

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



Factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017

Presentado por la Bachiller:

SUSAN MARIELY LIMACHE CUTIPA

**Para obtener el Título Profesional de
Médica Cirujana**

**ASESOR: DR. JOHN WILLY TURPO PRIETO
MÉDICO GINECO-OBSTETRA**

Arequipa - Perú

2017

DEDICATORIA

“Hoy cumplo unos de mis sueños, solo le pido a Dios que me siga dando fuerzas y sabiduría para tomar las mejores decisiones en mi vida”

Este trabajo está dedicado a Dios por todo lo que he vivido hasta ahora, por permitirme conocer este mundo, por la familia que me ha dado y por levantarme cada vez que he caído.

A mis padres Maruja y Santiago por su amor, comprensión y apoyo constante en cada uno de mis pasos, gracias a ellos estoy aquí logrando mis sueños.

A mis hermanos: Jhoel, Lizeth, George y Jhoe, por hacer más alegres mis días y enseñarme que la familia es lo más importante.

A mis amigos por todas las aventuras vividas, Dios los ha puesto en mi camino y ellos son mi otra familia.

A mis docentes por todas sus enseñanzas y por compartir sus experiencias, con ellos comprendí que siempre hay algo nuevo que aprender.

EPÍGRAFE

“No importa lo que se haya vivido, no importa los errores que se hayan cometido, no importa las oportunidades que se hayan dejado pasar, no importa la edad, siempre estamos a tiempo de decir basta, para oír el llamado que tenemos de buscar la perfección, para sacudirnos el cieno y volar muy alto y muy lejos del pantano”

Volar sobre el Pantano - Carlos Cuauhtémoc Sánchez

“El buen médico trata la enfermedad, el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”-William Osler

“El arte de la medicina consiste en entretener al paciente mientras la naturaleza cura la enfermedad”-Voltaire

“La risa es la única medicina sin efectos secundarios”- Shannon Alder

“Atiende a un anciano como si fuera tu padre y a un niño como si fuera tu hijo”-

Anónimo

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	ii
ABSTRACT.....	iii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II RESULTADOS	8
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	49
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	60
ANEXOS	64
Anexo 1: Ficha de recolección de datos	65
Anexo 2 Matriz de sistematización de información.....	67
Anexo 3 Proyecto de investigación.....	69

RESUMEN

Antecedentes: El examen de citología cervical es un método útil que permite detectar tempranamente cambios preneoplásicos en mujeres en edad fértil.

Objetivo: Establecer los factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017.

Métodos: Encuesta a una muestra representativa de 200 mujeres que acudieron al hospital y que cumplieron los criterios de selección; Se presentan los resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables con prueba chi cuadrado.

Resultados: La aceptación de las pacientes al examen de Papanicolaou fue de un 82.50%. Las razones referidas por las mujeres que rechazan el examen fueron temor al dolor (37.04%), 22.86% no lo considera importante, entre otras. La edad promedio de las no Aceptan fue de 28.97 ± 11.14 años y en las Aceptan 40.10 ± 12.64 años ($p < 0.05$). El 51.43% de no Aceptan tiene educación superior, mientras que el 47.88% de Aceptan aceptan el examen ($p < 0.05$); la ocupación de las pacientes del primer grupo fue predominantemente estudiante (42.86%), mientras que en las mujeres Aceptan el 54.55% son amas de casa ($p < 0.05$). Las mujeres que no aceptan el estudio el 62.86% son solteras, mientras que 64.85% de casos Aceptan son casadas o convivientes ($p < 0.05$). Entre las que no aceptan el estudio el 48.57% fueron nulíparas y el 61.21% de Aceptan fueron multíparas ($p < 0.05$). El 60% de mujeres no Aceptan tuvo una actividad sexual regular, comparada con 64.24% en las Aceptan; el número de parejas sexuales entre las mujeres no Aceptan es de una pareja en 40% y en las Aceptan es dos parejas en 44.85% ($p < 0.05$). El uso de preservativo en las relaciones sexuales ocurrió en 61.29% en las no Aceptan, y en 43.17% en el segundo grupo ($p < 0.05$). Entre las mujeres no Aceptan hubo antecedente familiar de cáncer en 5.71%, y en las Aceptan fue de 11.52% ($p < 0.05$). El 40% de mujeres no Aceptan desconoce acerca del examen de Papanicolaou, comparado con 24.24% en las Aceptan ($p > 0.05$).

Conclusiones: Existe una buena aceptación del examen de Papanicolaou, y se requiere de medidas educativas dirigidas para disminuir su falta de aceptación

PALABRAS CLAVE: Aceptación – Papanicolaou – cáncer de cuello.

ABSTRACT

Background: The cervical cytology test is a useful method that allows early detection of preneoplastic changes in women of childbearing age.

Objective: To establish the factors associated with cervical cytology (Papanicolaou) in patients of the Gynecology Service who Regional Hospital Honorio Delgado, Arequipa, 2017.

Methods: A survey of a representative sample of 200 women who attended the hospital and who met the selection criteria; The results are presented using descriptive statistics and variables are associated with chi-square test.

Results: The patients' acceptance of the Papanicolaou test was 82.50%. The reasons reported by women who rejected the test were fear of pain (37.04%), 22.86% did not consider it important, among others. The mean age of non-adherents was 28.97 ± 11.14 years and in adherents 40.10 ± 12.64 years ($p < 0.05$). 51.43% of non-adherents have higher education, while 47.88% of adherents accept the exam ($p < 0.05$); The occupation of the patients in the first group was predominantly student (42.86%), while in the adherent women 54.55% were housewives ($p < 0.05$). The women who do not accept the study are 62.86% single, while 64.85% of adherent cases are married or cohabiting ($p < 0.05$). Among those who did not accept the study, 48.57% were nulliparous and 61.21% of adherents were multiparous ($p < 0.05$). 60% of non-adherent women had regular sexual activity, compared to 64.24% in adherents; The number of sexual partners among non-adherent women is one pair in 40% and in the adherents, two pairs in 44.85% ($p < 0.05$). Condom use in sexual intercourse occurred in 61.29% in non-adherents, and in 43.17% in the second group ($p < 0.05$). Among non-adherent women, there was a family history of cancer in 5.71%, and in adherents it was 11.52% ($p < 0.05$). 40% of non-adherent women did not know about Pap smears compared to 24.24% in adherents ($p > 0.05$).

Conclusions: There is good acceptance of the Pap smear, and educational measures are required to reduce their lack of acceptance

KEY WORDS: Acceptance - Papanicolaou - cervix cancer.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema principal de la salud pública, cuya epidemiología ha experimentado cambios importantes sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, a raíz de la implementación rutinaria de la citología cervical por parte de los sistemas de salud públicos y privados, no sólo disminuyendo la incidencia e índice de mortalidad sino identificando un gran número de neoplasias preinvasoras (1).

El cáncer de cuello uterino es el cáncer ginecológico más fácil de prevenir con pruebas de detección periódicas y seguimiento de los resultados de las pruebas. A pesar de ello, el cáncer de cérvix sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer y la principal causa de cáncer en mujeres en edad reproductiva. Al parecer la cultura de prevención no ha sido lo suficientemente intensiva para lograr un cambio de actitudes, sobre todo en los grupos de riesgo. El advenimiento de la vacuna contra VPH tiene poco tiempo de aplicación, y como su aplicación no es universal sino a determinados grupos poblacionales, aún no se sabe si su utilidad será la más adecuada. Por tal motivo, la detección temprana sigue siendo la principal forma de prevención.

Se entiende por cobertura efectiva a la proporción de la población que completa totalmente la recomendación a un tratamiento o programa de prevención. Esta definición es útil tanto para las acciones de salud sobre las personas, así como para las acciones de salud pública o de base poblacional. Se requiere una cobertura del Papanicolau del 80% sostenida por 10 años para disminuir la mortalidad por

cáncer de cuello invasor. En el caso particular del PAP, la cobertura es el mayor factor a tener en cuenta para el éxito del programa. Hay que tener en cuenta la necesidad de la “continuidad” de la atención, determinada por la adherencia y los factores asociados al abandono del tratamiento o ausencia de los controles.

Para explicar la adherencia a un test y su posible falla, es necesario considerar las barreras que existen en la población y en el sistema de salud. El personal de salud es el principal promotor de las medidas de detección tempranas a través de la educación en salud de las pacientes. Esta educación, que debe comenzar en la familia y en la escuela, debe ser permanente en la atención en salud. Es por ello que el médico de familia debe promocionar la prevención del cáncer desde una edad temprana para lograr reducir la presentación de un cáncer de tan elevada frecuencia y de detección sencilla.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que las pacientes que acuden por el Servicio de Ginecología del Hospital Honorio Delgado de Arequipa, 2017, son mujeres que predominantemente aceptan el examen de Papanicolaou, adultas en su mayor parte con grado de instrucción secundaria y de estado civil conviviente-casada, y de religión católica en su mayoría, con una pareja sexual activa y una vida sexual activa regular, cuyo uso de métodos anticonceptivos es el preservativo en su mayoría, además la mayoría no tienen antecedente familiar de cáncer de cuello uterino, en su mayoría conoce la utilidad del examen de Papanicolaou, la mayoría de mujeres cuentan con resultados normales de Pap. y que durante la consulta actual, sí se realizó Pap. y que en su mayoría sí recibieron información preventiva por parte del personal de salud durante la consulta actual.

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Población: Todas las mujeres que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: se estudió una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de adherencia al Pap 85% según el estudio de Vera RA (17) en Arequipa = 0.85.

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195.92 \approx 200$ casos

Además, los integrantes de la muestra cumplieron los criterios de selección.

2.4. Criterios de selección:

◆ Criterios de Inclusión

- Mujeres hasta los 65 años.
- Mujeres que hayan iniciado vida sexual activa.
- Participación voluntaria en el estudio.

◆ Criterios de Exclusión

- Mujeres que tuvieran o tienen diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

- Mujeres con antecedente de histerectomía total por causas de cáncer de cuello uterino u otras (miomas, tumores).
- Mujeres con antecedente de conización.
- Fichas incompletas o mal llenadas

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se hicieron las coordinaciones con la dirección del Hospital para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactó a las pacientes que acudieron a consulta externa del Hospital, de cualquier especialidad, o las que se encontraban en ambientes de espera del hospital, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurando el anonimato de sus respuestas. Se entregó la ficha de encuesta y se esperó un tiempo prudencial para su devolución, aclarando las dudas que pudieran tener las encuestadas.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos se organizaron en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

5.2. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por tratarse de un instrumento para recolectar información.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre mujeres adherentes y no adherentes se realizará con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.24.0 para Windows.





