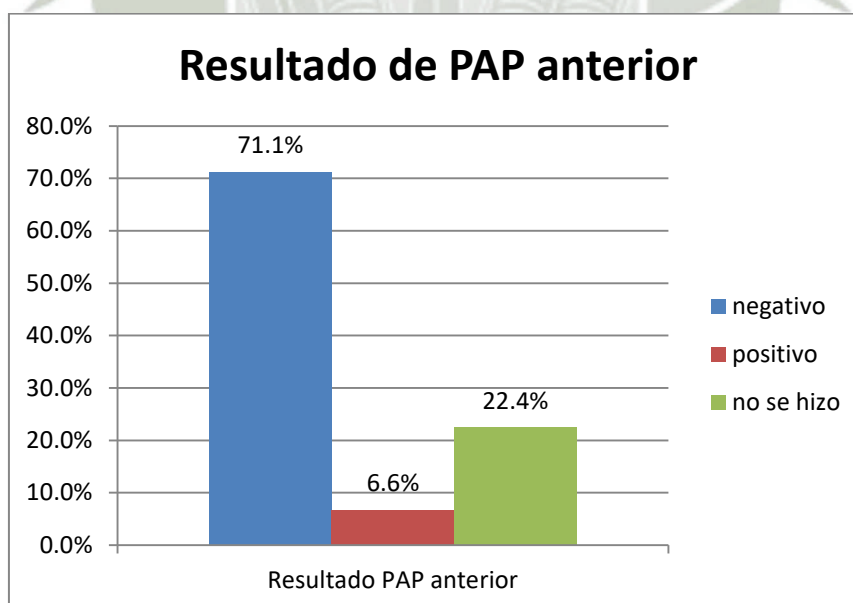
**RESULTADO DEL ANTERIOR ESTUDIO DE PAP DE LAS PACIENTES
CON PAP PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE
SALUD CORIRE**

		Resultado PAP actual				Total	
		LIEBG		LIEAG			
Resultado del PAP anterior	negativo	N°	%	N°	%	N°	%
		negativo	54	71,1	0	0	54
	positivo	4	5,3	1	1,3	5	6,6
	no se hizo	17	22,4	0	0	17	22,4
Total		75	98,7	1	1,3	76	100,

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=14.389$ Valor P= 0,000751

La tabla N°. 12, Podemos observar que la mayor parte de las pacientes obtuvieron un resultado negativo en su anterior examen de PAP, así mismo un gran porcentaje significativo de pacientes que no se realizaron anteriormente dicho examen.

Gráfico N°. 12



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 13

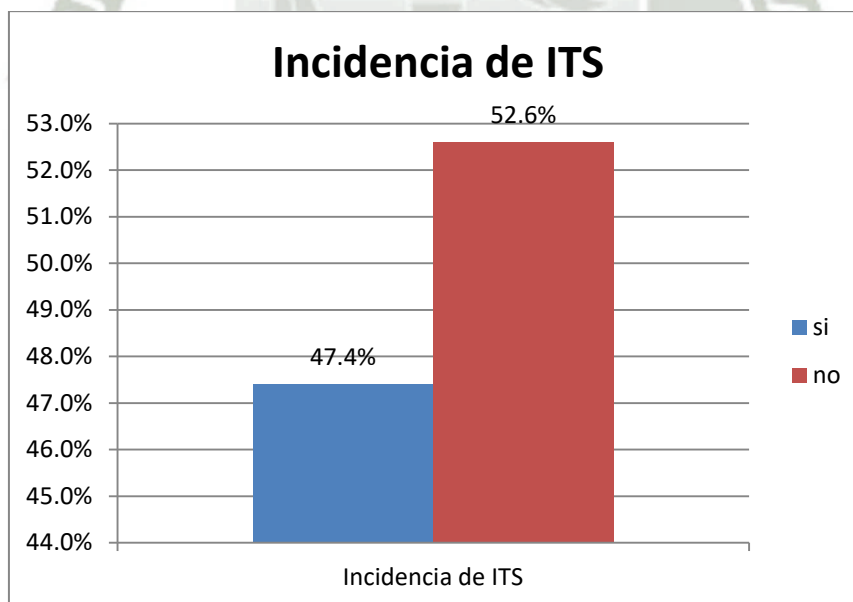
**INCIDENCIA DE ITS EN LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO QUE
ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Incidencia de ITS	N°	%	N°	%	N°	%
si	36	47,4	0	0	36	47,4
no	39	51,3	1	1,3	40	52,6
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=0.912$ Valor P= 0,339584

La tabla N°. 13, Un poco más de la mitad parte de las pacientes no tienen incidencias de presentar ITS, pero una cantidad valorable si tuvo incidencia, pero el valor p es no significativo.

Gráfico N°.13



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 14

**EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES
CON PAP PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE
SALUD CORIRE**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Edad de inicio de las Relaciones Sexuales	N°	%	N°	%	N°	%
<=15	4	5,3	0	0	4	5,3
16-20	68	89,5	1	1,3	69	90,8
21+	3	3,9	0	0	3	3,9
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=0.103$ Valor P= 0,949898

La tabla N°. 14, Se puede observar que el 96% de las pacientes inicio relaciones sexuales a temprana edad, sexual, por lo cual se deduce que la mayor parte de la población estudiada estuvo en contacto al PVH la mayor parte de su vida sexual activa desde el punto descriptivo pero desde el comparativo es no significativo por el valor p

Gráfico N°.14



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 15

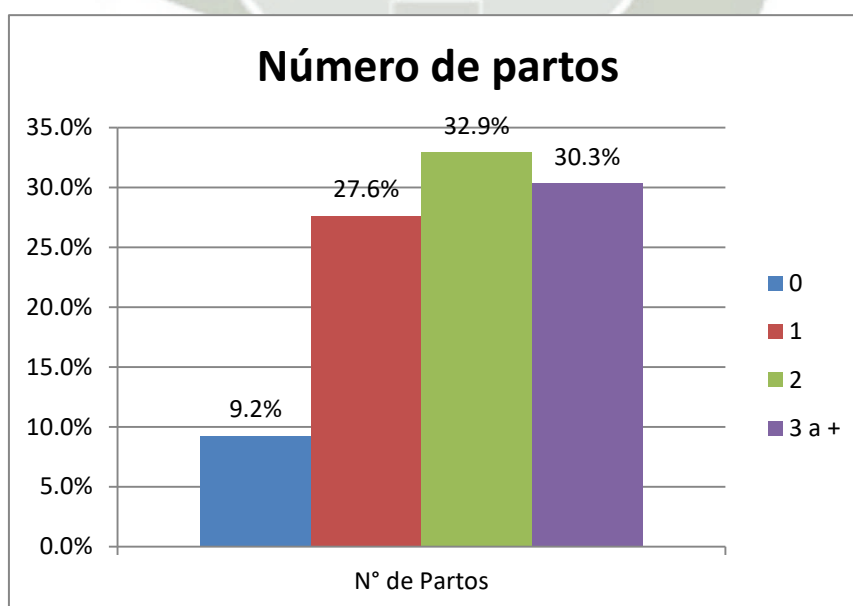
**NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES CON PAP PATOLOGICO QUE
ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD CORIRE**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Número de Partos	N°	%	N°	%	N°	%
0	7	9,2	0	0	7	9,2
1	20	26,3	1	1,3	21	27,6
2	25	32,9	0	0	25	32,9
3 a más	23	30,3	0	0	23	30,3
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=2.654$ Valor P= 0,448107

La tabla N°. 15, Se observó que en la población estudiada predominó la multiparidad, lo que demuestra que es un factor muy influyente en pacientes, puesto que durante esta etapa el cuello sufre un cambio (eversión del epitelio endocervical) y está más expuesto al PVH, descriptivamente pero también nos da un valor p no significativo.

Gráfico N°. 15



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 16

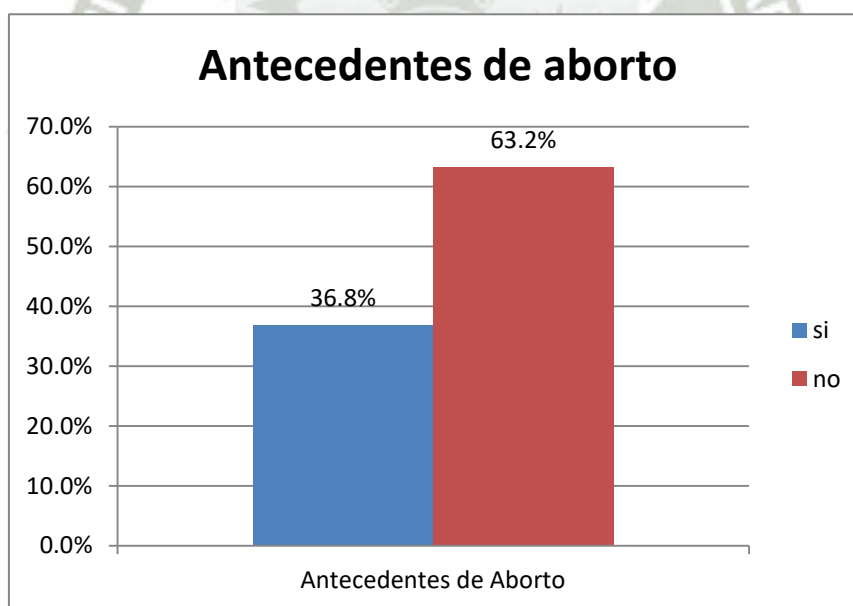
**ANTECEDENTE DE ABORTO EN LAS PACIENTES CON PAP
PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE SALUD**

	Resultado PAP actual				Total	
	LIEBG		LIEAG			
Antecedente de Abortos	N°	%	N°	%	N°	%
si	28	36,8	0	0	28	36,8
no	47	61,8	1	1,3	48	63,2
Total	75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $X^2=0.591$ Valor P= 0,441990

La tabla N°. 16, La mayor parte de las pacientes no tiene antecedente de abortos, siendo el 63.2% y un 36.8% si han tenido este antecedente.

Gráfico N°. 16



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

TABLA N°. 17

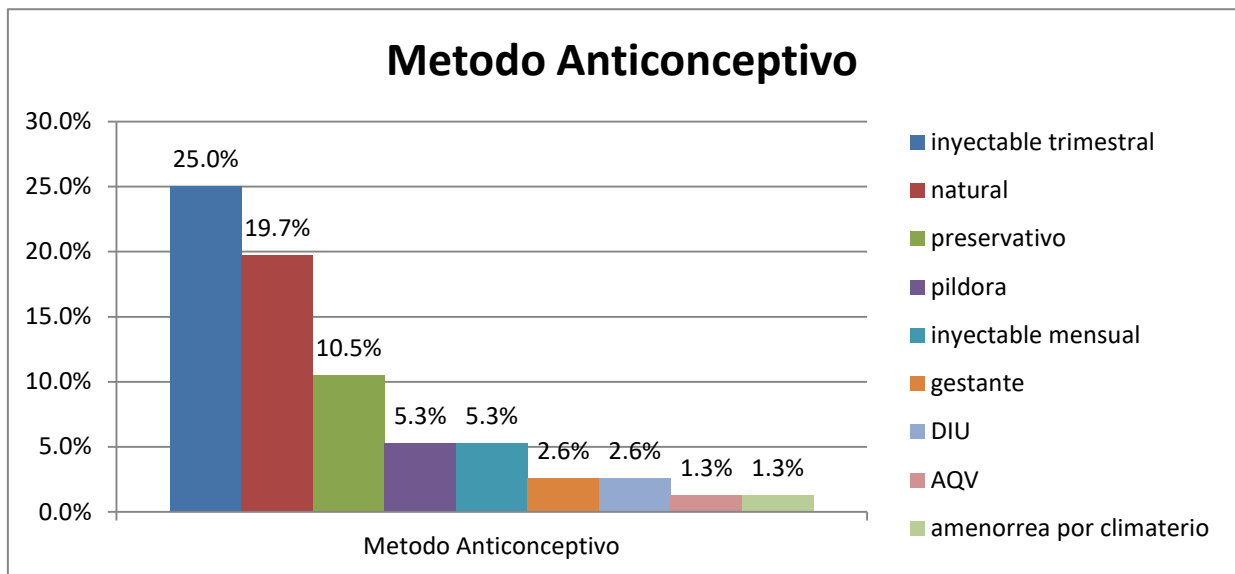
**TIPO DE METODO ANTICONCEPTIVO USADO POR LAS PACIENTES
CON PAP PATOLOGICO QUE ACUDIERON EN EL 2015 AL CENTRO DE
SALUD**

		Resultado PAP actual				Total	
		LIEBG		LIEAG			
Método anticonceptivo		N°	%	N°	%	N°	%
	Natural	15	19,7	0	0	15	19,7
	Preservativo	8	10,5	0	0	8	10,5
	inyectable trimestral	19	25	0	0	19	25,0
	inyectable mensual	4	5,3	0	0	4	5,3
	Píldora	4	5,3	0	0	4	5,3
	DIU	2	2,6	0	0	2	2,6
	AQV	1	1,3	0	0	1	1,3
	ninguno	19	25	1	1,3	20	26,3
	gestante	2	2,6	0	0	2	2,6
	amenorrea por climaterio	1	1,3	0	0	1	1,3
Total		75	98,7	1	1,3	76	100,0

Fuente: elaboración propia (matriz de datos) $\chi^2 = 2,837333$ Valor P= 0,970396

La tabla N°. 17, La mayor parte de las pacientes están más expuestas al PVH al no usar ningún método anticonceptivo de barrera, o así mismo el 35.6% usan métodos hormonales, de las cuales el 5.3% usan método Anticonceptivo hormonal Combinado.