**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 1

Distribución de pacientes evaluadas según realización del Pap

	N°	%
Adherente	165	82.50%
No adherente	35	17.50%
Total	200	100.00%

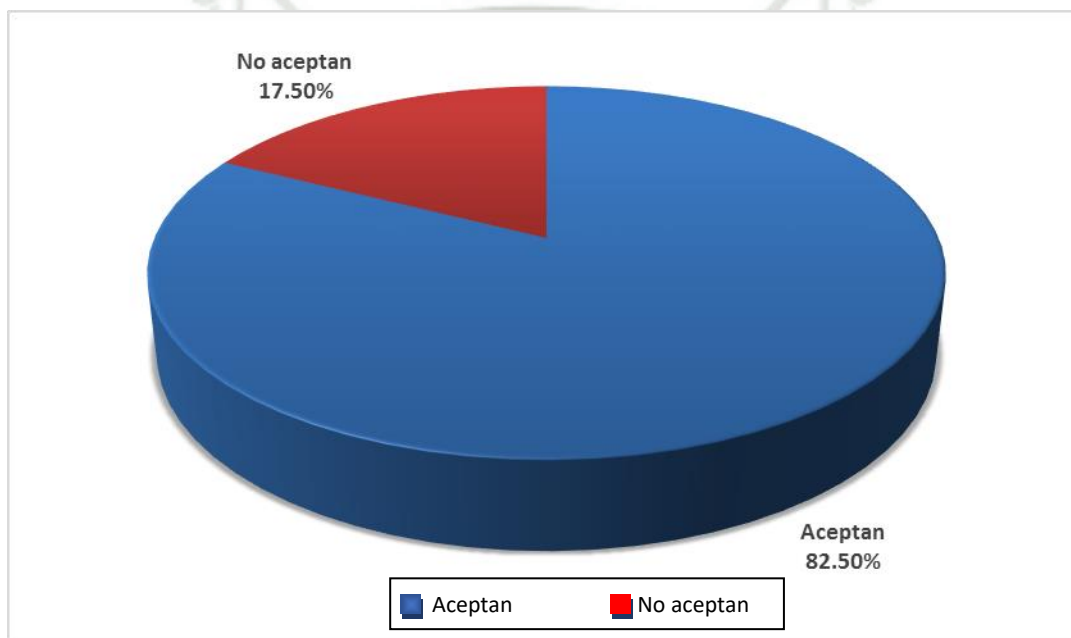
Fuente: elaboración propia.

Tabla 1: Muestra la frecuencia de Aceptación de las pacientes al examen de Papanicolaou; de las 200 participantes el 82.50% tuvo Aceptación al examen y 17.50% no.

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 1

Distribución de pacientes evaluadas según realización del Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 2

**Características de la realización del Pap en las mujeres que aceptan
(n = 165)**

		N°	%
Pap en consulta actual	No	97	58.79%
	Sí	68	41.21%
Último Pap	Primera vez	24	14.55%
	En el último año	76	46.06%
	Más de 1 año	21	12.73%
	> 2 años	18	10.91%
	> 3 años	26	15.76%
Frecuencia del Pap	Primero	24	14.55%
	Anual	32	19.39%
	Bianual	4	2.42%
	Ante molestias	30	18.18%
	Esporádico	75	45.45%
Conoce resultado Pap anterior (n = 141)	Normal	91	64.54%
	Anormal	13	9.22%
	Desconoce	37	26.24%
Total		165	100.00%

Fuente: elaboración propia.

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 2

**Características de la realización del Pap en las mujeres que aceptan
(n = 165)**

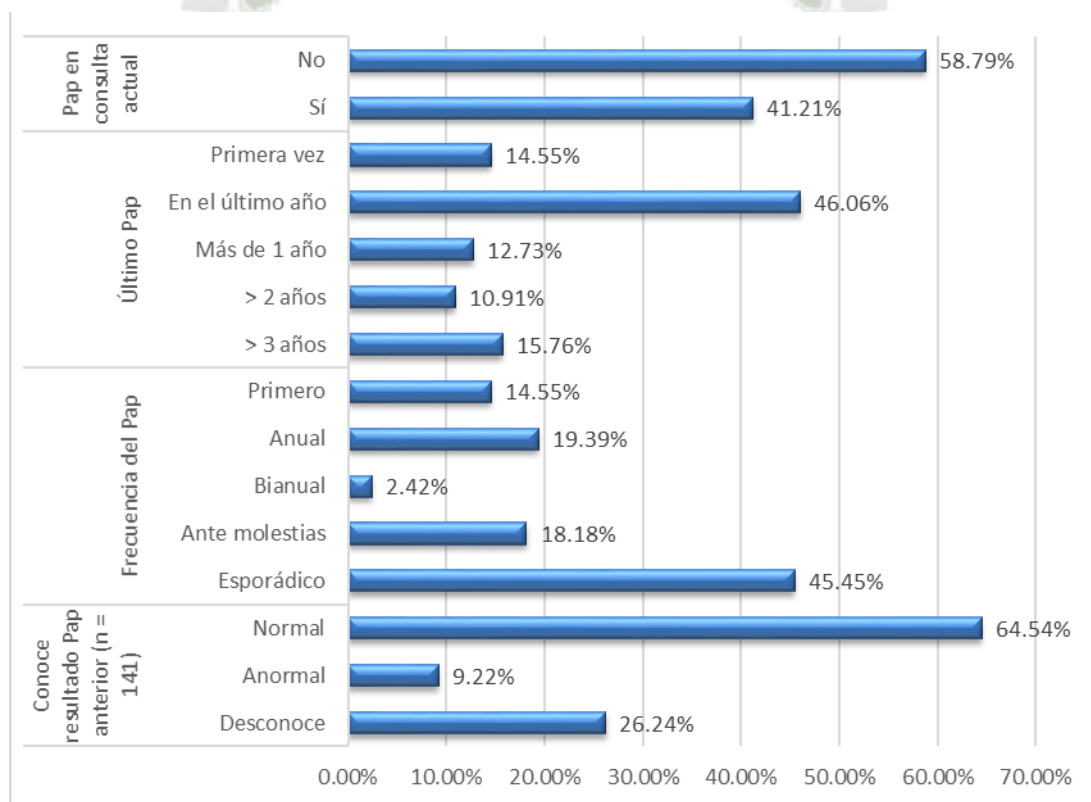


Tabla y Gráfico 2: Se aprecian las características de la realización del Pap; el 41.21% se realizó el examen en la consulta actual. El examen realizado fue el primero para las pacientes en el 14.55%, y 46.06% lo hizo en el último año, 12.73% dejó pasar más de un año, 10.91% más de 2 años y en 15.76% más de 3 años. La frecuencia de realización del examen es referido como anual en 19.39%, solo ante molestias.18% y esporádico en 45.45% de casos. Entre las que se realizaron el examen, 64.54% tuvo un resultado normal y 9.22% anormal, y en 26.24% se desconocía el resultado.

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 3

**Motivos de no realización al examen de Pap en las pacientes que no
aceptan (n = 35)**

	N°	%
Siente rechazo	27	77.14%
Nunca acudió para examen	23	65.71%
Falta de tiempo	4	11.43%
Por olvido	1	2.86%
Falta de dinero	1	2.86%

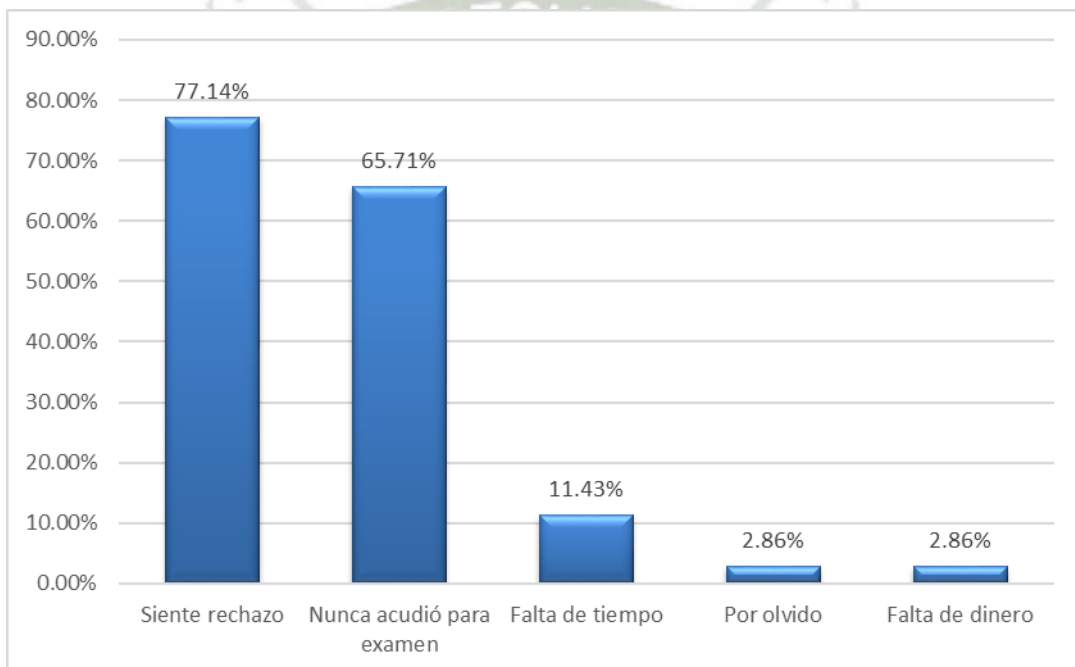
Fuente: elaboración propia.

Tabla 3: Muestra a las mujeres que no se realizan el examen, el 77.14% siente rechazo hacia el examen, 65.71% nunca acudió antes a una cita para el examen, 1.143% refiere no tener tiempo, 2.86% dice que se olvida o en la misma proporción se dice por falta de dinero. Las razones referidas por las mujeres que rechazan el examen fueron temor al dolor (37.04%), 22.86% no lo considera importante, 11.43% no ha tenido relaciones sexuales y en la misma proporción se desconoce su utilidad, entre otras razones diversas

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 3

**Motivos de no realización al examen de Pap en las pacientes que no
aceptan (n = 35)**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 4

**Motivos del rechazo hacia el examen de Pap en las pacientes que no
aceptan (n = 27)**

	N°	%
Temor al dolor	10	37.04%
No lo considera importante	8	22.86%
No ha tenido RS	4	11.43%
Desconoce su finalidad	4	11.43%
No confía en resultados	2	5.71%
Sólo si hay muchas parejas	2	5.71%
Vergüenza	2	5.71%
Temor a contagios	1	2.86%
Le falta información	1	2.86%
No tiene SIS	1	2.86%

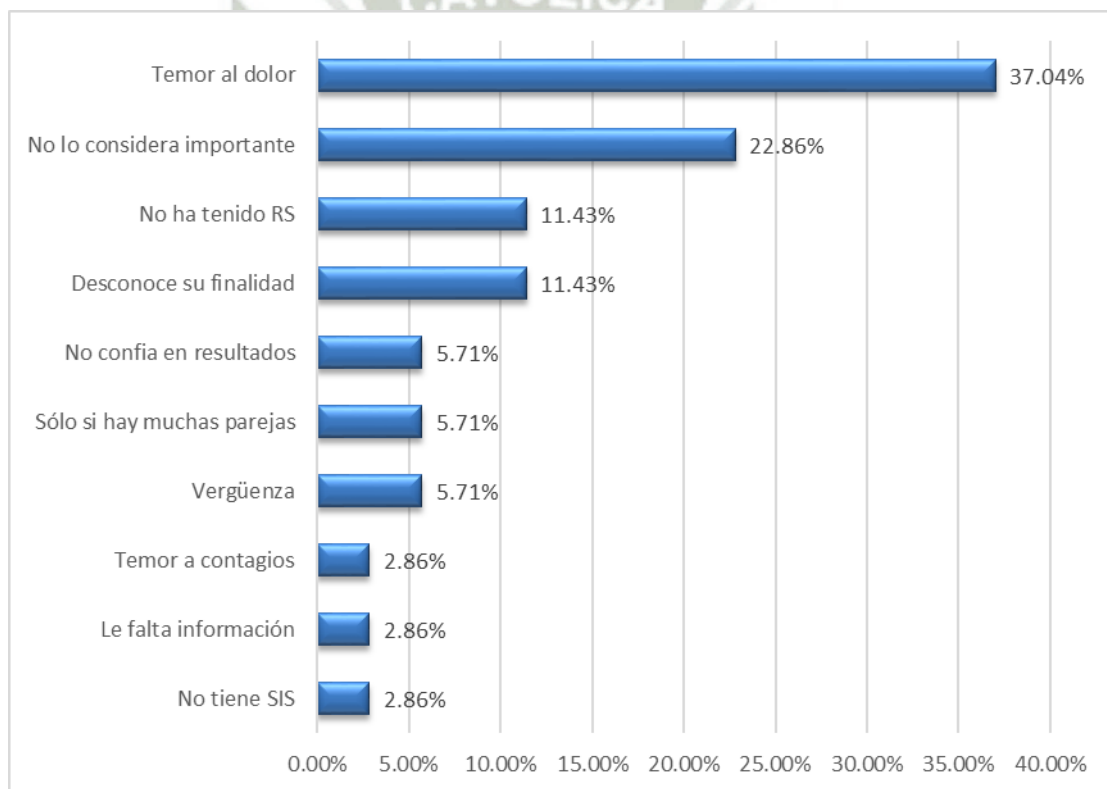
Fuente: elaboración propia.

Tabla 4: Muestra las razones referidas por las mujeres que rechazan el examen fueron temor al dolor (37.04%), 22.86% no lo considera importante, 11.43% no ha tenido relaciones sexuales y en la misma proporción se desconoce su utilidad, entre otras razones diversas.

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 4

**Motivos del rechazo hacia el examen de Pap en las pacientes que no
aceptan (n = 27)**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 5

Motivo de consulta de las pacientes según la aceptación al Pap

Motivo consulta	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Prolapso genital	1	2.86%	23	13.94%	24	12.00%
Pat. Mamaria	5	14.29%	16	9.70%	21	10.50%
Pap	0	0.00%	19	11.52%	19	9.50%
Flujo genital	1	2.86%	17	10.30%	18	9.00%
Sangrado	8	22.86%	9	5.45%	17	8.50%
ITU	5	14.29%	11	6.67%	16	8.00%
Vulvovaginitis	2	5.71%	11	6.67%	13	6.50%
Dolor pélvico	1	2.86%	12	7.27%	13	6.50%
Amenorrea	3	8.57%	8	4.85%	11	5.50%
Ovario poliquístico	3	8.57%	1	0.61%	4	2.00%
Tumor de ovario	2	5.71%	2	1.21%	4	2.00%
Incont. urinaria	1	2.86%	2	1.21%	3	1.50%
Colposcopia	0	0.00%	2	1.21%	2	1.00%
Otra	3	8.57%	32	19.39%	35	17.50%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

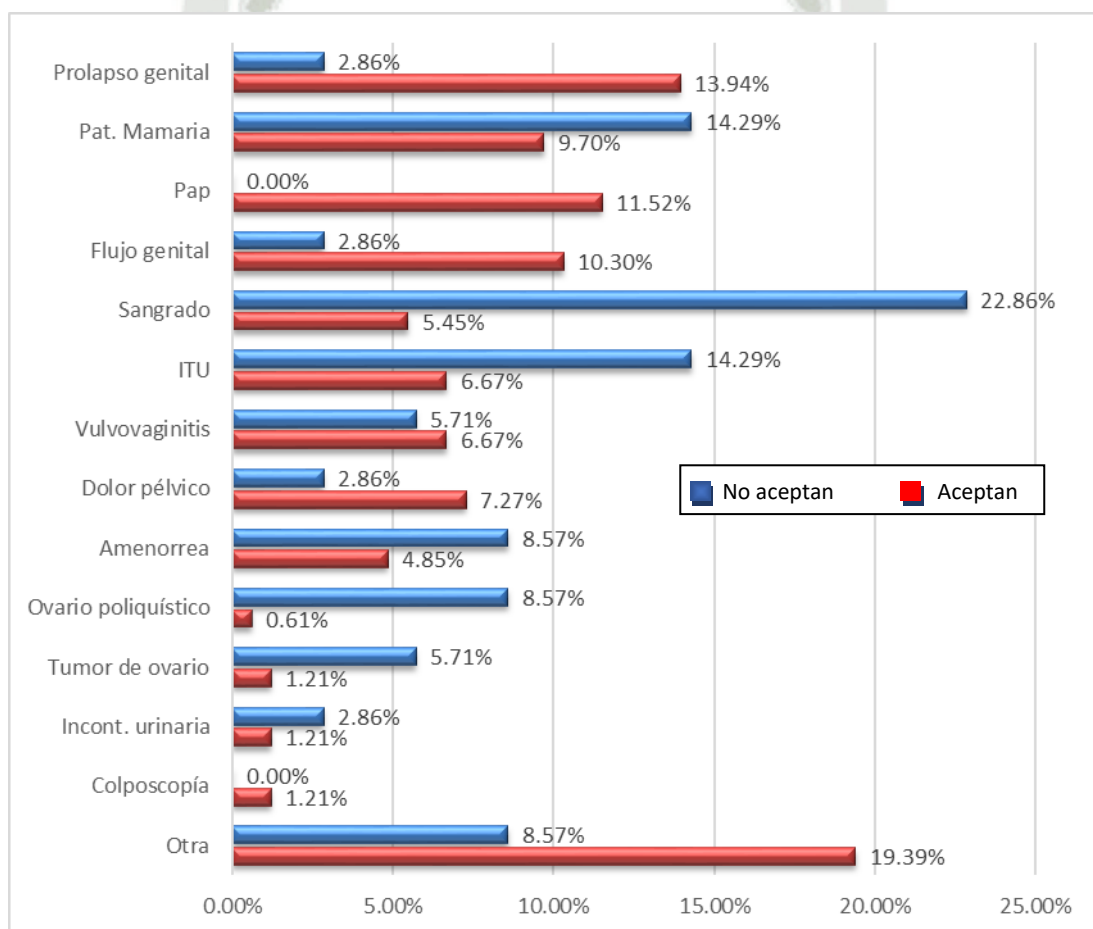
$\chi^2 = 38.33$ G. libertad = 13 $p < 0.01$

Tabla 5: Muestra el motivo de la consulta en las pacientes por grupo de aceptación; entre las pacientes que no aceptan el 22.86% acudió por sangrado, 14.29% por posible infección urinaria y en la misma proporción por patología mamaria, mientras que en las mujeres que aceptan el 13.94% fue por prolapso genital y 11.52% acudió específicamente para realizarse el Pap, entre otras. Los motivos de consulta difirieron significativamente entre los grupos ($p < 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 5

Motivo de consulta de las pacientes según la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 6

Relación entre la edad de la paciente y la aceptación al Pap

Edad	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	23	65.71%	43	26.06%	66	33.00%
30-39 a	8	22.86%	37	22.42%	45	22.50%
40-49 a	1	2.86%	43	26.06%	44	22.00%
50-59 a	1	2.86%	26	15.76%	27	13.50%
60-65 a	2	5.71%	16	9.70%	18	9.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

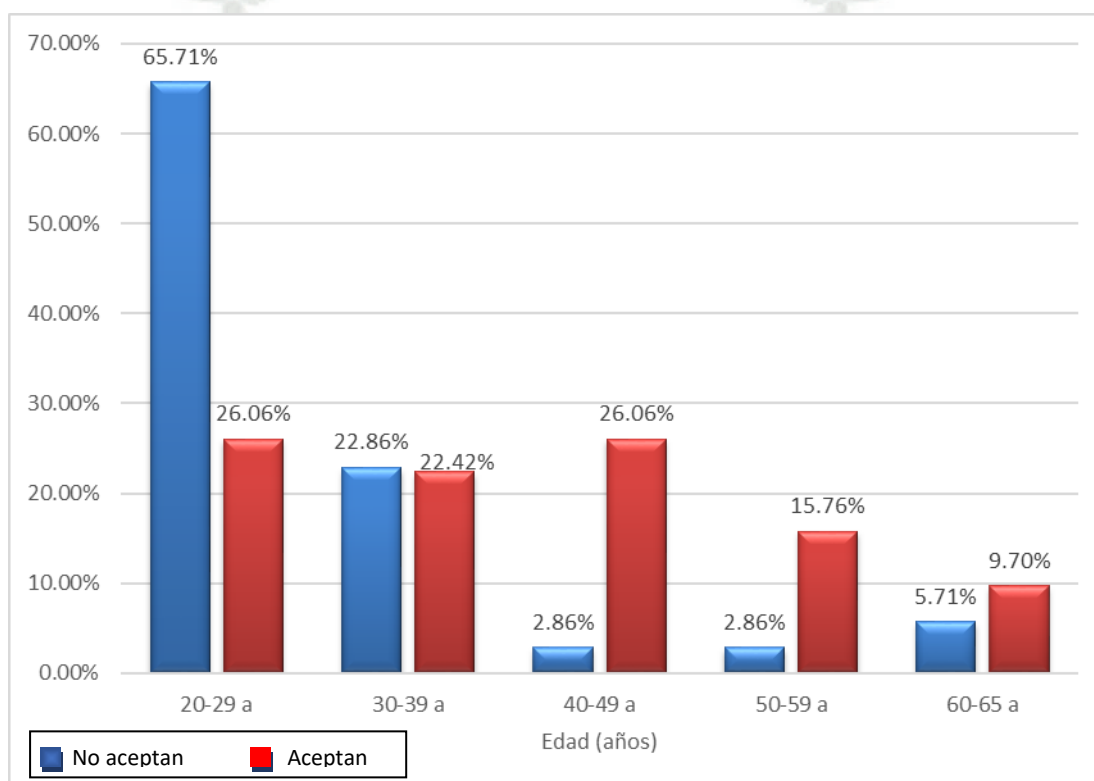
Chi² = 24.90 G. libertad = 4 p < 0.01

Tabla 6: Muestra la edad de las pacientes según grupo de estudio; en las que no aceptan predominó la edad entre 20 y 29 años, y en las que aceptan la edad se repartió ente los 20 y 49 años (74.55%). La edad promedio de las no aceptan fue de 28.97 ± 11.14 años y en las que aceptan 40.10 ± 12.64 años (p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 6

Relación entre la edad de la paciente y la aceptación al Pap



Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx):

- No aceptan: 28.97 \pm 11.14 años (20 – 62 años)
- Aceptan: 40.10 \pm 12.64 años (20 – 65 años)