Gráfico N°. 17



Fuente: elaboración propia (matriz de datos)

DISCUSIÓN:

Para esta discusión se realizara la comparación con los resultados obtenidos de los 76 y no 118 como se pensó encontrar según el proyecto, la comparación se realizara con los resultados porcentuales descriptivos y no con los resultados explicativos encontrados con el valor p, ya que estos resultaron no significativos, esta se hará entre la presente tesis y diversas tesis nombradas en los antecedentes investigativos, tomando en cuenta la primera de las tesis: “Prevalencia de displacia y cáncer cervicouterino y factores asociados en el hospital central de chihuahua, México”(SALAS-URRUTIA, Ivonne; VILLALOBOS, Eyra Alejandra; RAMÍREZ-VEGA, Brenda Lizeth)(17). La tesis con la que se va hacer la discusión llevo a la conclusión de que en chihuahua México los factores de riesgo más resaltantes son las múltiples parejas sexuales, así como erosiones del tejido, cervicitis y leucorrea, en cambio el presente estudio en la zona de Corire se encontró que el factor más relevante es el inicio de relaciones a temprana edad y la multiparidad, en cambio con respecto a la prevalencia de los resultados obtenidos se encuentra una igualdad en los hallazgos al ser el NIC I/LIEBG el de mayor prevalencia.

En la conjetura con la tesis “Estudio de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales”(MILIÁN VEGA,)(16), los factores que prevalecieron en esta población fueron: los antecedentes de aborto provocado, la utilización de métodos anticonceptivos hormonales, múltiples compañeros sexuales, hábito de fumar, y enfermedades de transmisión sexual, en cambio se presentó una disconformidad en cuanto esto, ya que el presente estudio se encontró que el factor más relevante es el inicio de relaciones a temprana edad y la multiparidad, y con respecto a la prevalencia los resultados obtenidos se encuentra una igualdad en los hallazgos al ser el LIEBG el de mayor prevalencia.

Con respecto a la tesis “Frecuencia de las lesiones pre malignas y malignas a nivel de cuello uterino”(ARIAS, Oscar Alberto Bolaños)(2), podemos ver que en comparación con a presente tesis guarda mucha relación ya que un 96.13% de las pacientes estudiadas mostraron más frecuencia de NICI y en esta tesis el mismo diagnostico se dio en un 98.7%.

Desde la perspectiva de los resultados de la tesis “factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas”(Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt

A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges)(18) y la presente tesis, podemos encontrar que hay mayor similitud en los resultados encontrados en cuanto a los factores de riesgo ya que en ambos trabajos se encontró la multiparidad e inicio de relaciones sexuales a temprana edad como factor más predominante.

En tanto en discusión con la tesis “factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino” (Vázquez Márquez Ángela, González Aguilera Julio César, de la Cruz Chávez Francisca, Almirall Chávez Ángel Miguel, Valdés Martínez Rubilselda)(19) podemos ver que igual a la discusión con la tesis anterior los factores más predominantes fueron la multiparidad y el inicio de relaciones tempranas, en esta tesis nos indica que en ambos casos se observó que la enfermedad fue aproximadamente 5 veces mayor riesgo que las que no habían tenido embarazos anteriores o en comparación con aquellas que tuvieron relaciones sexuales más tardías.

Dentro del análisis con la tesis “Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil” (GUTIÉRREZ, César)(22) podemos observar que a pesar que este no se halló como un factor de riesgo predominante en la tesis de estudio, se puede ver que en los resultados hay un 22,4% de pacientes que con PAP patológico que anteriormente no se habían realizado dicho estudio.

Continuando con la discusión y para finalizar con los antecedentes investigativos tenemos la tesis “Prevalencia de lesiones pre malignas de cuello uterino en el Hospital Regional Honorio Delgado” (PORTUGAL MEZA, Katya Nancy)(7) se encontró como factor de riesgo; el inicio de precoz de relaciones sexuales, promiscuidad y el nivel socio-económico bajo y los resultados fueron una prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas, resultados igual que los hallados en la presente tesis.

Para terminar podemos observar que al realizar la discusión de la presente tesis con otros estudios realizados en diversos lugares, se llega a la conclusión que la prevalencia en los resultados es en su mayoría las lesiones pre malignas como son LIEBG y los factor de riesgo; el inicio de precoz de relaciones sexuales y multiparidad.

CONCLUSIONES

Primero. Al determinar el resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes del Centro de Salud de Corire. en el año 2015 se concluyó que de 324 exámenes de Papanicolaou realizados se encontró que 76 dieron resultados positivos, predominando los casos de Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado, lo cual tiene relación con a la hipótesis.

Segundo. En cuanto a la identificación de los factores epidemiológicos que se asocian al resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes que acuden al Centro de Salud de Corire, se encontró más frecuencia en el inicio de relaciones sexuales a corta edad, siendo esta menores de 20 años 96.1%, seguida de la multiparidad con 63.2%, la recurrencia de Infecciones de Transmisión Sexual 47.4 %, sin resolución estadísticamente significativa, así mismo se halló que el factor antecedentes familiares si fue estadísticamente significativo pero no mostro un porcentaje alto en cuanto a frecuencia, mostrándose que el factor epidemiológico más predominante desde el punto de vista descriptivo con respecto a la hipótesis es: el inicio de relaciones coitales a corta edad y multiparidad.

RECOMENDACIONES:

A pesar de haberse hallado cifras no significativas desde el punto de vista explicativo, se pasó a dar las siguientes recomendaciones con respecto a los resultados desde un punto observacional descriptivo.

1. Implementar programas educativos preventivos promocionales sobre cáncer de cuello uterino en la población joven, en especial en las escuelas, para disminuir los casos de contacto temprano con el PVH.
2. Dado que las lesiones pre malignas son las de mayor prevalencia y estas tienen mayor posibilidad de curarse, se debe promover en la población la importancia de la prevención del Cáncer de Cuello Uterino, creando más campañas de despistaje de Papanicolaou, IVAA y la colposcopia en el establecimiento de salud
3. Promover el trabajo articulado y en equipo entre los establecimientos de salud y un trabajo multisectorial en especial con el sector educación, con la finalidad de disminuir el riesgo de cáncer de cuello uterino.
4. Fomentar la realización de campañas preventivas de vacunación contra el PVH.

PROPUESTA

EDUCACION PARA LA SALUD EN LOS COLEGIOS SOBRE PREVENCIÓN DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

FUNDAMENTO:

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública y por medio del presente trabajo de investigación se ha hallado, que el mayor factor de riesgo es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, por lo tanto las adolescentes están más expuestas al contacto con el PVH.

La presente propuesta busca sensibilizar y concientizar a la población joven y a sus padres sobre la prevención ante esta enfermedad, tomarlo en cuenta, que porcentualmente se hallaron que la mayor parte de las pacientes con resultado citopatológico anormal de cuello uterino estudiadas tuvieron contacto con el PVH a una edad menor a 20 años.

OBJETIVO GENERAL:

Prevenir y disminuir el cáncer de cuello uterino, por medio de la implementación de un programa educativo bajo el trabajo articulado y en equipo entre los establecimientos de salud y el sector educación, con la finalidad de brindar una orientación adecuada a adolescentes, sobre factores de riesgo del cáncer de cuello uterino mediante talleres y metodologías apropiadas según etapas de vida e interculturalidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Sensibilizar y concientizar a las y los adolescentes sobre este problema de salud
- Campañas participativas e informativas de la población joven.

ESTRATEGIAS:

- Charlas educativas, información de la prevención de cáncer de cuello uterino tanto a los adolescentes como a los profesores y padres de familia previa examen de nivel de conocimientos sobre el tema y temas relacionados.
- Talleres con dinámicas interactivas con las púberes y adolescentes para la adecuada prevención.

- Videos educativos sobre el cáncer y temas relacionados.

Temas a realizar en las charlas y talleres del proyecto educativo:

1. Anatomía del sistema reproductor:
2. Cáncer del cuello uterino
3. Factores de riesgo:
4. Medidas de prevención
5. Vacuna del PVH

DIRIGIDO A:

- Profesionales del sector educación: en especial a los tutores de los diversos grados,
- Los Padres y tutores de los y las púberes y adolescentes que estudian en la institución Educativa Mixto Corire.
- Los y las púberes y adolescentes de la institución Educativa Mixta Corire

LUGAR DE EJECUCION: Institución Educativa Mixto Corire

RESPONSABLES DE LA EJECUCION:

Jefe de Servicio de Obstetricia, Encargado del programa de salud del adolescente

FASE POLITICA: Se realizara la previa autorización y coordinación con el gerente de la Micro red Corire y el director de la Institución Educativa Mixto Corire

FASE TECNICA: Previa autorización con las autoridades respectivas de la Micro red Corire y la Institución Educativa Mixto Corire, se pasará a planificar las actividades con los servicios de Obstetricia y salud del adolescente, así mismo los horarios de acceso a las diferentes aulas con los tutores de los diferentes grados del nivel secundario.

FASE OPERATIVA: Se realizará las siguientes actividades:

- Capacitación a las púberes y adolescentes a través de folletos, videos relacionados con el cáncer de cuello uterino y su problemática.
- Dinámicas interactivas, de tal forma que logramos sensibilizarlas, concientizarlas y que hagan eco con la demás población en no iniciar relaciones sexuales a temprana edad o en su con preservativo.
- Capacitación a los padres de familia

Prueba final de conocimientos aprendidos

FINANCIAMIENTO Y RECURSOS

Personal: Se realizara con el personal que labora del Centro de Salud Corire y autoridades encargadas S/. 0.00

Material de oficina: hojas bond, tinta de impresora, plumones S/. 50.00

Material Audiovisual: folletos, rotafolios, videos S/. 20.00

Proyector: Se pedirá prestado el proyector de la institución educativa S/. 0.00

Pasajes S/. 06.00

Total S/.76.00

CRONOGRAMA

Se desarrollara los temas 1,2, 4 y5 uno por mes durante dos clases de tutoría en el caso de los alumnos y el tema número 3 por ser más extenso, se desarrollara en 4 meses siguiendo el mismo número de clases en un mes que los anteriores, para los docentes se desarrollara en una de las dos reuniones mensuales que realiza el colegio con los docentes, Con los padres de familia se realizara las charlas educativas en reuniones previstas por la institución educativa.

FASES	Mes								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Fase política	X								
Fase técnica	X				X				
Fase operativa		X	X	X	X	X	X	X	X

Bibliografía

a) Bibliografía

1. MINSA, Análisis de Situación de Salud del Perú 2012-2013 Ministerio de Salud del Perú Dirección General de Epidemiología Primera edición Setiembre 2013
2. ARIAS, Oscar Alberto Bolaños, et al. FRECUENCIA DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS A NIVEL DE CUELLO UTERINO. Maracaibo, Venezuela, Noviembre de 2010 30p Tesis de Especialidad
3. MABOTA DA COSTA, Flora Agostinho; CARRERAS COLLADO, Ramón. *Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo (Mozambique) y Barcelona (España)*. Universitat Autònoma de Barcelona., 2006.
4. MANCERA ROQUE, Helios. *Factores de riesgo en lesiones cervicales pre malignas en mujeres de 25 a 64 años de edad en la Jurisdicción sanitaria número 4 Jalpan de Serra Querétaro en 2006*. 2014. Tesis Doctoral.
5. SELLORS, John W., et al. *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes*. Washington, D.C.: OPS, 2003.

b) Hemerografía (Revistas)

6. GRATEROL, Ivis J.; FINOL, Hector J.; CORRENTI, María. Virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cuello uterino: Tipificación y ultra estructura. Rev. Soc. Venez. Microbiol, 2006, vol. 26, no 2, p. 89-94
7. PORTUGAL MEZA, Katya Nancy. Prevalencia de lesiones pre malignas de cuello uterino en el Hospital Regional Honorio Delgado del 1° de mayo de 1994 al 30 de abril de 1995. 1995. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina
8. ALTERIO, Gianfranco, et al. Hallazgos citológicos y factores de riesgo para patología preinvasora e invasora de cuello uterino. Área de influencia del ambulatorio urbano tipo II "Dr. Rafael Pereira". Barquisimeto, Estado Lara (Venezuela). *RESPYN*, 2007, vol. 8, no 3.

c) Informatografía:

9. Bosch F.X., Lorinez A., Muñoz N., Meijer, CJLM., Shah K.V. The causal relation between human papilloma virus and cervical cáncer. *J.Clin.Pathol.* 2002; 55(4): 244-65 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1769629/> [ultimo acceso 2015 Jul 13].
10. CUEVAS, Sergio A. Rodríguez; GARCÍA, Marino Capurso. Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obste Mex*, 2006, vol. 74, no 11, p. 585-593. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2006/gom0611f.pdf>
11. Espín Falcón Julio César, Cardona Almeida Adriana, Acosta Gómez Yuxini, Valdés Mora Mariela, Olano Rivera Mayleni. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2012 Dic [último acceso 2015 Jul 16] ; 28(4): 735-746. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000400016&lng=es.
12. Fernández Garrido Mauricio, Corona Martínez Luis A., Hernández Rodríguez Joel, Espinosa Roca Alfredo, Pereira Valdés Eddy, Fuigueiras Ramos Benigno. Mortalidad por neoplasias malignas en la población adulta de la provincia de Cienfuegos durante el decenio 1988-1997. *Rev cubana med* [revista en la Internet]. 2003 Jun [último acceso 2015 Jul 16] ; 42(2): 113-117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000200004&lng=es.
13. HUAMANI, Charles; HURTADO-ORTEGA, Ana; GUARDIA-RICRA, Manuel y ROCA- MENDOZA, José. Conocimientos y actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007. *Rev. Perú. med. exp. salud pública* [online]. 2008, vol.25, n.1 [ultimo acceso 2015-06-17], pp. 44-50 .5. disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342008000100007
14. León Cruz Grettell, Bosques Diego Omar de Jesús. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2005 Abr [último acceso 2015 Jul 16] ; 31(1):. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2005000100010&lng=es.
15. TORRES, Priscila et al. Incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer cubana: Trienio 2000-2002. *Rev cubana med* [online]. 2007, vol.46, n.2 [citado 2017-01-27], pp. 0-0 . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232007000200007
 16. MILIÁN VEGA, Flavia, et al. Estudio de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 1999, vol. 25, no 3, p. 181-189[ultimo acceso 2015 Jul 16]. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1999000300008
 17. SALAS-URRUTIA, Ivonne; VILLALOBOS, Eyra Alejandra; RAMÍREZ-VEGA, Brenda Lizeth. Prevalencia de Displasia y Cáncer Cervicouterino y factores asociados en el Hospital Central de Chihuahua, México. *CIMEL*, 2006, vol. 11, no 1, p. 12-15[ultimo acceso 2015 Jun 23].disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cimel/v11_n1/pdf/a05.pdf
 18. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carranca A, Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cérvico uterino invasor en mujeres mexicanas. *Revista Salud Publica Mex septiembre-octubre de 2005; vol.47, no.5:342-350*[ultimo acceso 2015 Jul 11]. Disponible en : <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n5/28379.pdf>
 19. Vázquez Márquez Ángela, González Aguilera Julio César, de la Cruz Chávez Francisca, Almirall Chávez Ángel Miguel, Valdés Martínez Rubilselda. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [revista en la Internet]. 2008 Ago. [último acceso 2015 Jul 16] ; 34(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200007
 20. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, Snijders PJ, Peto J, Meijer CJ, Munoz N. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol*. 1999 Sep; 189(1):12-9[ultimo acceso 2015 Jun 13] Disponible en [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1096-9896\(199909\)189:1%3C12::AID-PATH431%3E3.0.CO;2-](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1096-9896(199909)189:1%3C12::AID-PATH431%3E3.0.CO;2-)

- F/abstract;jsessionid=754914075656EF88311A4068AC989034.f04t03?systemMessage=WOL+Usage+report+download+page+will+be+unavailable+on+Frida+y+27th+January+2017+at+23%3A00+GMT%2F+18%3A00+EST%2F+07%3A00+SGT+%28Saturday+28th+Jan+for+SGT%29+++for+up+to+2+hours+due+to+essential+server+maintenance.+Apologies+for+the+inconvenience.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10451482>
21. Ortiz Serrano, R., Uribe Pérez, C. J., Díaz Martínez, L. A., & Rafael, Y. (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de obstetricia y ginecología*, 55(2), 146-160. [ultimo acceso 2015 Jun 15]. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-74342004000200007
22. GUTIÉRREZ, César, et al. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008. *Revista Peruana de Epidemiología*, 2010, vol. 14, no 1, p. 1-11[ultimo acceso 2015 Jul 15]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/2031/203119805006.pdf>
23. GONZALEZ-MARTINEZ, Gerardo. George N. Papanicolaou (1883-1962). Maestro, Pionero y Sabio. *Rev Obstet Ginecol Venez* [online]. 2005, vol.65, n.1 [citado 2017-02-08], pp. 35-38 . Disponible en:
<http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322005000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0048-7732
24. Temas de salud Cáncer [sede Web]. OMS: www.who.int/es/; [ultimo acceso 02 de Julio del 2015]. [Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>]
25. CASTAÑEDA IÑIGUEZ, Maura Sara, et al. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el virus de papiloma humano. 2005D tesis doctorales en red Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva [ultimo acceso 29 de Julio del 2015]. [Disponible en: <http://hdl.handle.net/10803/4610>]; <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2005/tdx-1125105-175123/msci1de1.pdf>
26. Merino, T. Definiciones: Epidemiología, El concepto de epidemiología, [último acceso 20 de diciembre 2015]. [Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introductorios4.htm>].

27. LORENA ANGELINA VILLACORTA LÓPEZ Calidad De La Toma De Muestra De Citología Cervical Reportadas En Laboratorio Del Hospital Regional San Juan De Dios Del Departamento De San Miguel .Marzo Y Abril 2009 tesis maestría salud publica universidad nacional de Nicaragua [ultimo acceso 10 de Diciembre del 2015 disponible en: <http://docplayer.es/14010549-Universidad-nacional-autonoma-de-nicaragua-centro-de-investigaciones-y-estudios-de-la-salud-escuela-de-salud-publica-de-nicaragua.html>



Anexos

Anexo 1: Proyecto de tesis

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Posgrado

Maestría en Salud Pública



Resultado citopatológico anormal de cuello uterino y factores epidemiológicos asociados en pacientes del Centro de Salud Corire. Arequipa, 2015

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller:
Estephany Romero Díaz

Para optar el Grado Académico de:
Magister en Salud Pública

Arequipa- Perú

2015

I. Planteamiento Teórico

1. Problema de Investigación

1.1. Enunciado

Resultado citopatológico anormal de cuello uterino y factores epidemiológicos asociados en pacientes del Centro de Salud Corire.

Arequipa, 2015

1.2. Descripción del problema

a) Campo, Área y Línea de Acción:

- Campo: Ciencias de la Salud
- Área: Salud pública
- Línea: Enfermedades neoplásicas.

b) Análisis de variables:

Variable	Definición	Indicadores	Sub indicadores
Resultado citopatológico anormal de cuello uterino	Un resultado anormal simplemente significa que algunas células anormales han sido encontradas en la citología (26)	Lesiones pre malignas Lesiones malignas	<ul style="list-style-type: none"> – LIEBG – LIEAG – Carcinoma de cérvix invasor
Factores epidemiológicos	En epidemiología un factor de riesgo o epidemiológico es estudio de los factores que determinan la ocurrencia de la enfermedad en las poblaciones, pueden ser factores relacionados	Factores sociales Factores ambientales	<ul style="list-style-type: none"> – Edad – Grado de instrucción – Número de parejas sexuales – Antecedentes Familiares de cáncer. – Influencia del hábito de fumar y consumir alcohol. – – Nunca haberse

	<p>con la salud y con las distintas enfermedades existentes en poblaciones humanas definidas.(26)</p>	<p>Factores ginecológicos</p>	<p>practicado el estudio citológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Haber tenido antecedente de resultado citopatológico. – Infecciones vaginales recurrentes – Edad de comienzo de las relaciones sexuales – Multiparidad. – Antecedentes de Aborto. – Tipo de método anticonceptivo.
--	---	-------------------------------	--

c) Interrogantes básicas:

- ¿Cómo es el resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes del C.S. Corire?
- ¿Cuáles son los factores epidemiológicos que se asocian al resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes del C.S. Corire?

d) Tipo y nivel del Problema:

- Tipo: Documental y de Campo
- Nivel: Explicativo

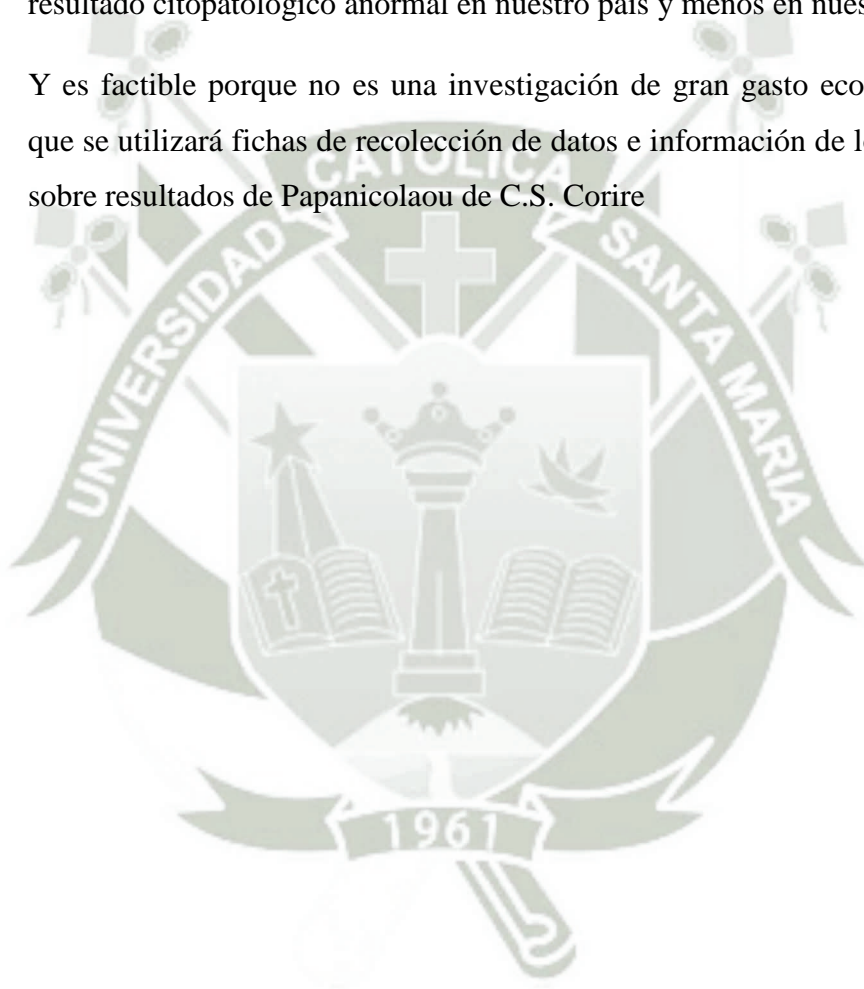
1.3.Justificación del Problema:

Esta investigación es de relevancia social, ya que por medio de los resultados encontrados se sabrá los factores epidemiológicos de cáncer cervicouterino encontrado en pacientes con citopatologías anormales y de esta forma la realidad sanitaria con respecto a este problema de salud de la población atendida en el C.S. Corire.

La importancia de este trabajo, radica en la utilidad de los resultados, por medio de los cuales se podrá crear mejores planes de prevención para mejorar este problema de salud, y de esta manera diagnosticar oportunamente, siendo este de relevancia científica.

También tiene un alto contribución hacia el área del conocimiento, dado que a pesar que hay estudios relacionados al tema, estos han sido realizados internacionalmente pero no hay registros encontrados de los factores epidemiológicos de riesgo de cáncer cervicouterino en paciente con resultado citopatológico anormal en nuestro país y menos en nuestra región.