Prueba t = 5.17 G. libertad = 198 p < 0.01

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 7

Relación entre la instrucción de la paciente y la aceptación al Pap

Instrucción	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin instrucción	2	5.71%	9	5.45%	11	5.50%
Primaria	4	11.43%	33	20.00%	37	18.50%
Secundaria	11	31.43%	79	47.88%	90	45.00%
Superior	18	51.43%	44	26.67%	62	31.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 8.60$

G. libertad = 3

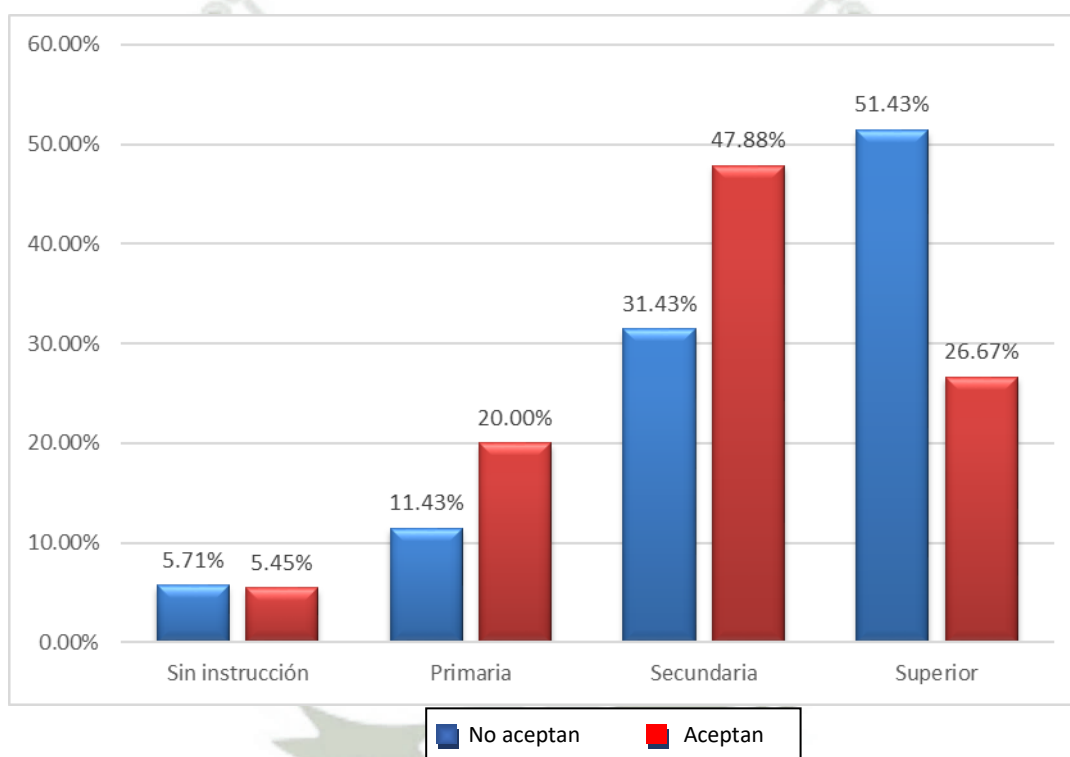
$p = 0.04$

La **Tabla 7:** Muestra la relación entre la instrucción y la aceptación del Pap; el 51.43% de las que no aceptan tiene educación superior, mientras que el 47.88% de las que aceptan tiene instrucción secundaria.

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 7

Relación entre la instrucción de la paciente y la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 8

Relación entre la ocupación de la paciente y la aceptación al Pap

Ocupación	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ama de casa	10	28.57%	90	54.55%	100	50.00%
Independiente	8	22.86%	33	20.00%	41	20.50%
Estudiante	15	42.86%	11	6.67%	26	13.00%
Comerciante	1	2.86%	19	11.52%	20	10.00%
Empleada	1	2.86%	4	2.42%	5	2.50%
Obrera	0	0.00%	4	2.42%	4	2.00%
Agricultura	0	0.00%	4	2.42%	4	2.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 36.99

G. libertad = 6

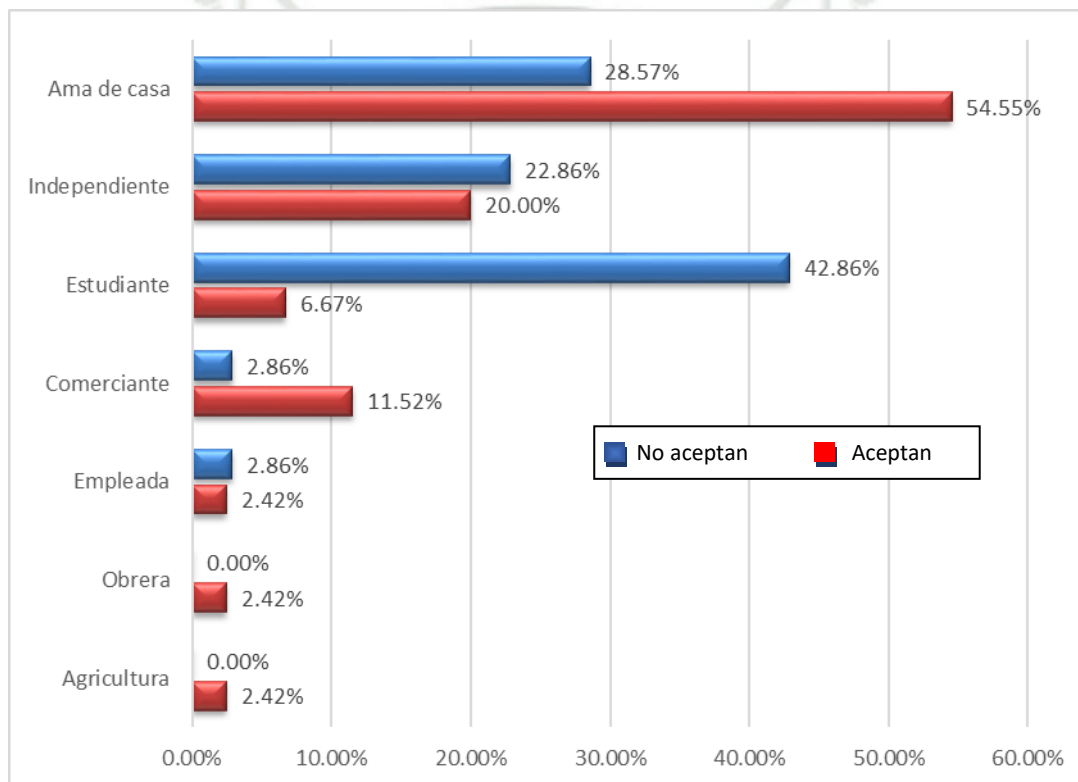
p < 0.01

Tabla 8: La ocupación de las pacientes del primer grupo fue predominantemente estudiante (42.86%), mientras que en las mujeres que aceptan el 54.55% son amas de casa, siendo las diferencias significativas (p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 8

Relación entre la ocupación de la paciente y la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 9

Relación entre el estado civil de la paciente y la aceptación al Pap

E. civil	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conviviente	9	25.71%	54	32.73%	63	31.50%
Soltera	22	62.86%	40	24.24%	62	31.00%
Casada	4	11.43%	53	32.12%	57	28.50%
Separada	0	0.00%	14	8.48%	14	7.00%
Viuda	0	0.00%	4	2.42%	4	2.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

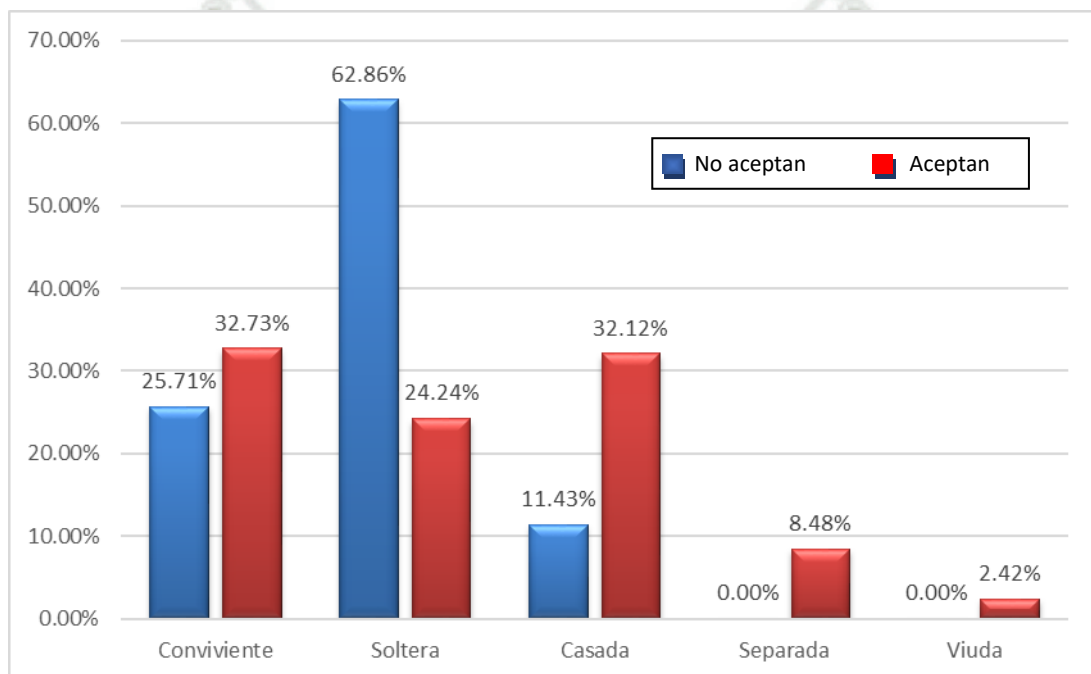
Chi² = 22.50 G. libertad = 4 p < 0.01

Tabla 9: Muestran el estado civil de las pacientes, entre las que no aceptan el estudio el 62.86% son solteras, mientras que 64.85% de casos que aceptan son casadas o convivientes, siendo las diferencias significativas (p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 9

Relación entre el estado civil de la paciente y la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 10

Relación entre la religión de la paciente y la aceptación al Pap

Religión	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Católica	27	77.14%	111	67.27%	138	69.00%
Adventista	1	2.86%	5	3.03%	6	3.00%
Evangelista	1	2.86%	14	8.48%	15	7.50%
Mormón	0	0.00%	3	1.82%	3	1.50%
Otra	6	17.14%	32	19.39%	38	19.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 2.34$