Y es factible porque no es una investigación de gran gasto económico, ya que se utilizará fichas de recolección de datos e información de los registros sobre resultados de Papanicolaou de C.S. Corire



2. Marco Conceptual:

1. Cáncer

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo. Muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a factores de riesgo comunes como el humo de tabaco. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana.(24)

El cáncer de cérvix uterino es uno de los principales problemas de salud tanto en los países en desarrollo como en los países desarrollados. (25)

En de los países industrializados hay una tendencia a la reducción de la incidencia, debido a importantes medidas de prevención, con reducción de morbilidad y de la mortalidad por esta enfermedad, mientras que en los países en desarrollo sigue siendo un serio problema implicado en la mortalidad femenina y en las consecuentes implicaciones sociales.(3) En el Perú, ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un registro aproximado de 13392 casos por año según la distribución de casos de cáncer según localización topográfica y sexo. Perú, 2006-2011(1)

Así pues, el cuello uterino es tanto un centinela para las infecciones graves de la parte superior del aparato genital, como un órgano diana para los carcinógenos viral o químicos que puedan ocasionar carcinomas localizados o infiltrantes. Lo primero constituye una de las manifestaciones clínicas más habituales en la práctica ginecológica y lo segundo se refiere a la potencial amenaza para el padecimiento de cáncer cervicouterino, razón que argumenta la esencialidad de los programas de detección selectiva con frotis de Papanicolaou (citología cervical o prueba PAP.) y un reporte estandarizado y objetivo de los hallazgos por parte del anatomopatólogo.(8)

2. ETIO-PATOGENIA DEL CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO

2.1. Génesis del cáncer

La etiología y la patogenia del cáncer de cérvix uterino, al igual que sucede con otros cánceres, es algo compleja. De una manera general, varios estudios y observaciones

hechas en humanos y animales indican que la etiología del cáncer es multifactorial y que la neoplasia es resultado de varias etapas consecutivas: La primera etapa del carcinogénesis corresponde a la fase de inducción que se caracteriza por la iniciación que puede ser debida a diferentes agentes causales como radiaciones, sustancias químicas, virus, etc. que producen alteraciones permanentes y generalmente irreversibles, en cierto número de células del organismo; La segunda etapa corresponde a la promoción, un fenómeno reversible que ocurre consecuentemente a la iniciación del proceso neoplásico complementado por la exposición crónica a diferentes factores promotores y posiblemente se presenta como consecuencia de la alteración de la expresión genética después sigue la fase de progresión de la enfermedad, con crecimiento y multiplicación descontrolada de la masa celular y eventual infiltración de las estructuras donde asienta el tumor y diseminación metastásica del mismo.(3)

2.2. El cáncer cervico uterino como un importante problema de salud pública

En la actualidad, el cáncer representa un gran reto social, toda vez que su incidencia aumenta con el desarrollo económico e industrial de los países, así como con el perfeccionamiento de los sistemas de salud, puesto que a mayor esperanza de vida corresponde una mayor población en los grupos etáreos en los que las neoplasias aparecen con más frecuencia.(12)

El cáncer es una enfermedad multideterminada, derivada de la concurrencia de factores de carácter biológico, psicológico y sociocultural, los cuales se comportan de manera específica en cada individuo resultando en algún tipo particular de cáncer. Esos elementos auspiciadores de la enfermedad, se reconocen como factores de riesgo y pueden definirse como condiciones que aumentan la probabilidad de estados mórbidos. (11)

Se prevé que en el 2030 más de 1,6 millones de personas morirán por cáncer, debido a los cambios demográficos y a una mayor exposición a los factores de riesgo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe Anual de Salud del año 2008 (basado en datos del 2002), declara que en ese año murieron 7 108 769 personas por cáncer y estimó que la tasa bruta de mortalidad por este problema de salud a nivel mundial fue de 114,4 x 100 000 habitantes.

Aunque esta enfermedad es más frecuente en el hombre, en el grupo de edad de 25 a 50 años, las mujeres tienen la tasa de incidencia más alta, debido fundamentalmente a los cánceres ginecológicos, entre ellos, el cáncer cervicouterino o carcinoma de cuello uterino es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar dentro de todos los tipos de cánceres entre las mujeres en el mundo, precedido por el de mama.(15)

El cáncer cervicouterino constituye una de las entidades con más impacto y repercusión sobre la salud femenina, particularmente importante en las mujeres jóvenes, es considerada una enfermedad emergente desde hace escasos años, lo que pudiera explicar que muchos profesionales todavía no disponen de una información suficiente y obliga a un proceso de formación continuada, a fin de estar a la altura que las circunstancias epidemiológicas requieren. Las consecuencias sociales, humanas y económicas del cáncer cervicouterino lo convierten en un problema importante para la salud pública y la humanidad.(11)

2.3. Cáncer de cuello uterino

Las infecciones por Virus del Papiloma Humano (VPH) representan una de las infecciones de transmisión sexual más comunes en la mayor parte de los países. En los últimos sesenta años se ha estudiado intensamente el tema y uno de los mayores intereses de las investigaciones en VPH reside en la asociación etiológica, de algunas de estas infecciones con el carcinoma de cuello uterino y con otros tumores del tracto genital y perianal masculino y femenino

El VPH es capaz de inducir una transformación maligna en la célula huésped mediante un proceso, que permite su conversión de una célula huésped diferenciada a célula cancerosa. En esta transformación, la célula experimenta cambios en su morfología, comportamiento y bioquímica, pierde el control del crecimiento celular y la inhibición del contacto, lo que induce a la invasión del tejido normal.(6)

Un estudio reciente estima que, a nivel mundial, la prevalencia del HPV en los carcinomas cervicales es de un 97,7% (20). Aun así, los resultados del estudio longitudinal más prolongado sobre nuevos casos de infecciones por HPV indicaron que en el 90% de las mujeres jóvenes, la infección desaparecía dentro de un período de 36

meses luego de haberla contraído (Moscicki AB y col, 2001). Los estudios también sugieren que la persistencia de la infección por HPV de alto riesgo está relacionada con el desarrollo y progresión de las lesiones intraepiteliales (CIN) y desarrollo de cáncer cervical (3)

El cáncer cervico uterino incluye las neoplasias malignas que se desarrollan en la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina. Su aparición está determinada por la existencia de algunas lesiones cervicales consideradas con poder carcinogénico y por tanto pre invasoras.(11)

A nivel mundial, se producen alrededor de 470 606 casos nuevos y 233 372 defunciones por esta causa y que más del 80 % de esta carga se presentaría en los países menos desarrollados. Se estima que actualmente existen unos 14 millones de personas enfermas por esta causa y sus consecuencias económicas lo convierten en un problema de salud importante para la humanidad.(15)

3. Anatomía del cuello uterino

La comprensión profunda de la anatomía y la fisiología del cuello uterino es totalmente esencial para la práctica colposcopia eficaz. Este capítulo trata la anatomía macroscópica y microscópica del cuello uterino y la fisiología de la zona de transformación. El cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2,5 cm de diámetro. Lo sostienen el ligamento redondo y los ligamentos útero sacros, que van de las partes laterales y posterior del cuello uterino a las paredes de la pelvis ósea; la mitad inferior del cuello uterino, llamada hocico de tenca o porción vaginal, penetra en la vagina por su pared anterior, mientras la mitad superior queda por encima de la vagina . El conducto cervical desemboca en la vagina por el llamado orificio cervical externo. El tamaño y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer. El de las mujeres que han tenido algún hijo es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular en el centro del cuello uterino. La porción supravaginal se une al cuerpo muscular del útero en el orificio cervical interno. La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama exocérvix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino interior al orificio externo se denomina

endocérnix, para cuya visualización es preciso estirar o dilatar el orificio externo.(5) El conducto cervical, que atraviesa el endocérnix, conecta la cavidad uterina con la vagina y se extiende del orificio interno al externo, por el que desemboca en la vagina. Su longitud y anchura varían según la edad y el momento del ciclo hormonal de la mujer. Es más ancho en las mujeres en edad fecunda: alcanza de 6 a 8 mm de anchura. El espacio de la cavidad vaginal que rodea el cuello uterino se denomina fondo de saco vaginal, y se subdivide anatómicamente en fondos de saco laterales, fondo de saco anterior y fondo de saco posterior. El estroma del cuello uterino consiste en un tejido denso, fibromuscular, atravesado por la compleja trama de un plexo vascular, linfático y nervioso. La vascularización arterial del cuello uterino procede de las arterias ilíacas internas, a través de las divisiones cervical y vaginal de las arterias uterinas. Las ramas cervicales de las arterias uterinas descienden por las paredes laterales del cuello uterino en posición de las 3 y las 9 del reloj. Las venas del cuello uterino discurren paralelamente a las arterias y desembocan en la vena hipogástrica. Los vasos linfáticos del cuello uterino desembocan en los ganglios ilíacos comunes, externo e interno, obturador y parametriales. La inervación del cuello uterino procede del plexo hipogástrico. El endocérnix tiene muchas terminaciones nerviosas, que son escasas en el exocérnix. En consecuencia, la mayoría de las mujeres toleran bien procedimientos como la biopsia, la electrocoagulación y la crioterapia sin anestesia local. Como en el endocérnix también abundan las fibras simpáticas y parasimpáticas, el legrado endocervical puede a veces producir una reacción vasovagal. El cuello uterino está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante y por epitelio cilíndrico. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamoso-cilíndrica. Epitelio escamoso estratificado no queratinizante Normalmente el exocérnix está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizante que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares (de 15 a 20,) y es de color rosado pálido. Este epitelio puede corresponder al de origen, formado durante la vida embrionaria, o ser una neoformación metaplásica de los primeros años adultos.(5) En las mujeres premenopáusicas el epitelio escamoso original es rosado, mientras que el de nueva formación presenta un aspecto rosado blanquecino a la exploración. La arquitectura histológica del epitelio escamoso del cuello uterino presenta, en el fondo, una única capa de células basales redondas, con núcleos grandes de coloración oscura y poco citoplasma, pegadas a la membrana basal, que separa el epitelio del estroma subyacente. La unión epitelioestromal suele ser rectilínea. A veces es ligeramente

ondulada, con cortas proyecciones de estroma a intervalos regulares denominadas papilas. Las partes del epitelio introducidas entre las papilas se denominan invaginaciones. Las células basales se dividen y maduran para formar las siguientes capas celulares, llamadas para basales, que también tienen núcleos relativamente grandes y oscuros, y citoplasma basófilo de color azul verdoso. Estas células siguen diferenciándose y madurando hasta constituir capas intermedias de células poligonales con citoplasma abundante y núcleos redondos pequeños que forman un entramado como una cesta. Al proseguir la maduración, se forman las células grandes y sensiblemente planas, de núcleo pequeño, denso y picnótico y citoplasma transparente, de las capas superficiales. En términos generales, de la capa basal a la superficial, estas células aumentan de tamaño mientras se reduce el de su núcleo. Las células de las capas intermedia y superficial contienen glucógeno abundante en su citoplasma, que se tiñe intensamente de color pardo-caoba o negro tras aplicar la solución yodo yodurada de Lugol con ácido peryódico de Schiff en los cortes histológicos. La presencia de glucógeno en las capas intermedia y superficial es signo de maduración normal y de desarrollo del epitelio escamoso. La maduración anormal o alterada se caracteriza por la ausencia de glucogénesis. La maduración del epitelio escamoso del cuello uterino depende de la presencia de estrógeno, la hormona femenina. En ausencia de estrógeno no se producen maduración ni glucogénesis totales. En consecuencia, después de la menopausia, las células no maduran más allá de la capa para basal y no se acumulan en capas múltiples de células planas. El epitelio se vuelve delgado y atrófico. A la inspección visual aparece pálido, con manchas Petequiales sub epiteliales, por ser muy propenso a los traumatismos.(5)

Epitelio cilíndrico El conducto cervical está recubierto de epitelio cilíndrico (a veces denominado epitelio mucíparo o glandular). Está compuesto de una única capa de células altas, con núcleos oscuros, cerca de la membrana basal. Por tratarse de una única capa celular, su altura es mucho menor que la del epitelio escamoso estratificado del cuello uterino.

Unión escamoso-cilíndrica (UEC) La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio pavimentoso y del cilíndrico. La ubicación de la unión escamoso cilíndrica con relación al orificio cervical externo varía en la vida de una mujer y depende de factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo.

Ectropión o ectopia El ectropión o ectopia se define como la eversión del epitelio cilíndrico endocervical hacia el exocérnix. Se presenta como una zona rojiza grande en el exocérnix que rodea el orificio externo. La eversión del epitelio cilíndrico es más pronunciada en los bordes anterior y posterior del exocérnix y menos en los laterales. Es un proceso normal, fisiológico, en la vida de una mujer. En esta zona se produce la transformación fisiológica a metaplásica escamosa, así como la transformación anormal en el cáncer cervico uterino.(5)

4. Papanicolaou

Como el cuello uterino es un sitio de fácil abordaje, se facilita la aplicación de pruebas de tamizaje para lograr la detección tanto de las lesiones malignas como de las pre malignas que se asocian en grado variable con la progresión a cáncer.(21)La prueba más utilizada es la de *Papanicolaou*

Esta técnica es muy utilizada en los programas actuales de pesquisa gracias a que *George N. Papanicolaou* en 1925 comenzó un estudio sistemático de frotis vaginales en mujeres voluntarias trabajadoras en el Hospital de Mujeres de Nueva York, de forma involuntaria realiza el estudio en una portadora de cáncer de cuello uterino. El describiría entonces; "La primera observación de células cancerosas en el frotis de cérvix fue una de las más estremecedoras experiencias de mi carrera científica".(23)

En 1945 la Sociedad Americana de Cáncer apoyó el uso de la citología vaginal como un examen preventivo efectivo para el cáncer cervical,(27) es una prueba sencilla, de fácil y rápida realización porque toma solo minutos, es bien aceptado por la población y tiene una adecuada relación costo/beneficio. En los últimos 40 años, con el uso de esta prueba, la incidencia del cáncer de cérvix invasor descendió en los países desarrollados, mientras que en los países subdesarrollados, donde no se aplica el programa, sigue siendo el cáncer genital más frecuente.(11)

Desde su introducción, la prueba de Papanicolaou ha ayudado a reducir la incidencia de cáncer de cuello uterino y las tasas de mortalidad en aproximadamente la mitad a dos tercios. (4) La prueba de Papanicolaou es una herramienta de evaluación importante, que busca cambios en las células de la zona de transformación del cuello del útero. A menudo estos cambios son causados por el VPH.