G. libertad = 4

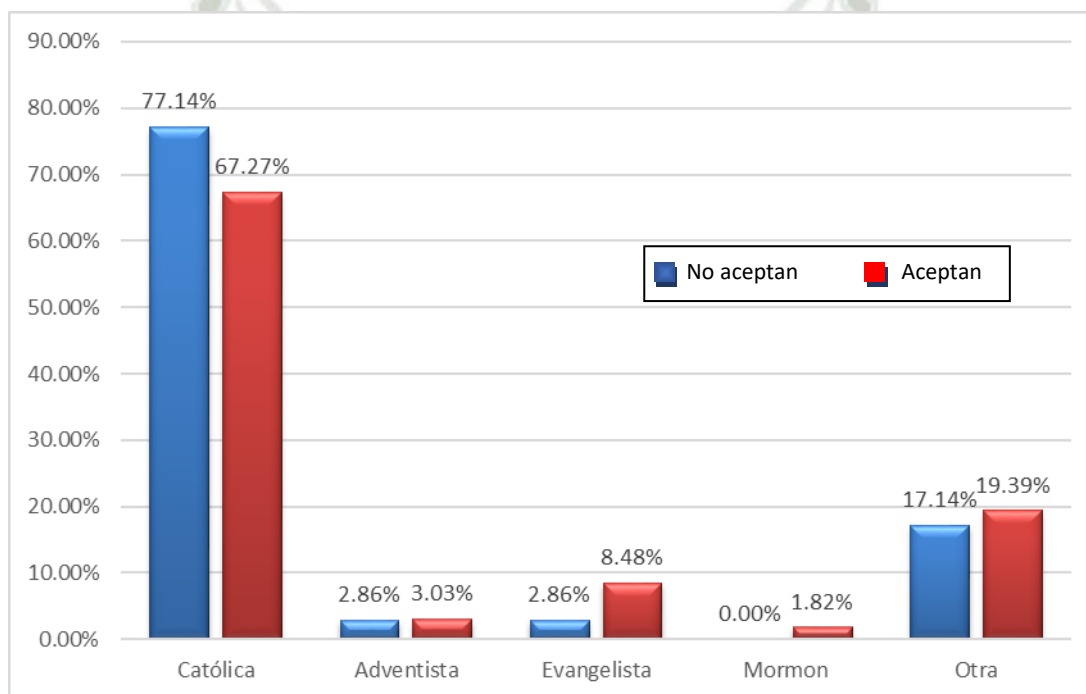
$p = 0.67$

Tabla 10: Muestra la religión según el grupo de aceptación; no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$), predominando la religión católica en ambos grupos (77.14% en las no Aceptan, 67.27% en las Aceptan).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 10

Relación entre la religión de la paciente y la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 11

Relación entre la paridad de la paciente y la aceptación al Pap

Paridad	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nulípara	17	48.57%	14	8.48%	31	15.50%
Primípara	9	25.71%	30	18.18%	39	19.50%
Múltipara	7	20.00%	101	61.21%	108	54.00%
G. múltipara	2	5.71%	20	12.12%	22	11.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

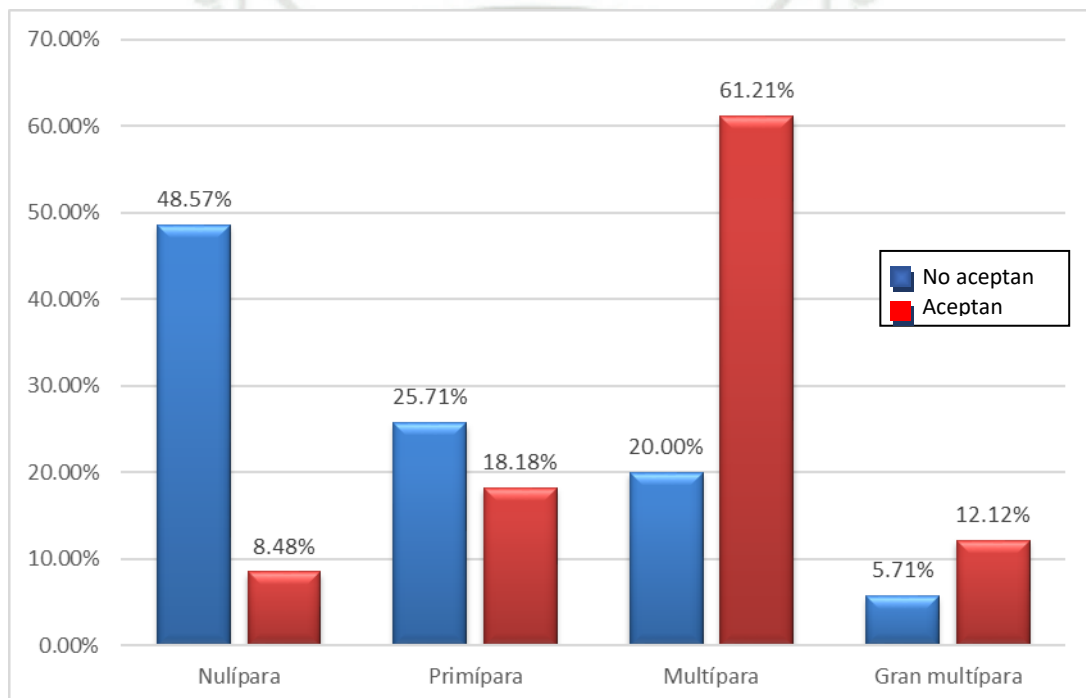
Chi² = 40.94 G. libertad = 3 p < 0.01

Tabla 11: Muestra la relación entre la paridad de la paciente y la aceptación al Pap; entre las que no aceptan el estudio el 48.57% fueron nulíparas y el 61.21% de las que aceptan fueron múltiparas (p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 11

Relación entre la paridad de la paciente y la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 12

**Relación entre actividad sexual regular de la paciente y la aceptación al
Pap**

A. sexual	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Regular	21	60.00%	106	64.24%	127	63.50%
No regular	10	28.57%	57	34.55%	67	33.50%
Sin act. sexual	4	11.43%	2	1.21%	6	3.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

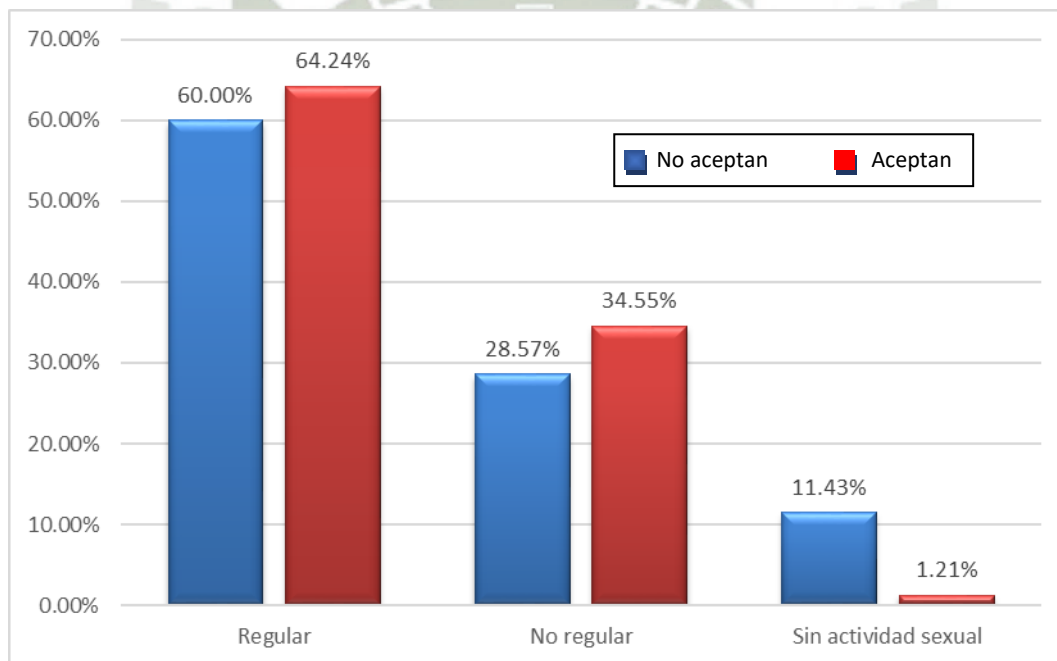
Chi² = 10.44 G. libertad = 2 p = 0.01

Tabla 12: Muestra la relación entre actividad sexual regular de la paciente y la Aceptación al Pap, en donde 60% de mujeres que no aceptan tuvo una actividad sexual regular, comparada con 64.24% en las que aceptan, y mostraron una actividad irregular el 28.57% en el primer grupo y el 34.55% en el segundo, y 11.43% de mujeres en el primer grupo no tuvieron actividad sexual, comparada con 1.21% en el segundo grupo; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$);).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 12

**Relación entre actividad sexual regular de la paciente y la aceptación al
Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 13

**Relación entre edad de inicio de actividad sexual de la paciente y la
aceptación al Pap**

Edad inicio	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
No inició	4	11.43%	2	1.21%	6	3.00%
Antes de 13 a	2	5.71%	2	1.21%	4	2.00%
13-17 años	10	28.57%	71	43.03%	81	40.50%
18-25 años	18	51.43%	85	51.52%	103	51.50%
> 25 años	1	2.86%	5	3.03%	6	3.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 14.47

G. libertad = 4

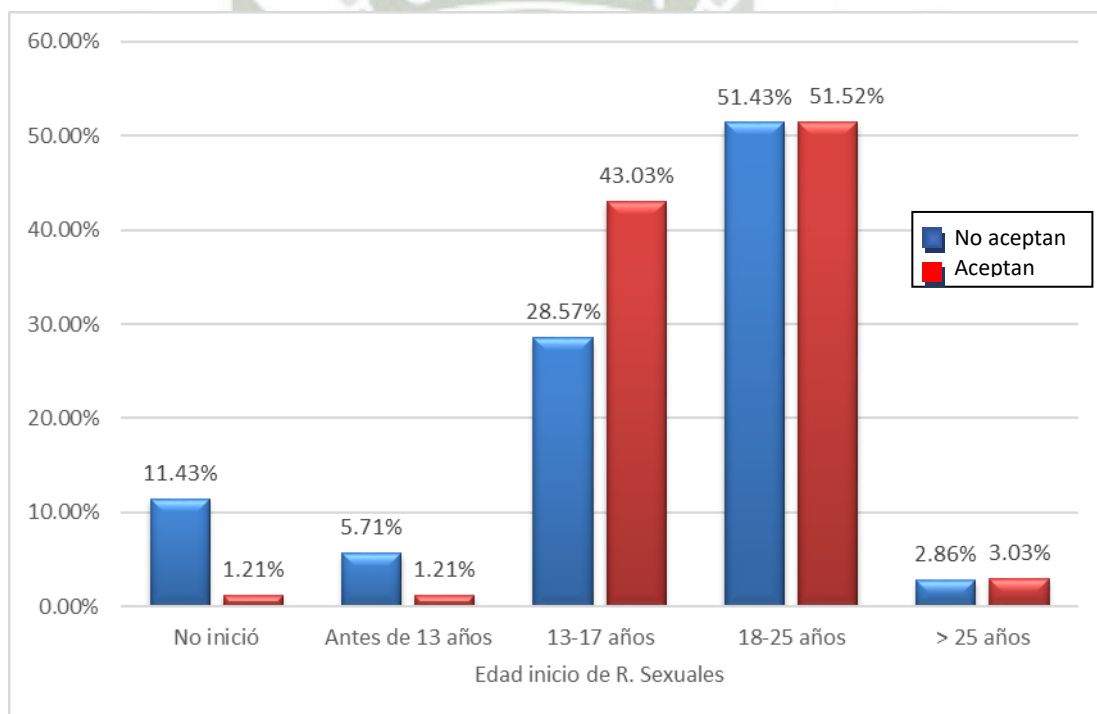
p = 0.01

Tabla 13: Muestra la relación entre edad de inicio de actividad sexual de la paciente y la Aceptación al Pap; la edad de inicio de las relaciones sexuales en los dos grupos fue de 51.43% y 51.52%, de las que no aceptan y de las que aceptan respectivamente, con 28.57% de las que no aceptan entre los 13 y 17 años, comparada con 43.03% en las que aceptan, diferencia también significativa (p < 0.05).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 13