4.1 Clasificación de los resultados

La prueba de Papanicolaou informes clasificación ha evolucionado y se ha perfeccionado con el tiempo. El sistema de información actual es el Sistema Bethesda que clasifica las anormalidades de células escamosas en cuatro categorías: (i) ASC (células escamosas atípicas), (ii) LSIL (de bajo grado lesión intraepitelial escamosa), (iii) HSIL (de alto grado lesiones escamosas intraepiteliales), y (iv) carcinoma de células escamosas. La categoría ASC se denominó "células atípicas de significado indeterminado (ASCUS)"

La citología exfoliativa y el estudio histopatológico son técnicas que han proporcionado terminologías y criterios de diagnóstico en la lectura del frotis cérvico-uterino. Basado en estas técnicas, uno de los métodos que mayormente ha abierto el campo para estandarizar el tratamiento de las enfermedades cérvico-uterinas, es el sistema de Bethesda [3,4]. Este sistema clasifica las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) en bajo y alto grado de malignidad y a menudo están en relación con el genotipo viral que infecta la lesión.(6)

5. Virus del papiloma humano

5.1. Estructura y biología molecular de los papiloma virus humanos

Los papiloma virus constituyen un grupo de virus pequeños de ADN de aproximadamente 55 nm., que inducen tumores epiteliales escamosos (verrugas y papilomas)

El primero que se describió fue el papiloma virus del conejo común. Posteriormente, se aislaron y caracterizaron papiloma virus en otras especies de vertebrados, incluido el hombre (Baker et al, 1991). Han sido identificados y aislados 120 tipos diferentes de papiloma virus humanos (VPH), cada uno de los cuales generalmente guarda relación con entidades patológicas específicas (Burk et al, 1999; Zur Hausen; et al, 2000) .(25)

Los genomas de papiloma virus son moléculas de ADN de doble cadena, circular, cerradas, que contienen aproximadamente 8000 pares de bases (pb). Al analizar la secuencia de nucleótidos de varios papiloma virus humanos y animales se han encontrado varios segmentos de ADN con las características moleculares conocidas de probables genes estructurales. Estos segmentos de ADN se conocen como marcos de lectura abierta (ORF) nombre que se refiere a la posibilidad de "leer" segmentos

relativamente largos del código genético (400 pb o más) antes de llegar a una señal de terminación. Todos los ORF de los papilomas están ubicados en una de las dos cadenas del ADN; en consecuencia, el ARN mensajero detectable de las células transformadas o productivamente infectadas se copia de una sola de las cadenas de ADN del virus (Diluis et al, 1994).(25)

Prevalencia del VPH en mujeres con y sin patología cervical La participación del VPH es determinante en el desarrollo del cáncer cervical y en la actualidad sabemos que en más de 99% de los tumores del cérvix se detecta la presencia de secuencias virales de algún tipo de VPH (Walboomers et al, 1999). Estudios realizados, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo han mostrado también que el VPH está relacionado con las lesiones precursoras con la misma magnitud que con los estadios avanzados del cáncer de cuello (Moreno et al, 1995; Liaw K et al, 1995; Kjaer et al, 1996). En los estudios más recientes sobre prevalencia global del VPH en cáncer cervical, estudios en los que sé que han empleado técnicas de PCR para la detección del papiloma virus humano. Las prevalencias se presentan en orden descendente y varían en rangos que van desde prevalencias de 61% en un estudio realizado en Tailandia hasta 100% en el de Argentina (Siritantikorn et al, 1997, Tanon et al, 1999). La prevalencia varía también dependiendo de la severidad de la lesión.(25) Por ejemplo, en los estudios realizados en mujeres con citología anormal (CIN II, III o in situ) las prevalencias son menores que las reportadas para las lesiones invasoras, y van desde las consideradas altas (Svare et al, 1998) hasta las bajas como la reportada por Gjooen et al, 1996, por debajo de 50%. Se presentan las prevalencias reportadas en las mujeres sanas. Se observa que las prevalencias van desde la reportada por Cuzick et al, 1999 (a) de 3.3%, hasta 43.4% en el estudio de Zehbe et al, 1996, en mujeres suecas. También se presenta la prevalencia del virus del papiloma humano en los estudios de casos y controles realizados recientemente (1995-2002) y que incluyen mujeres de distintas partes del mundo. En el grupo de enfermas de cáncer de cuello uterino la prevalencia del VPH es alrededor de 90%, a excepción de lo reportado por Lertworapreecha et al,1998 y Kubota et al, 1999, con prevalencias por debajo de esta cifra. En el grupo de mujeres no afectadas por dicha patología, la prevalencia es menor al veinte por ciento.(25)

6. Factores Epidemiológicos

Las tasas de mortalidad e incidencia de esta neoplasia han disminuido en los últimos decenios, aunque en años recientes han aumentado en mujeres menores de 50 años. Mientras la incidencia de cáncer invasor ha disminuido, las pacientes con carcinoma *in situ* han ido en aumento y son ahora más frecuentes que las que tienen una neoplasia infiltrante. La mayor parte de este descenso ha sido asociado a la generalización de la citología cérvico vaginal.

Una investigación demostró como factores predisponentes de esta enfermedad a la edad de 45 a 55 años, factores genéticos como el déficit de alfa 1 anti tripsina, relaciones sexuales en la adolescencia, promiscuidad sexual, enfermedades de transmisión sexual (ETS), bajo nivel socioeconómico, hábito de fumar, pacientes inmunosuprimidas, con SIDA y el carcinoma de pene en el compañero sexual. Plantean que el herpes virus simple y el papiloma virus son factores iniciadores de la acción carcinogénica, además los condilomas, trichomonas, clamidias, sífilis y la acción del ADN de los espermatozoides.

Hoy día se considera el tabaquismo un factor de riesgo de carcinoma de cuello uterino, ya que existe un incremento del riesgo tanto de enfermedades pre invasoras como invasoras entre las fumadoras actuales; las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtros. Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo, causando modificaciones del ADN aductos en el epitelio cervical, que se incrementa en las fumadoras, encontrando un riesgo relativo de morir por cáncer cervical dos veces superior en las fumadoras comparadas con las que no fumaban. (19)

6.1. Conducta sexual

La infección por VPH de las células del epitelio cervico uterino es considerada, en términos biológicos, como una enfermedad de transmisión sexual a través del contacto con el epitelio ano genital infestado, poco después de iniciada la relación sexual (Protocolo IARC, 1997). El número de parejas sexuales, no es más que el reflejo de la probabilidad de exposición al VPH y demás agentes infecciosos,(9) así la vida sexual

incrementa la frecuencia del padecimiento de forma importante, sobre todo en aquellas mujeres que la inician antes de los 16 años de edad.

En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérvix. En este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanco es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer. Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa, pero declinan después de la menopausia.(14)

6.2. Agentes de transmisión sexual

Las enfermedades ginecológicas pueden afectar el crecimiento de la flora bacteriana vaginal. Existe una fuerte asociación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (se incrementa en 3 veces).

Por otra parte, la *Gardnerella vaginalis* es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar fuertemente asociada con el cáncer de cuello uterino. El complejo N-cadherina/catenina es un componente estructural importante en la adhesión de las células epiteliales. Bajo determinadas condiciones, la -catenina puede ser liberada de este complejo, luego de lo cual se une a determinados factores de transcripción en el núcleo de las células. Este mecanismo estimula la expresión de genes que regulan la apoptosis y el ciclo celular. En estudios *in vitro* se ha demostrado que la clamidia rompe el complejo provocando el secuestro de la N-cadherina con la inclusión de la clamidia. Este puede ser el mecanismo por el cual esta última altera la función de las células epiteliales y contribuye a la transformación maligna de la célula.

6.3. Paridad y edad del primer embarazo

Mujeres portadoras del ADN del VPH, con 7 o más embarazos a término, tienen un riesgo de padecer la enfermedad de 4 veces más que mujeres nulíparas o con menor número de hijos. Como se mencionó anteriormente la puerta de entrada del VPH es el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los partos. Sin embargo, sólo en aquellas mujeres con menos de 16 años, donde el epitelio está en fase de transición este

es más susceptible a las lesiones. En los embarazos a término y partos naturales la probabilidad de traumas en la zona de transición en el cuello uterino no es frecuente, por lo que la influencia de este factor es cuestionable.

Los estudios relacionados con la etiología de cáncer de cuello uterino han experimentado importantes progresos. Se ha demostrado que la presencia del ADN del VPH y sus precursores es la causa fundamental para el desarrollo, mantenimiento y progresión de las neoplasias malignas del cuello uterino y del cáncer de cérvix, además, que la transmisión sexual es la principal vía de adquisición de este virus.

El cáncer de cuello uterino continúa siendo la segunda causa de muerte por tumores malignos en la mujer, por lo que el seguimiento de la población femenina mediante el programa de prevención precoz con la realización de las citologías vaginales y el testaje del VPH para la clasificación en grupos de riesgos de las mujeres infestadas, debe ser considerado y evaluado como una alternativa de detección primaria.(14)

6.4. Antecedentes Familiares de cáncer.

En frecuencia los pacientes con antecedentes personales y familiares de cáncer tengan ansiedad y requieran información sobre sus riesgos de presentar un cáncer hereditario. Frente a la creciente demanda de información, resulta cada vez más desafiante informar a los pacientes sobre la posibilidad de un síndrome de cáncer hereditario.

Es evidente que existe aumento de riesgo considerable cuando hay antecedentes de cáncer, especialmente si la neoplasia se manifestó en edad pre menopáusica, en familiares de primer grado de consanguinidad, con incremento de riesgo de 1.5 a 3 veces con respecto al esperado en la población general. Si son varios los familiares consanguíneos afectados el riesgo puede elevarse cinco a nueve veces más. Sin embargo, es importante saber diferenciar los términos de cáncer familiar y de cáncer hereditario. En el cáncer mamario familiar uno o varios casos de neoplasias existen en una misma familia, pero no tienen como denominador común la transmisión autosómica dominante.

El cáncer hereditario es el que se produce por transmisión autosómica dominante (padre-hijos-nietos), a partir de la aparición de un tumor maligno en una persona. Se manifiesta

en múltiples generaciones y afecta a varios miembros de una misma familia. Desde 1984 se identificó este tipo de transmisión en algunos cánceres de mama y se demostró que 4% de los cánceres de mama tenían transmisión hereditaria. Actualmente, gracias a los progresos significativos en la genética, se demostró que del 4 al 10% de los cánceres de mama tienen alteraciones genéticas. Se ha logrado identificar al gen BRCA1, localizado en el brazo largo del cromosoma 17, cuya mutación está relacionada con: incremento sustancial en el riesgo de cáncer de mama y ovario, a edad más temprana en su aparición, y al gen BRCA2, el cual se localiza en el brazo largo del cromosoma 13 (que también incrementa el riesgo de cáncer de mama). Estas mutaciones genéticas se han observado con mayor frecuencia en la población judía de origen Ashkenasi (10)

6.5. Nunca haberse practicado el estudio citológico.

No haberse practicado el estudio citológico es otro de los factores de riesgo, dado a que su realización sistemática mediante la técnica propuesta por *Papanicolaou* (prueba citológica), es esencial para el diagnóstico precoz del cáncer cervico uterino, más de la mitad de los casos se detectan en mujeres que no participan en revisiones regulares.(11)

6.6. Anticonceptivos hormonales y el cáncer

El papel que juegan las hormonas exógenas ha sido sugerido en diferentes estudios, y se ha concluido que el uso prolongado de anticonceptivos orales(AOs) sería un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Los estudios realizados en España, Colombia y Brasil, han encontrado sólo diferencias significativas entre las mujeres casos y las controles infectadas por el VPH para el uso y la duración de uso de anticonceptivos orales (AOs)(25). El descubrimiento de este efecto en las mujeres positivas para el VPH y no en las negativas parece indicar que el efecto más probable de los (AOs) es promover la transición de la infección crónica por el VPH a la neoplasia cervical. Aunque el cáncer de cérvix no se considera, por lo general, como un tumor hormono dependiente, se ha demostrado la presencia de altos niveles de receptores hormonales (en los núcleos de fibroblastos del estroma subyacente al epitelio displásico) para estrógenos y progesterona, tanto en tejido normal como en neoplásico. Lo que sugiere que estas hormonas podrían actuar indirectamente en células epiteliales infectadas por el VPH. Las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) pueden jugar un rol distinto

en la persistencia de infección por VPH . Brabin et al, 2002 demostró que los AOs pueden aumentar la inmunidad local en adolescentes (entre quienes es frecuente la disfunción menstrual y la media de concentración de estrógenos es menor a la de las mujeres mayores), por lo que la regulación de ciclo menstrual con el uso de AOs puede mejorar la inmunidad local (las concentraciones de IgA son altas en mujeres que usan AOs) permitiendo esto una mejor respuesta contra el VPH, disminuyendo el riesgo de CC más adelante. Sin embargo, se ha demostrado una activación de la transcripción en la región de control del VPH en respuesta a estrógenos exógenos. Los AOs parecen aumentar la actividad transformadora de los oncogenes del VPH e interferir en la resolución eficiente de las lesiones causadas por el virus en el cérvix de las mujeres jóvenes.