**Relación entre edad de inicio de actividad sexual de la paciente y la
aceptación al Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 14

**Relación entre número de parejas sexuales en la paciente y la
aceptación al Pap**

Parejas	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguna	4	11.43%	2	1.21%	6	3.00%
Una	14	40.00%	59	35.76%	73	36.50%
Dos	10	28.57%	74	44.85%	84	42.00%
Tres a más	7	20.00%	30	18.18%	37	18.50%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 12.06

G. libertad = 3

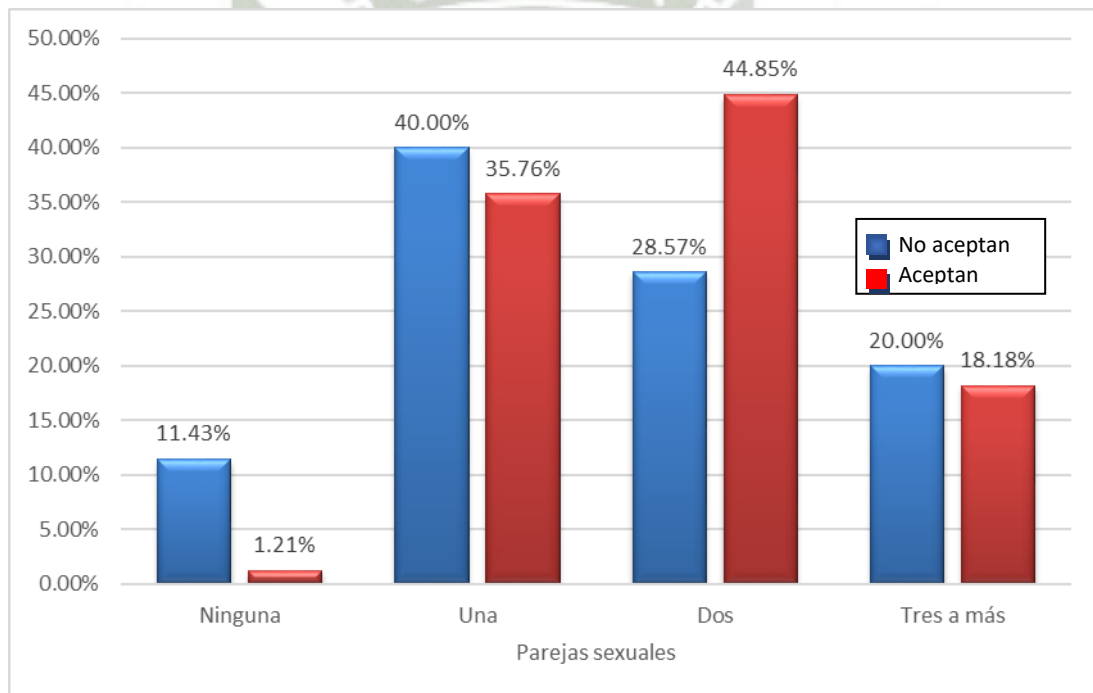
p = 0.01

Tabla 14: Muestra la relación entre número de parejas sexuales de la paciente y la Aceptación al Pap, el número de parejas sexuales entre las mujeres que no aceptan es de una pareja en 40% y en las Aceptan es dos parejas en 44.85% ($p < 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 14

**Relación entre número de parejas sexuales en la paciente y la
aceptación al Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 15

**Relación entre uso de métodos anticonceptivos en la paciente y la
aceptación al Pap**

Método	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	16	45.71%	76	46.06%	92	46.00%
Preservativo	18	51.43%	60	36.36%	78	39.00%
AQV	0	0.00%	14	8.48%	14	7.00%
Inyectables	0	0.00%	7	4.24%	7	3.50%
Píldoras	1	2.86%	4	2.42%	5	2.50%
DIU	0	0.00%	3	1.82%	3	1.50%
P. día siguiente	0	0.00%	1	0.61%	1	0.50%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 7.01

G. libertad = 6

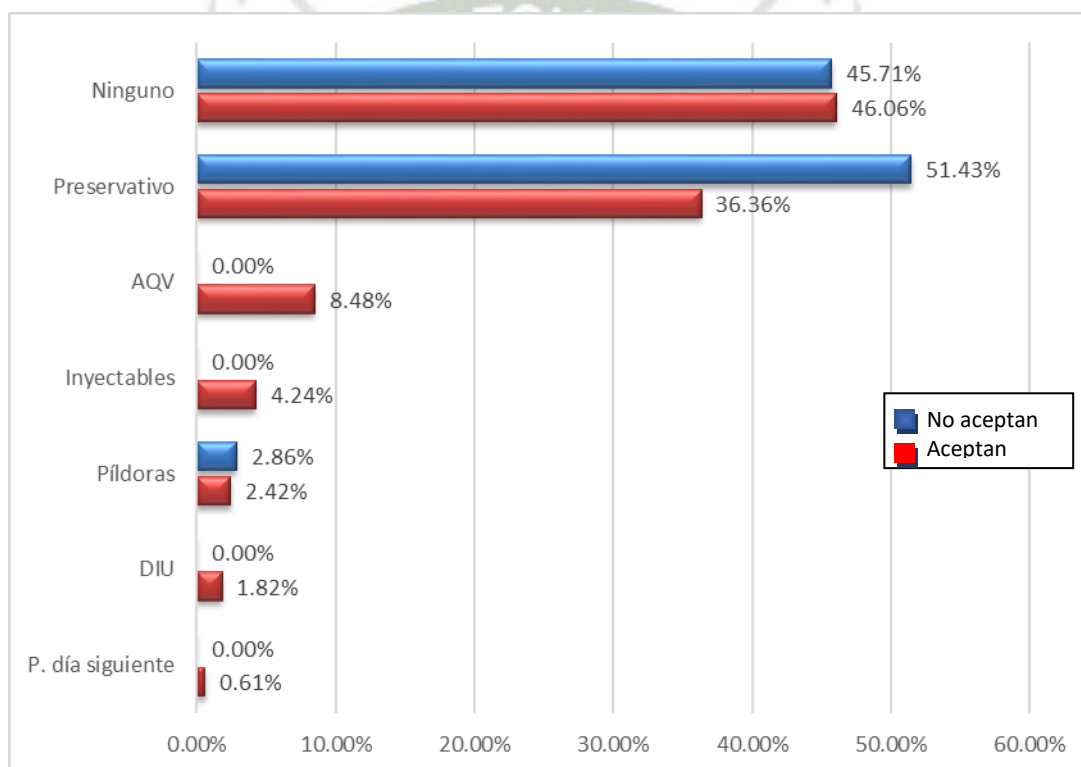
p = 0.32

Tabla 15: Muestran la relación entre uso de métodos anticonceptivos en la paciente y la Aceptación al Pap; el uso de métodos anticonceptivos en los dos grupos de mujeres, la proporción de uso fue similar ($p > 0.05$), con 54.29% de usuarias en el grupo que no aceptan y 53.94% en las que aceptan, siendo el más empleado el preservativo (51.43% y 36.36%, respectivamente).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 15

**Relación entre uso de métodos anticonceptivos en la paciente y la
aceptación al Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 16

**Relación entre uso de preservativo en las relaciones sexuales y la
aceptación al Pap**

Uso de pres.	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	12	38.71%	91	55.83%	103	53.09%
A veces	17	54.84%	71	43.56%	88	45.36%
Siempre	2	6.45%	1	0.61%	3	1.55%
Total	31	100.00%	163	100.00%	194	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 7.91

G. libertad = 2

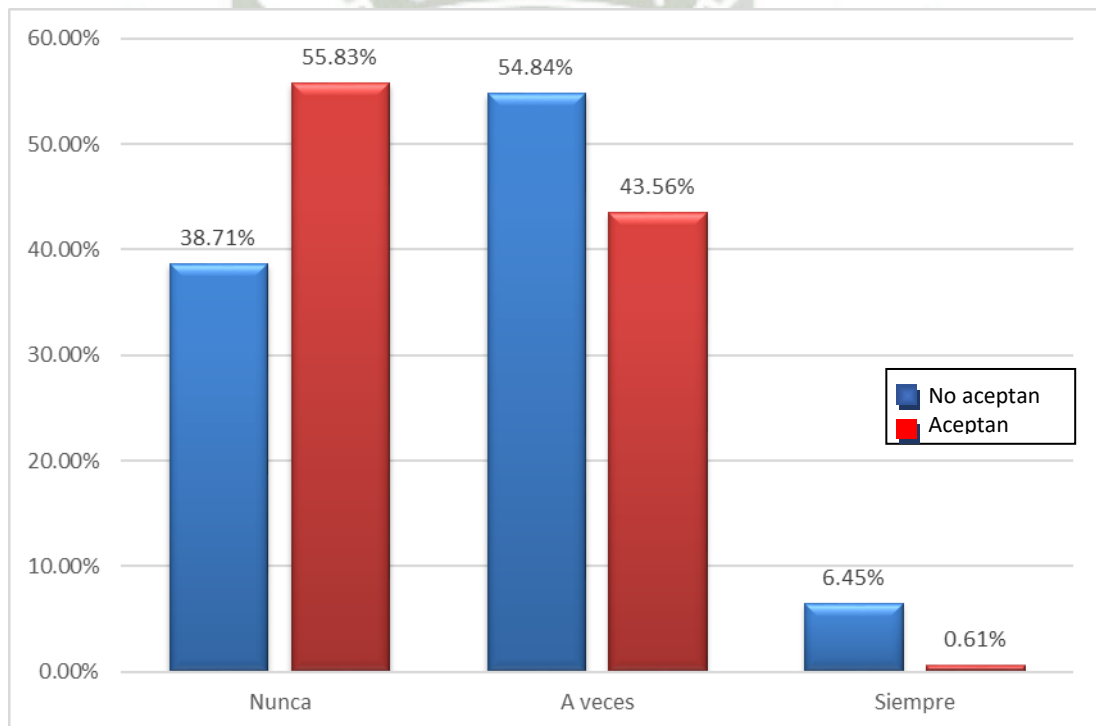
p = 0.02

Tabla 16: Muestra la relación entre uso de preservativo en las relaciones sexuales y la Aceptación al Pap; el uso de preservativo en las relaciones sexuales ocurrió en 61.29% en las que no Aceptan, y en 43.17% en el segundo grupo, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 16

**Relación entre uso de preservativo en las relaciones sexuales y la
aceptación al Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 17

Relación entre antecedente familiar de cáncer y la aceptación al Pap

Antecedente	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin antecedent.	33	94.29%	146	88.48%	179	89.50%
Madre	1	2.86%	6	3.64%	7	3.50%
Tía	0	0.00%	5	3.03%	5	2.50%
Hermana	1	2.86%	4	2.42%	5	2.50%
Abuela	0	0.00%	3	1.82%	3	1.50%
Hija	0	0.00%	1	0.61%	1	0.50%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 2.09