Recientemente, la IARC presentó los resultados de un estudio multicéntrico que incluyó 1768 casos y 262 controles positivos a VPH, concluyendo que el uso de AOs es un cofactor que incrementa cuatro veces el riesgo de cáncer cervical (RM= 4.48 IC 95% 2.24-9.36) con el uso de AOs por más de 10 años. Sin embargo, dichos resultados no son enteramente consistentes, ya que estudios realizados en mujeres con lesiones pre neoplásicas (NIC), como los realizados en Dinamarca y en Estados Unidos y otros realizados en diferentes poblaciones, no encontraron esta asociación. Incluso Celantano et al, 1987 y Becker et al, 1994 reportan un efecto protector de los AOs. La dificultad para estimar el efecto del uso de AOs proviene del hecho de que esta variable está altamente asociada con otros factores de riesgo como actividad sexual e historia de detecciones de PAP. La revisión de la evidencia de que existe asociación entre AOs y cáncer cervical realizada por la IARC concluyó que sesgos relacionados con conducta sexual, detección y otros factores como combinaciones de hormonales y dosis empleadas, así como prevalencia de uso de AOs diferentes, podrían ser posibles alternativas para explicar estos resultados no consistentes (25)

6.7. Distribución geográfica y factores ambientales:

Está bien demostrada la diferencia de riesgo de cáncer entre las poblaciones rurales (menor) y las urbanas (mayor), y entre las poblaciones que habitan en zonas altamente industrializadas. Los factores ambientales abarcan: actividad física, uso de tintes para el cabello, ingestión de café y alcohol, consumo de tabaco, estrés, depresión, administración de medicamentos como reserpina, diazepam o espironolactona,

radiaciones electromagnéticas o ionizantes, y contaminantes ambientales como pesticidas organoclorados que tienen capacidad de interactuar con los Fito estrógenos y otros xenoestrógenos. Los hábitos de las mujeres que habitan las grandes urbes incrementan la obesidad postmenopáusica y el índice de masa corporal, lo cual se relaciona con concentraciones más altas de estrógenos y sulfato de estrona. Todos estos factores, además de baja paridad, paridad tardía, no lactancias, uso de terapia hormonal de reemplazo por periodos prolongados y consumo mayor de grasas explican la frecuencia mayor de cáncer (10)



3. Antecedentes investigativos:

- **Nombre del Artículo:** PREVALENCIA DE DISPLASIA Y CÁNCER CERVICOUTERINO Y FACTORES ASOCIADOS EN EL HOSPITAL CENTRAL DE CHIHUAHUA, MÉXICO.

Tipo: Tesis de pregrado Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Socem-UACH.CIMEL, 2006, vol. 11, no 1, p. 12-15.

Autores: Ivonne Salas-Urrutia, Eyra Alejandra Villalobos, Brenda Lizeth Ramírez-Vega

Resumen: Los objetivos del presente estudio fueron determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados a cáncer cervico uterino en las mujeres que acuden al Hospital Central de Chihuahua en el 2004 ya que no se cuenta registros de esta entidad en la ciudad de Chihuahua. Se realizó un estudio observacional, transversal, donde se incluyó a mujeres que demandaron realizarse la citología cervical en el Hospital Central del Estado de Chihuahua, en el año 2004. Se recabó información demográfica, antecedentes clínicos y factores de riesgo. Las muestras fueron procesadas por un cito tecnólogo y corroboradas por un patólogo, ambos ajenos al objetivo del estudio. Se definió como caso positivo a diagnósticos de NIC I, II, III, cáncer in situ y maligno no especificado. Resultados: Se incluyó en el estudio a 2 602 mujeres entre edades 13 a 80 años, el 28,8% de ellas acudía por primera vez al examen. La prevalencia de positividad fue 142 (5,46%); la NIC I fue la de mayor prevalencia (128 (90,1%). Conclusiones: El cáncer cervico uterino en Chihuahua es un problema de salud pública con una alta prevalencia, a pesar del bajo índice de primera vez. Los factores asociados fueron múltiples parejas sexuales, papiloma virus humano, así como erosión, cervicitis y leucorrea. Se debe fomentar el programa de detección oportuna de cáncer cervico uterino.(17)

- **Nombre del Artículo:** Estudio De Algunos Factores Epidemiológicos En Pacientes Con Citologías Anormales

Tipo: Tesis de posgrado Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Publicada: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 1999, vol. 25, no 3, p. 181-189.

Autores: Dra. Flavia Milián Vega, Dr. José Fernández Alfonso, Dr. Roberto Rodríguez López y Dra. Teresa Rodríguez Fernández

Resumen Se realizó un estudio comparativo, retrospectivo y descriptivo con elementos analíticos incorporados en el Policlínico "Puentes Grandes", con el objetivo de relacionar algunos factores epidemiológicos vinculados a la esfera gineco obstétrica de las mujeres comprendidas entre 15 y 55 años de edad, con el resultado de su prueba citológica y comparar las proporciones que de estos factores exhibían mujeres con resultados citológicos anormales y normales. El 3,34 % de las mujeres en edad fértil residentes en el área estudiada presentaron algún grado de anormalidad en la citología cervico-vaginal, mientras que sólo 2 de ellas presentaron lesiones sugestivas de carcinoma in situ (0,09 %). El grupo de citologías anormales presentó proporciones significativamente mayores en mujeres con antecedentes de aborto provocado, utilización de anticonceptivos, múltiples compañeros sexuales, hábito de fumar, y enfermedades de transmisión sexual, especialmente el papiloma virus humano. El resultado de las citologías anormales estuvo mayoritariamente representado en aquellas que pudieran corresponder a lesiones de bajo grado.(16)

➤ **Nombre del Artículo:** FRECUENCIA DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS A NIVEL DE CUELLO UTERINO

Tipo: Tesis de posgrado para título de Especialista en Anatomía Patológica

Publicada: División de Estudios para Graduados. Maracaibo, Estado Zulia. Venezuela 2010. 30p

Autores: Bolaños Arias, Oscar Alberto.

Resumen: El Cáncer de Cuello Uterino es una de las causas de mortalidad en países en vías de desarrollo como Venezuela. Objetivo: determinar la frecuencia de las lesiones pre malignas y malignas a nivel de Cuello Uterino. Método: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con una muestra de 413 registros, correspondientes a informes de biopsias con diagnóstico de lesiones pre-malignas y malignas en cuello uterino procesadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe" en la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia entre los años 2000 a 2009. Resultados: Las edades oscilaban entre 14 y 72 años, la edad media fue de 39.96 (D.E. 10.77) años, el grupo etario más afectado fue el de 40-49 años con 159 casos (38.51%). Las lesiones pre-malignas presentaron la mayor frecuencia con 397 casos (96.13%) y de estas la más frecuente fue la NIC I, con 316

casos (76.51%). De las lesiones malignas la más frecuente correspondió al carcinoma epidermoide con 15 casos (3.63%) y de estos el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes con 4 casos (0.96%). De toda la población estudiada en 389 casos (94.19%) se observó presencia de infección por el VPH, con una alta incidencia en las lesiones pre malignas con 381 casos (92.25%). Conclusión: Los resultados obtenidos en el presente estudio guardan coincidencias con los reportados en otros estudios y lo descrito en la literatura médica, sin embargo, es importante la realización de otros estudios de mayores proporciones para determinar la frecuencia de estas lesiones en nuestro medio.(2)

➤ **Nombre del Artículo:** Factores de riesgo de cáncer cervico uterino invasor en mujeres mexicanas

Tipo: Tesis de posgrado para obtener el grado de Doctor en Ciencias Biológicas de la UAM-Xochimilco

Publicada: Revista de salud pública de México / vol.47, no.5, septiembre-octubre de 2005

Autores: Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A, Franco-Marina F, Borges G.

Resumen

Objetivos. Evaluar la asociación entre cáncer cervico uterino (CaCu) invasor y el virus del papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) (carga viral/tipo 16), así como con factores ginecológicos y socioeconómicos.

Material y métodos.

Estudio de casos y controles pareado individualmente (215 casos con CaCu invasor y 420 controles). La población de estudio se reclutó entre los años 2000 y 2001. Se evaluaron variables tradicionalmente asociadas con CaCu (ginecológicas y socioeconómicas) y dos variables asociadas con la presencia de VPH (carga viral y el tipo 16). La presencia de VPH-AR se determinó mediante Captura de Híbridos II. La carga viral se midió a través de unidades relativas de luz y picogramos por ml (1 RLU=1 pg/ml), divididas en cuatro categorías: negativa (<1 pg/ml), baja carga viral (1-49 pg/ml), carga viral intermedia (50-499 pg/ml) y alta carga viral (>499 pg/ml). El análisis estimó razones de momios (RM) ajustadas a través de modelos de regresión logística condicionada.

Resultados. La presencia de VPH-AR incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar CaCu invasor; cuando el VPH es tipo 16, el incremento es mayor (RM=429.7) comparado con otros tipos (RM=64.1). Se observó una tendencia importante en la RM al elevarse la carga viral (RM=46.6 carga baja; RM=250.7 intermedia y RM=612.9 alta). Finalmente, los factores demográficos y obstétricos conocidos, incrementaron la probabilidad de CaCu invasor. No se observó asociación entre CaCu invasor y tabaquismo en la población de estudio. Conclusiones. Este estudio contribuye a la identificación de las mujeres con alto riesgo de desarrollar CaCu invasor, entre las pacientes infectadas con VPH-AR. Por otra parte, confirma la importancia de la infección de VPH-AR y refleja la carga viral del VPH-AR como cofactor y posible promotor en el desarrollo de la enfermedad. Por último, este biomarcador puede contribuir a mejorar la prevención y la detección temprana de esta enfermedad.(18)

➤ **Nombre del Artículo:** Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino

Tipo: Tesis de posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas. Filial Bayamo. Granma, Cuba.

Publicada: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 2008, vol. 34, no 2, p. 0-0.

Autores: Ángela Vázquez Márquez; Julio César González Aguilera; Francisca de la Cruz Chávez; Ángel Miguel Almirall Chávez; Rubilselda Valdés Martínez

Resumen: Objetivos: exponer los resultados de un estudio analítico de casos y controles de las 330 pacientes de los seis municipios de la región del Cauto que presentaron cáncer de cérvix uterino y que fueron atendidas en las consultas de Patología de Cuello y Oncología del Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, provincia Granma, en el cuatrienio 2003-2006.

Métodos: se realizó un estudio observacional de casos y controles, univariado y de regresión logística binaria.

Resultados: las gestaciones previas, sexarquia precoz, cervicitis, papiloma viral humano, tabaquismo, neoplasia intraepitelial cervical, sepsis vaginal, leucoplasia y el desgarramiento cervical resultaron ser variables que influyeron de forma independiente y significativa en la aparición del cáncer de cérvix.

Conclusiones: la edad, la ectopia y el ectropion hipotéticamente influyentes, no mostraron asociación con la aparición del cáncer de cérvix. La tasa de incidencia en este estudio fue de 19,2 x 10,000 habitantes.(19)

- **Nombre del Artículo:** Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Análisis del periodo 1996-2008

Tipo: Artículo de revista

Publicada: Revista Peruana de Epidemiología, ISSN-e 1609-7211, Vol. 14

Autores: César Gutiérrez, Franco Romaní, José Ramos, Edith Alarcón, Paolo Wong.

Resumen: **Objetivos:** **Materiales y métodos:** **Resultados:** **Conclusiones:** Determinar la frecuencia, características sociodemográficas y factores de relación interpersonal asociados a la realización del examen de Papanicolaou (PAP) en mujeres peruanas en edad fértil (MEF). Se utilizó la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. Se consideró como variables dependientes las preguntas: ¿Ha oído o escuchado de la prueba de Papanicolaou? y ¿Le hicieron una prueba de Papanicolaou en los últimos cinco años?. Las características sociodemográficas y de relación interpersonal fueron consideradas como variables independientes. Dichas variables ingresaron al análisis bivariado y de regresión logística, para determinar los factores que se encuentran asociados.

El porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuente durante los cuatro años analizados. Las frecuencias de realización de PAP obtenidas son representativas de la realidad nacional. Comparadas con lo reportado por otros países de América del sur, nuestra cobertura es baja. Existen factores asociados al cumplimiento del PAP que pueden ser modificados con el objetivo de mejorar la cobertura del PAP, método de tamizaje de elección para el cáncer de cuello uterino(22)

➤ **Nombre del Artículo:** Prevalencia de lesiones pre malignas de cuello uterino en el Hospital Regional Honorio Delgado del 1° de mayo de 1994 al 30 de abril de 1995.

Tipo: Tesis Doctoral. Universidad Nacional de San Agustín, Facultad de Medicina.

Publicada: Biblioteca de Biomédicas Universidad Nacional de San Agustín - UNSA

Autores: Portugal Meza, Katya Nancy.

Resumen: El cáncer de cuello uterino es en el Perú la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, esta patología va precedida de una serie de lesiones pre malignas (lesiones intraepiteliales escamosas) que son no invasivas y que evolucionan lenta y gradualmente. El diagnóstico correcto de las lesiones pre malignas y de patología del tracto genital inferior, se basa en el trípode "Citología-Colposcopia-Biopsia Dirigida", esta metodología se viene empleando en el Hospital Regional Honorio Delgado desde los primeros meses de 1994. Con el objetivo de saber la prevalencia real de las lesiones pre malignas en nuestro medio así como los factores epidemiológicos más importantes y la metodología diagnóstica más acertada. Se evalúa a 263 pacientes entre el 1ero. De mayo de 1994 al 30 de abril de 1995 mediante Papanicolaou y Colposcopia y a 49 de ellas con biopsia dirigida. Los resultados fueron una prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas de 14.07 por ciento. La edad de mayor frecuencia de presentación es entre los 25 y 29 años y se encontró como factor de riesgo; el inicio de precoz de relaciones sexuales, promiscuidad y el nivel socio-económico bajo. No se encontró como factor de riesgo en nuestra muestra al tabaquismo, a la multiparidad, el antecedente de enfermedad de transmisión sexual ni el uso de anticonceptivos orales. El porcentaje de falsos negativos hallados con citología, fue de 51.35 por ciento; y se encontró una sensibilidad para la citología de 63.64 por ciento y para la colposcopia, de 97.67 por ciento con relación a la Histología (7)

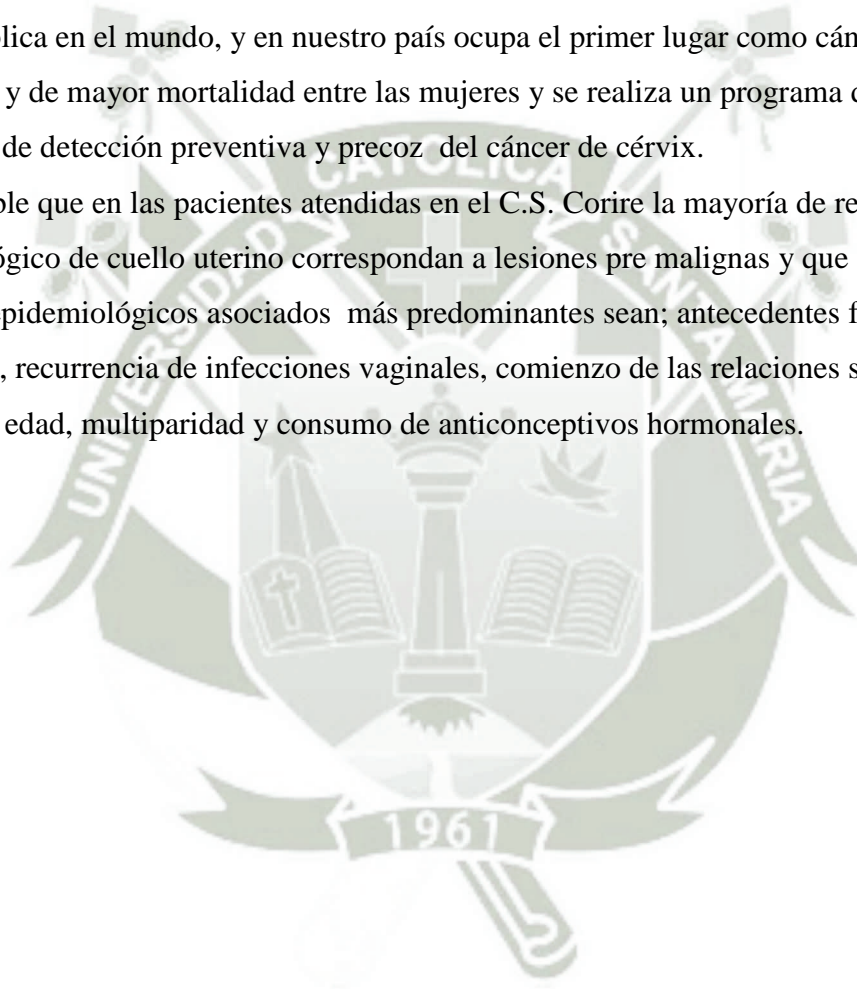
4. Objetivos:

- Determinar el resultado citopatológico anormal de cuello uterino en paciente del C.S. Corire.
- Identificar los factores epidemiológicos que se asocian al resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes que acuden al C.S. Corire.

5. Hipótesis:

Dado que el cáncer de cuello uterino (CaCu) es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, y en nuestro país ocupa el primer lugar como cáncer más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres y se realiza un programa de pesquisa nacional, de detección preventiva y precoz del cáncer de cérvix.

Es probable que en las pacientes atendidas en el C.S. Corire la mayoría de resultados citopatológico de cuello uterino correspondan a lesiones pre malignas y que sus factores epidemiológicos asociados más predominantes sean; antecedentes familiares de cáncer, recurrencia de infecciones vaginales, comienzo de las relaciones sexuales a temprana edad, multiparidad y consumo de anticonceptivos hormonales.



II. Planteamiento Operacional:

1. Técnicas instrumentos y materiales de verificación

1.1. **Técnicas:** Para la recolección de datos se utilizara la técnica de la entrevista y observación documental

1.2. **Instrumento:** Se utilizara la ficha de observación estructurada en base a registros del radar de CACU y una cédula de entrevista

Variable	Indicadores	Sub indicadores	Técnica	Instrumento	Estructura del instrumento
Factores epidemiológicos	Factores sociales Factores ambientales Factores ginecológicos	-Edad -Grado de instrucción -Número de parejas sexuales -Antecedentes Familiares de cáncer. -Influencia del hábito de fumar y consumir alcohol. -n -Nunca haberse practicado el estudio citológico. -Haber tenido antecedente de resultado citopatológico. -Infecciones vaginales	- Entrevista	- Cédula de entrevista	-1 Edad - 2 Resultado de PAP -3 Residencia (localidad) -4 Grado de instrucción -5,6 Hábitos saludables 7Antecedentes Familiares 8,9,10,11,12,13,14,15 Antecedentes personales de

		<p>recurrentes</p> <p>–Edad de comienzo de las relaciones sexuales</p> <p>–Multiparidad.</p> <p>–Tipo de método anticonceptivo.</p> <p>–Antecedentes de Aborto.</p>			salud sexual
Resultado citopatológico anormal de cuello uterino	Lesiones pre malignas Lesiones Malignas	<p>– LIEBG</p> <p>– LIEAG</p> <p>– Carcinoma de cérvix invasor</p>	– Observación documental	<p>– Ficha de observación estructurada en base a: Radar de CACU</p>	<p>– Nombre de la paciente</p> <p>– Resultado del PAP</p>

(Ver Anexo 1-2)

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

2.1.1. Precisión del lugar

La investigación se realizara en el ámbito general de:

- País: Perú.
- Región: Arequipa.
- Provincia: Castilla.
- Distrito: Uraca.
- Localidad: Corire

Y en el ámbito específico del C.S. Corire.

2.1.2. Caracterización del lugar

El C.S. Corire, el cual se caracteriza por ser un establecimiento de salud, (Anexo 3) al que asisten mujeres de diversos recursos económicos, para la toma de Papanicolaou (procedimiento realizado según la norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones pre

malignas del cuello uterino a nivel nacional; así mismo las muestras de Papanicolaou son enviadas y procesadas para su diagnóstico en el servicio de patología del Hospital Regional Honorio Delgado)

2.2. Ubicación temporal:

2.2.1. Cronología

La investigación corresponde al año 2015.

2.2.2. Visión temporal

Coyuntural.

2.2.3. Corte temporal

Transversal.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo

A. Universo cualitativo

a. Criterios de inclusión

- Mujeres con resultado citopatológico anormal de cuello uterino en el 2015, y que acuden al Centro de Salud Corire.

b. Criterios de exclusión

- Mujeres que acuden al Centro de Salud Corire durante el año 2015 y no se realizaron Papanicolaou.
- Mujeres con resultado citopatológico normal, que acuden al Centro de Salud Corire durante el año 2015

B. Universo cuantitativo

El universo de esta investigación es de 118 pacientes con resultado citopatológico anormal, que acuden al Centro de Salud Corire durante el año 2015

2.3.2. Muestra

En este trabajo de investigación no habrá muestra ya que se está tomando al universo y por ende no hay muestreo.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1 Organización

3.1.1 Autorización

Se emitirá una solicitud al director del Centro de Salud Corire, con la finalidad de obtener la autorización para desarrollar el proceso de investigación.

3.1.2 Prueba Piloto

Se efectuará una prueba piloto en 10 pacientes con resultado citopatológico anormal, que acuden al Centro de Salud Corire, Arequipa 2015

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos

INVESTIGADOR:

3.2.2 Físicos

Se utilizará las instalaciones del C.S. Corire,
Material de escritorio.

Materiales electrónicos (PC-dotado con software convencional, Impresora, Fotocopiadora)

3.2.3 Económicos

El valor de la investigación asciende a un aproximado de s/. 800.00 (ochocientos nuevos soles), financiado por la investigadora.

3.2.4 Institucionales

Ninguno

3.3 Validación del instrumento

a. Procedimiento

La prueba piloto se realizará a 10 pacientes con resultado citopatológico anormal, que acuden al Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa en el año 2015.

Así mismo se requerirá del juicio de expertos (Médicos Ginecólogos y Obstetras)

b. Finalidad

La finalidad de la prueba piloto es: juzgar cuan eficaz resultaría la investigación con las unidades de estudio.

Perfeccionar las preguntas, saber si las pacientes no tenían dificultades con la resolución del cuestionario. Y para saber cuánto tiempo tomaría el realizar esta prueba a cada paciente

4. Estrategia para manejar resultados

4.1 Sistematización de datos

4.1.1 Tipo de sistematización : Manual y electrónica

4.1.2 Plan de operación

CLASIFICACIÓN: Se efectuará una plantilla esquemática de la matriz de clasificación.

CODIFICACIÓN: Se presentará un sistema de codificación en base a dígitos.

RECuento: Se realizará un recuento de tipo mixto, en base a una matriz de conteo.

ANÁLISIS:

- Tipo de análisis: Bivariado; cuantitativo y cualitativo.
- Tratamiento estadístico: Se utilizará una tabla de frecuencias y se aplicará las medidas de tendencia central: media aritmética, mediana, moda; además de medidas de dispersión como la desviación estándar.
- Manejo estadístico: Bajo aplicación de la versión 21 del programa SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences).
- Pruebas Estadísticas: Se utilizará chi cuadrado X^2

TABULACIÓN: Se efectuará cuadros de entrada simple y de doble entrada.

GRAFICACIÓN: En base a la aplicación de diagramas de columnas agrupadas en 3D.

Estadística Descriptiva:

Se obtendrán datos de distribución de frecuencias para las variables cuantitativas del estudio.

III. Cronograma de trabajo

N°	Actividades	Personas responsables	Tiempo											
			Mes Enero Abril				Mes: Abril				Mes Julio Agosto			
			2016				Junio 2016				2016			
			1	2	3	4m	1	2	3	4	1	2m	3m	4m
1	Recolección de datos	Investigador	X	X	X	X								
2	Procesamiento y análisis	Investigador estadístico					X	X	X	X				
3	Elaboración del informe final	Investigador Asesor									X	X		

Anexos Proyecto

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN.

Investigadores responsables:

Obstetra Estephany Romero Díaz

Título del Proyecto:

Resultado citopatológico anormal de cuello uterino y factores epidemiológicos asociados en pacientes del Centro de Salud Corire. Arequipa, 2015

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito

- Determinar el resultado citopatológico anormal de cuello uterino en paciente del C.S. Corire.
- Identificar los factores epidemiológicos que se asocian al resultado citopatológico anormal de cuello uterino en pacientes que acuden al C.S. Corire.

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Cualquier pregunta con respecto a mi participación deberá ser contestada por la investigadora. Preguntas más específicas serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

.....
INVESTIGADOR RESPONSABLE

.....
USUARIA PARTICIPANTE

Anexo 2
Cedula de Entrevista

1. **Edad:**
2. **Resultado de PAP:** ASCUS () LIEBG () LIEAG ()
Carcinoma de células escamosas ()
3. **Localidad en la que reside:**.....
4. **Grado de instrucción:** Analfabeta () primaria () secundaria ()
Superior universitario () superior no universitario ()
5. **Tiene el hábito de fumar** Si () No ()
6. **Tiene el hábito de consumir bebidas alcohólicas** Si () No ()
7. **Número de parejas sexuales:**
1() 2() 3 a más ()
8. **¿Qué edad tenía la primera vez que mantuvo relaciones sexuales con penetración?**años
9. **Antecedentes Familiares de cáncer** Si () No ()
10. **Fecha del PAP anterior**
11. **Resultado del PAP anterior**.....
12. **Sufre de Infecciones vaginales recurrentes** Si() No()
13. **Edad de inicio de las relaciones sexuales**
14. **Número de partos:** ninguno() 1() 2() 3 a más ()
15. **Antecedentes de Aborto** Si() No()
16. **Tipo de método anticonceptivo:**
Natural() preservativo() Inyectable de 3 meses () implante() inyect.
Mensual() píldoras() DIU() AQV() ninguno()

Anexo 3a

Vista Satelital de la ubicación del C.S. Corire- Uraca



Anexo 2: Validación del instrumento

PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó a 10 pacientes del preventorio de cáncer de cuello uterino del Centro de Salud Mariano Melgar, debido a que la población atendida en dicho servicio y establecimiento son pacientes con características similares a la población en estudio y con citopatología anormal de cuello uterino, la validación de la prueba piloto se realizó basándose mediante los siguientes aspectos:

❖ **Valoración general:**

- **Duración:** Esta fue de 5 a 10 minutos, en la cual se incluyó el tiempo que transcurre durante; las explicaciones iniciales, el llenado de la cedula de entrevista y las diferentes interrupciones que pueden suceder durante la aplicación de esta.
- **Orden de las preguntas:** Se cambió el orden de las preguntas, para evitar que las entrevistadas se sientan incomodas desde el comienzo de la entrevista, en especial al momento de abordar las preguntas más privadas sobre su vida sexual como son: antecedentes de abortos, el número de parejas y la edad de inicio de relaciones sexuales.

❖ **Redacción:**

- **La cantidad de veces que se tuvo que leer una pregunta para que la persona respondiera:** A pesar que todas las preguntas fueron entendidas por las entrevistadas y solo se tuvo que repetir estas una sola vez, se decidió eliminar la pregunta número 13 sobre la edad de inicio de relaciones sexuales porque se encontraba redactada anteriormente.
- **Necesidad de modificar la pregunta:** en la pregunta sobre el grado de instrucción se aumentó la alternativa secundaria incompleta

❖ **Comprensión:**

- **La persona respondió de acuerdo a lo que se le preguntó:** todas las personas entrevistadas respondieron adecuadamente, ninguna se reusó a dar respuestas, la mayor parte respondió antes de que se leyera todas las alternativas.

JUICIO DE EXPERTO

Evaluación de la encuesta a aplicarse en pacientes con resultado citopatológico anormal de cuello uterino del Centro de Salud Corire


Número de pregunta	Aceptado		Observaciones	
	si	no	si	no
01	X			X
02	X			X
03	X			X
04	X			X
05	X			X
06	X			X
07	X			X
08	X			X
09	X			X
10	X			X
11	X			X
12	X			X
13		X	X	
14	X			X
15	X			X
16	X			X

OBSERVACIONES:..... Eliminar la pregunta número 13 (edad de inicio de relaciones sexuales) por estar incluida contextualmente en la pregunta número 8.
.....
.....
.....
.....

CONSTANCIA DEL JUICIO DE EXPERTO

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión de la encuesta sobre cáncer de cuello uterino, elaborada por la maestriza Estephany Romero Díaz, quien está realizando el trabajo de investigación titulado “Resultado citopatológico de cérvix anormal y factores epidemiológicos asociados en pacientes del Centro de Salud Corire. Arequipa, 2015.” Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que dicha encuesta es válida para su aplicación.

Atentamente



J. Javier Villanueva C.
GINECOLOGÍA Y OBSTÉTRICA
C.M.P. 33411 - R.N.E. 23546

JUICIO DE EXPERTO

Evaluación de la encuesta a aplicarse en pacientes con resultado citopatológico anormal de cuello uterino del Centro de Salud Corire

Número de pregunta	Aceptado		Observaciones	
	si	no	si	no
01	X			X
02	X			X
03	X			X
04	X		X	
05	X			X
06	X			X
07	X			X
08	X			X
09	X			X
10	X			X
11	X			X
12	X			X
13		X	X	
14	X			X
15	X			X
16	X			X

OBSERVACIONES:.....

- En la pregunta N° 4 modificar la opción secundaria por secundaria completa e incompleta
- Eliminar la pregunta 13 edad de inicio de relaciones por estar incluida en el contexto de la pregunta número 8

CONSTANCIA DEL JUICIO DE EXPERTO

Por medio de la presente hago constar que realicé la revisión de la encuesta sobre cáncer de cuello uterino, elaborada por la maestra Estephany Romero Díaz, quien está realizando el trabajo de investigación titulado “Resultado citopatológico de cérvix anormal y factores epidemiológicos asociados en pacientes del Centro de Salud Corire. Arequipa, 2015.” Una vez indicadas las correcciones pertinentes considero que dicha encuesta es válida para su aplicación.

Atentamente

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCIÓN REG. DE SALUD
MICRORED DE SALUD
Lili M. Ramos Naola
Lili M. Ramos Naola
C.O.P. 28018
Coordinadora del Servicio de Obstetricia

Cedula de Entrevista

1. **Edad:**
2. **Resultado de PAP:** ASCUS () LIEBG () LIEAG ()
Carcinoma de células escamosas ()
3. **Localidad en la que reside:**.....
4. **Grado de instrucción:** Analfabeta () primaria () secundaria completa ()
secundaria incompleta () Superior universitario ()
superior no universitario ()
5. **Tiene el hábito de fumar** Si () No ()
6. **Tiene el hábito de consumir bebidas alcohólicas** Si () No ()
7. **Antecedentes Familiares de cáncer** Si () No ()
8. **Fecha del PAP anterior**
9. **Resultado del PAP anterior**.....
10. **Sufre de Infecciones vaginales recurrentes** Si() No()
11. **Número de partos:** ninguno() 1() 2() 3 a más ()
12. **Antecedentes de Aborto** Si() No()
13. **Tipo de método anticonceptivo:**
Natural() preservativo() Inyectable de 3 meses () implante()
Inyectable mensual() píldoras() DIU() AOV() ninguno()
14. **Número de parejas sexuales:** 1() 2() 3 a más ()
15. **¿Qué edad tenía la primera vez que mantuvo relaciones sexuales con penetración?**años

Anexo 3: Matriz de registro

HCI	edad	resultado PAP actual	localidad	grado instruccio	fuma	bebidas con alcohol	# parejas sexuales	edad inicio de relacion	antecedente Familiar	fecha anterior P ^o	resultado del PAP anterior	incidencia de ITS	# de partos	Antecedente de Abortos	MAC
11091	23	2	Uraca	3	2	2	3	18	2	2	2	1	1	2	2
23318	34	2	las acacias	3	2	2	2	22	2	2	4	3	1	2	2
10498	32	2	el dique	3	2	2	2	18	2	4	4	3	2	2	3
27937	25	2	pedregal	4	2	2	1	16	2	2	4	3	2	3	3
28117	18	2	escalerillas	3	2	2	1	16	2	4	4	3	1	1	10
26183	33	2	corire	3	2	2	3	17	1	3	3	1	2	4	2
8150	38	2	torete	3	2	1	2	18	2	2	4	3	2	2	3
1856	33	2	corire	3	2	2	1	20	2	2	4	3	2	4	2
16753	42	2	pedregal	3	2	2	1	19	2	2	3	1	2	2	3
1713	56	2	punta colora	2	2	2	1	18	2	3	1	2	2	3	2
26333	25	2	las acacias	3	2	2	3	14	2	2	2	2	2	3	2
7263	36	2	punta colora	3	2	2	2	13	2	3	1	1	2	3	1
13808	20	2	candelaria	4	2	2	1	19	2	4	3	3	2	1	2
11243	49	2	corire	3	2	2	1	20	2	2	4	3	2	4	1
679	37	2	Uraca	3	2	2	1	18	2	2	1	1	2	3	2
2499	29	2	chamhuayo	3	2	2	3	17	1	1	1	1	2	2	2
28138	30	2	corire	3	2	2	2	18	2	3	3	1	1	2	1
22567	38	2	Uraca	3	2	2	1	16	2	2	1	1	2	4	1
13194	38	2	candelaria	3	2	2	1	20	1	3	1	1	1	4	2
14911	37	2	candelaria	3	2	2	2	19	2	2	1	1	2	3	1
28148	24	2	corire	3	2	2	1	19	2	1	1	1	2	3	1
28140	28	2	corire	3	2	2	1	18	2	2	3	1	1	3	1
3590	65	2	corire	2	2	2	2	16	2	4	4	3	2	4	1
4447	39	2	escalerillas	3	2	2	1	20	3	3	3	1	1	3	2
258	64	2	candelaria	2	2	2	3	18	2	2	1	1	2	4	1
4978	51	2	corire	2	2	2	2	19	2	2	1	1	1	4	1
26584	26	2	corire	3	2	2	1	17	2	2	2	1	1	2	2
14218	47	2	candelaria	3	2	2	1	21	2	3	3	1	2	4	2
8156	26	2	candelaria	3	2	2	3	14	2	2	1	1	1	3	2
11080	39	2	torete	3	2	2	1	18	2	3	3	1	2	4	2
8576	54	2	san franciscc	4	2	2	2	18	2	2	2	1	1	4	1
25704	22	3	bellavista	3	2	2	1	17	1	1	2	2	2	2	2
25934	39	2	corire	3	2	1	1	16	2	2	2	1	1	4	2
14871	38	2	corire	3	2	2	1	19	2	3	3	1	2	3	1
25483	25	2	corire	3	2	2	1	19	2	4	4	3	2	1	1
12076	22	2	corire	3	2	2	1	18	2	2	1	1	2	2	2

25483	2	3	2	2	1	19	2	4	3	2	1	9
12076	2	3	2	2	1	18	2	1	1	2	2	3
26393	2	3	2	2	2	16	1	3	2	2	4	9
11397	2	3	2	2	1	19	2	4	3	1	3	3
7296	2	3	2	2	1	18	1	2	1	1	3	3
1164	2	3	2	2	1	20	2	4	3	2	3	9
9751	2	3	2	2	1	18	2	1	1	2	2	9
26412	2	3	2	2	1	25	2	3	1	2	3	9
28189	2	3	2	2	1	20	1	3	1	1	1	9
17803	2	3	2	2	1	18	2	1	2	1	3	3
863834	2	3	2	2	1	17	2	2	1	1	2	3
13615	2	3	2	2	1	19	2	2	1	1	4	1
27399	2	3	2	2	1	20	2	2	1	1	1	3
27070	2	3	2	2	1	16	2	4	3	2	2	9
12645	2	4	2	2	2	18	1	1	1	2	3	9
23820	2	4	2	2	1	20	1	2	1	2	2	3
28067	2	3	2	2	1	18	1	3	1	2	2	3
17029	2	3	2	2	1	20	1	2	1	1	3	3
15706	2	2	2	2	1	18	2	3	1	1	2	1
10424	2	4	2	2	2	19	2	1	1	1	4	2
27882	2	3	2	2	2	19	2	1	1	1	4	3
27091	2	3	2	2	2	19	2	2	1	2	2	1
3208	2	3	2	2	2	17	2	3	1	1	4	2
19707	2	3	2	2	2	16	2	1	1	1	2	5
20126	2	2	2	2	1	18	1	2	1	1	4	9
16263	2	2	1	1	1	16	3	4	3	1	2	6
27885	2	3	2	2	1	19	2	1	1	2	3	2
T260	2	3	2	2	1	20	1	1	1	1	3	2
3311	2	3	2	2	1	17	2	2	1	1	4	1
T468	2	4	2	2	1	17	2	4	3	1	2	1
15883	2	3	1	1	2	15	2	4	3	1	2	9
712	2	3	2	2	3	18	2	3	1	2	4	2
23318	2	3	2	2	2	19	2	3	2	1	2	2
3975	2	3	2	2	2	17	2	3	1	2	4	3
11564	2	3	2	2	2	17	2	3	1	1	2	1
5496	2	3	2	2	2	18	2	3	1	1	3	2
2398	2	3	2	2	1	18	2	2	1	1	2	1
16379	2	3	2	2	1	18	2	3	1	1	3	9
15837	2	3	2	2	1	20	2	1	1	2	3	3
9018	2	3	2	2	1	18	2	2	1	2	4	9
11614	2	3	2	2	1	18	2	4	3	2	3	8
11954	2	3	2	2	1	20	2	3	1	1	3	9