G. libertad = 5

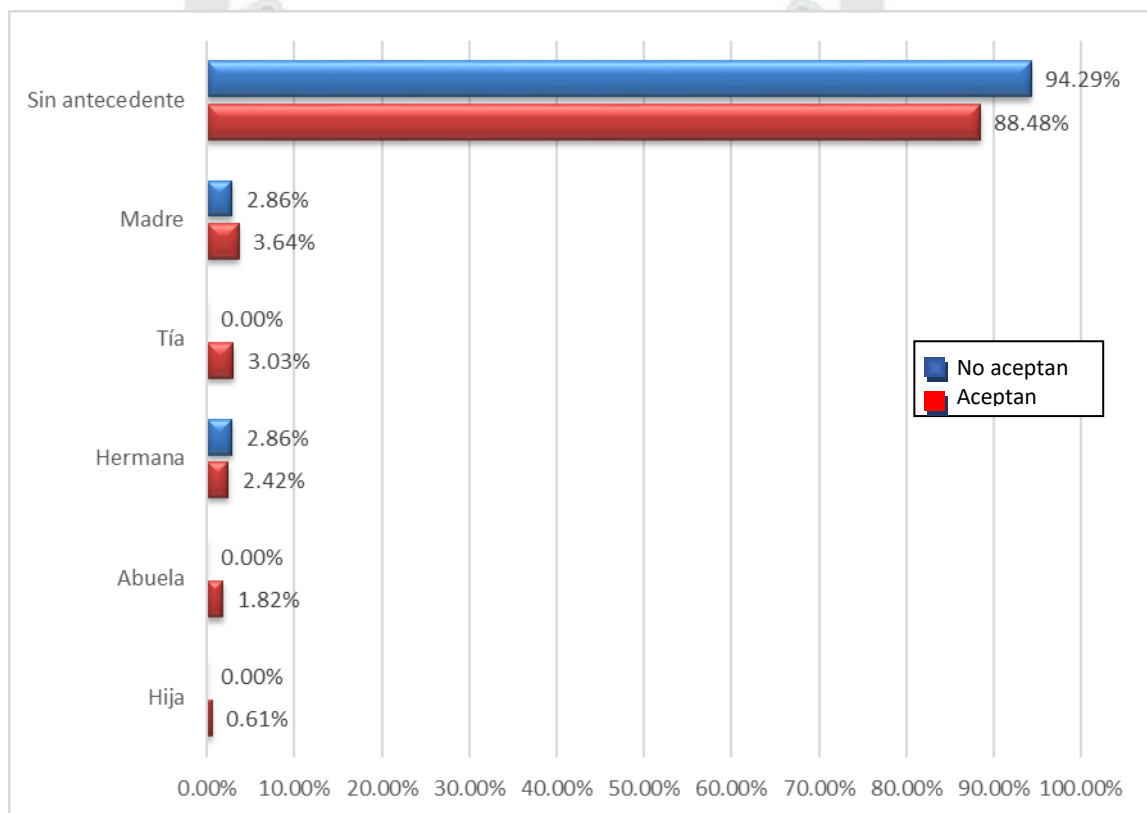
p = 0.84

Tabla 17: Muestra la relación entre antecedente familiar de cáncer y la Aceptación al Pap; entre las mujeres no aceptan hubo antecedente en 5.71%, y en las mujeres que aceptan hubo el antecedente en 11.52%, no hay diferencias significativas ($p > 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 17

Relación entre antecedente familiar de cáncer y la aceptación al Pap



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 18

**Relación entre conocimientos del cáncer de cuello uterino y la
aceptación al Pap**

Conoc. Cáncer	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conoce	14	40.00%	83	50.30%	97	48.50%
No conoce	21	60.00%	82	49.70%	103	51.50%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 1.22$

G. libertad = 1

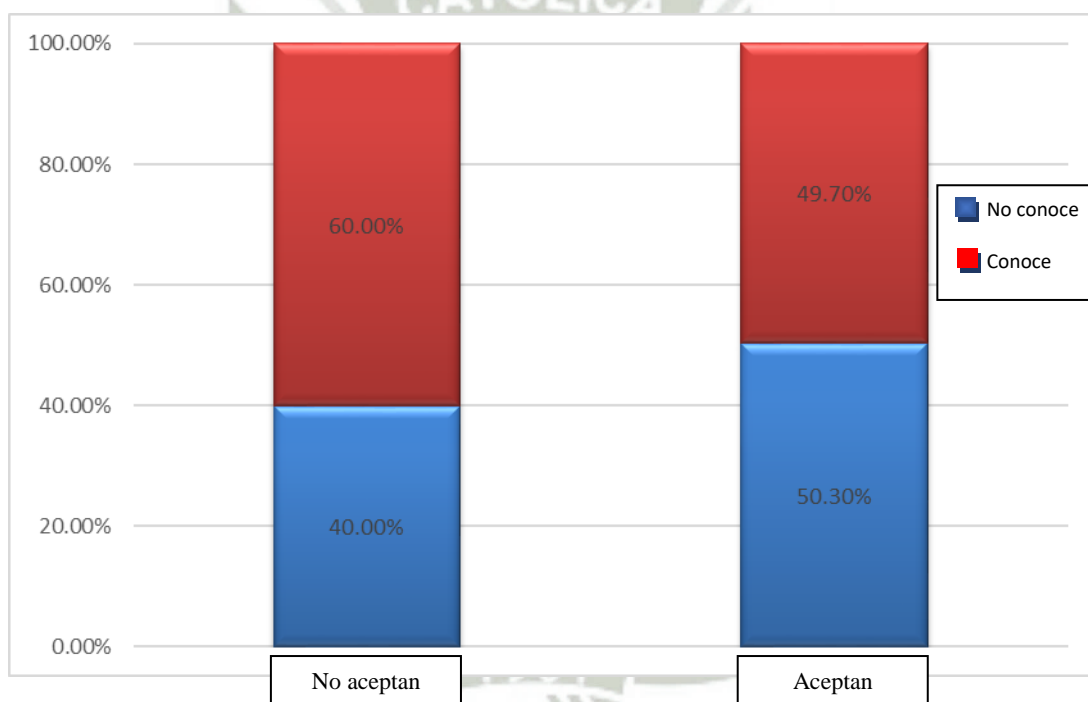
$p = 0.27$

Tabla y Gráfico 18: Muestran la relación entre conocimientos del cáncer de cuello uterino y la Aceptación al Pap; en donde el conocimiento del cáncer de cuello uterino fue similar en ambos grupos (40% en pacientes que no aceptan, 50.30% en las que aceptan; $p > 0.05$). Y el 60% de mujeres que no aceptan desconoce acerca del examen de Papanicolaou, comparado con 49.70% en las que aceptan ($p > 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 18

**Relación entre conocimientos del cáncer de cuello uterino y la
aceptación al Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 19

**Relación entre conocimientos de la utilidad del Pap en la detección del
cáncer de cuello uterino y la aceptación al Pap**

Conoc. Pap	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Conoce	21	60.00%	125	75.76%	146	73.00%
No conoce	14	40.00%	40	24.24%	54	27.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 3.64

G. libertad = 1

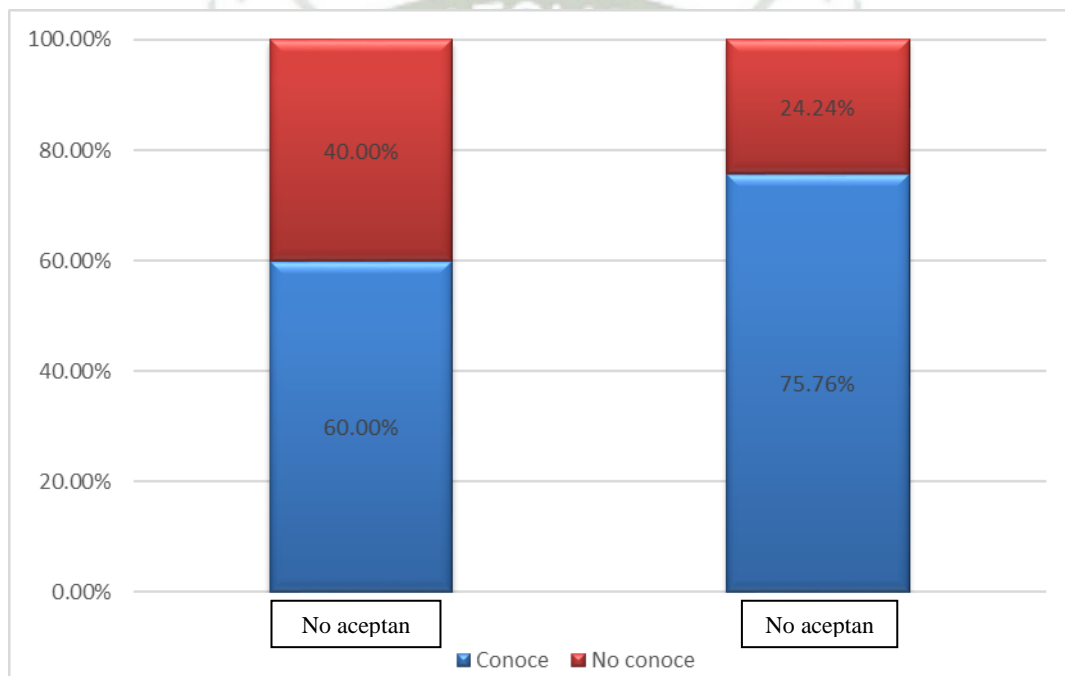
p = 0.06

Tabla 19: Muestra la relación entre conocimientos de la utilidad del Pap en la detección del cáncer de cuello uterino y la Aceptación al Pap; el conocimiento fue en un 60.00% en las que no Aceptan y 75.76% en las que Aceptan. Mientras que el 40.00% y 24.24% de las pacientes que no aceptan y aceptan respectivamente desconocen la utilidad del Pap, no se halló diferencia significativa ($p > 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 19

**Relación entre conocimientos de la utilidad del Pap en la detección del
cáncer de cuello uterino y la aceptación al Pap**



**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Tabla 20

**Relación entre información sobre el examen de Pap en la consulta y
aceptación al Pap**

Recibió inform	No aceptan		Aceptan		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sí recibió	19	54.29%	97	58.79%	116	58.00%
No recibió	16	45.71%	68	41.21%	84	42.00%
Total	35	100.00%	165	100.00%	200	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 0.24

G. libertad = 1

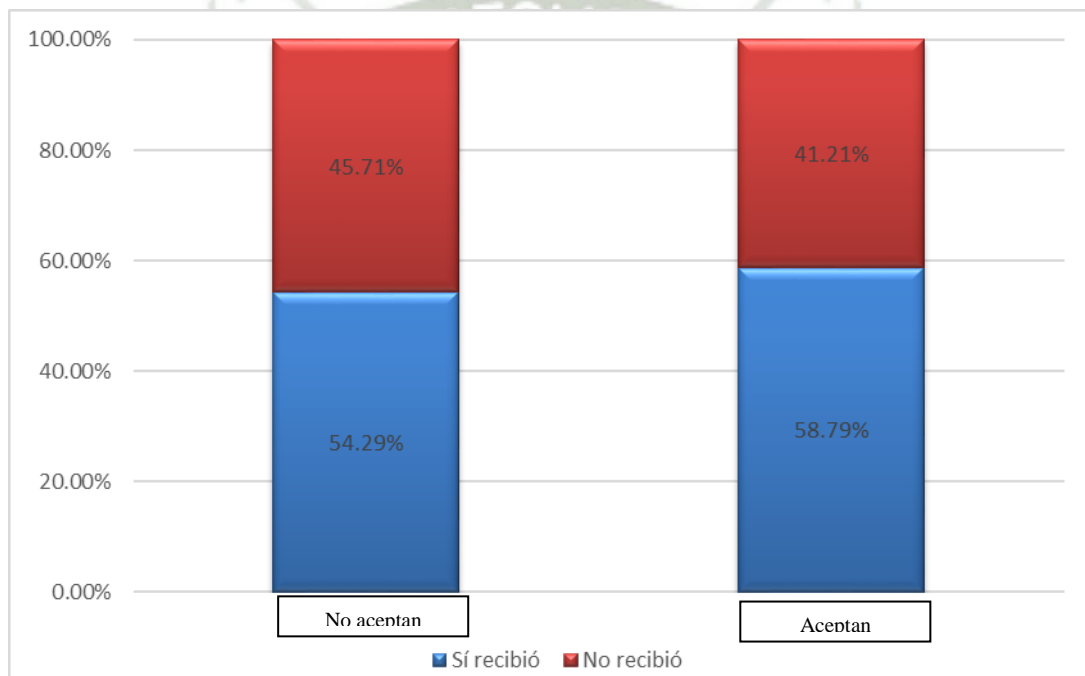
p = 0.62

Tabla 20: Muestra la relación entre información sobre el examen de Pap en la consulta y la aceptación; se aprecia que el 54.29% de mujeres no aceptan recibió información acerca del examen Pap en la consulta, comparada con 58.79% en el grupo que aceptan, diferencia no significativa ($p > 0.05$).

**FACTORES ASOCIADOS A LA CITOLOGÍA CERVICAL (PAPANICOLAOU) EN PACIENTES
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO,
AREQUIPA, 2017**

Gráfico 20

**Relación entre información sobre el examen de Pap en la consulta y
aceptación al Pap**



CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para establecer los factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017. Se realizó la presente investigación debido a la preocupación de los datos estadísticos respecto al cáncer de cuello uterino en nuestro medio y en el mundo, además de determinar cuáles son los factores asociados a la aceptación de la prueba de Papanicolaou en las pacientes que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017, puesto que se ha estudiado poco al respecto. Los datos obtenidos nos ayudarán a enfocar nuestra atención sobre la prevención primaria respecto a la prueba de Papanicolaou en la atención de salud de las mujeres de Arequipa.

Para tal fin se realizó una encuesta a una muestra representativa de 200 mujeres que acudieron al Servicio de Ginecología del hospital y que cumplieron los criterios de selección; Se presentan los resultados mediante estadística descriptiva y se asocian variables con prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la frecuencia de aceptación de las pacientes al examen de Papanicolaou; de las 200 participantes el 82.50% tuvo aceptación al examen y 17.50% no.

En la **Tabla y Gráfico 2** se aprecian las características de la realización del Pap; el 41.21% se realizó el examen en la consulta actual. El examen realizado fue el

primero para las pacientes en el 14.55%, y 46.06% lo hizo en el último año, 12.73% dejó pasar más de un año, 10.91% más de 2 años y en 15.76% más de 3 años. La frecuencia de realización del examen es referido como anual en 19.39%, solo ante molestias en 18.18% y esporádico en 45.45% de casos. Entre las que se realizaron el examen, 64.54% tuvo un resultado normal y 9.22% anormal, y en 26.24% se desconocía el resultado.

Entre las mujeres que no se realizan el examen (**Tabla y Gráfico 3**), el 77.14% siente rechazo hacia el examen, 65.71% nunca acudió antes a una cita para el examen, 1.143% refiere no tener tiempo, 2.86% dice que se olvida o en la misma proporción se dice por falta de dinero. Las razones referidas por las mujeres que rechazan el examen fueron temor al dolor (37.04%), 22.86% no lo considera importante, 11.43% no ha tenido relaciones sexuales y en la misma proporción se desconoce su utilidad, entre otras razones diversas (**Tabla y Gráfico 4**).

El motivo de la consulta en las pacientes por grupo de aceptación se muestra en la **Tabla y Gráfico 5**; entre las pacientes que no aceptan el 22.86% acudió por sangrado, 14.29% por posible infección urinaria y en la misma proporción por patología mamaria, mientras que en las mujeres que aceptan el 13.94% fue por prolapso genital y 11.52% acudió específicamente para realizarse el Pap, entre otras. Los motivos de consulta difirieron significativamente entre los grupos ($p < 0.05$). No se cuenta con otros estudios sobre esta variable y su asociación a la aceptación del Pap.

La **Tabla y Gráfico 6** muestran la edad de las pacientes según grupo de estudio; en las no aceptan predominó la edad entre 20 y 29 años, y en las que aceptan la edad se repartió ente los 20 y 49 años (74.55%). La edad promedio de las no

aceptan fue de 28.97 ± 11.14 años y en las que aceptan 40.10 ± 12.64 años ($p < 0.05$). Cavero encontró en su estudio asociación estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de aceptación, puesto de entre las mujeres que aceptaron el examen de Pap, el 33.33% tuvieron de 42 a más años, mientras que el 44.44% de mujeres que no aceptan el examen de Pap tuvieron entre 18 y 25 años, infiriendo de esto que mientras más edad tengan las mujeres aceptan más la prueba de Papanicolaou (20).

La **Tabla y Gráfico 7** muestran la relación entre la instrucción y la aceptación del Pap; el 51.43% de no Aceptan tiene educación superior, mientras que el 47.88% de Aceptan tiene instrucción secundaria. Cavero en su estudio no halló diferencia significativa en los 2 grupos ($p > 0.05$), puesto que un tercio de mujeres que aceptaron el Pap tuvieron educación secundaria y 40.74% superior comparada, con el 50% de secundaria y 31.48% superior en el grupo que no acepta el Pap (20). Se acepta que las mujeres de más bajo educativo tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más padecen esta enfermedad (8).

La ocupación de las pacientes del primer grupo fue predominantemente estudiante (42.86%), mientras que en las mujeres Aceptan el 54.55% son amas de casa, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$; **Tabla y Gráfico 8**). Según Cavero la ocupación predominante en ambos grupos fueron las labores del hogar (57.41% en el primer grupo y 59.26% en el segundo), de ocupación estudiantes (12.9% aceptan y 18:52% no aceptan), no halló diferencia significativa ($p > 0.05$) (20).

El estado civil de las pacientes se muestra en la **Tabla y Gráfico 9**; entre las que no aceptan el estudio el 62.86% son solteras, mientras que 64.85% de casos del

grupo que acepta son casadas o convivientes, siendo las diferencias significativas ($p < 0.05$). Cavero en su estudio describe que ambos grupos predominan las mujeres convivientes, con 55.56% en el grupo de aceptación y en 57.41% en el grupo sin aceptación, aunque hubo mayor proporción de casadas en el primer grupo (20.37%) comparado con el segundo (7.41%), no hallando diferencia significativa ($p > 0.05$) (20). Pero en un estudio de Vega, Gutiérrez y Terán, refieren que las mujeres que las mujeres que acuden con mayor proporción a realizarse el tamizaje son las casadas, debido a que al tener pareja hay más susceptibilidad a desarrollar cáncer de cuello uterino, en comparación a las mujeres solteras, viudas y divorciadas y viudas, esto puede ser debido a que al no tener pareja en la actualidad, se sienten más seguras de no presentar anomalía. Pero en un estudio de Ortiz, Uribe y Dagond sostienen que hay relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH, pues las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH puesto que tienen más compañeros sexuales, sean éstos permanentes u ocasionales (8).

La **Tabla y Gráfico 10** muestran la religión de las pacientes Aceptan y no Aceptan; no hubo diferencias significativas ($p > 0.05$), predominando la religión católica en ambos grupos (77.14% en las no Aceptan, 67.27% en las Aceptan). Cavero sostiene en su estudio que en ambos grupos la mayoría fueron mujeres católicas (66.67% entre aceptadoras y 55.56% en la no aceptadoras), luego del cual no se halló diferencia significativa entre los 2 grupos ($p > 0.05$) (20). Por lo cual inferimos que no existe impedimento de tipo religioso para que las mujeres se realicen dicho examen (20).

La paridad de las mujeres se muestra en la **Tabla y Gráfico 11**; entre las que no aceptan el estudio el 48.57% fueron nulíparas y el 61.21% de Aceptan fueron multíparas ($p < 0.05$). En el estudio de Ortiz, Uribe y Dagond (8) sostienen que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. Sin embargo no existe ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la literatura al respecto se concluye que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios (8).

El 60% de mujeres que no aceptan tuvo una actividad sexual regular, comparada con 64.24% en las que aceptan, y mostraron una actividad irregular el 28.57% en el primer grupo y el 34.55% en el segundo, y 11.43% de mujeres en el primer grupo no tuvieron actividad sexual, comparada con 1.21% en el segundo grupo; las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$; **Tabla y Gráfico 12**).

La edad de inicio de las relaciones sexuales en los dos grupos fue de 51.43% en el grupo que no acepta y de 51.52% en el grupo que si acepta; además el 28.57% de mujeres que no aceptan oscila entre los 13 y 17 años, comparada con 43.03% en las que aceptan, diferencia también significativa ($p < 0.05$), como se muestra en la **Tabla y Gráfico 13**. Según el estudio de Ortiz, Uribe y Dagond (8), el inicio precoz de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por múltiples parejas sexuales. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, además de que el tiempo de exposición al VPH será mucho mayor.

El riesgo de lesión intraepitelial cuando el inicio de las relaciones sexuales se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (8).

El número de parejas sexuales entre las mujeres no aceptan es de una pareja en 40% y en las que aceptan es dos parejas en 44.85% ($p < 0.05$; **Tabla y Gráfico 14**). Cavero (20) en su estudio describe que en los dos grupos de mujeres la media fue de 2 parejas, llegando a 51.85% de mujeres con 2 o 3 parejas en el grupo con aceptación y al 48.15% en el grupo sin aceptación, no hallando diferencia significativa (20). Según estudio de Ortiz, Uribe y Dagond (8), existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH puesto que tienen más compañeros sexuales, sean éstos permanentes u ocasionales (8).

En la **Tabla y Gráfico 15** se muestra el uso de métodos anticonceptivos en los dos grupos de mujeres, la proporción de uso fue similar ($p > 0.05$), con 54.29% de usuarias en el grupo que no aceptan y 53.94% en las que aceptan, siendo el más empleado el preservativo (51.43% y 36.36%, respectivamente). Cavero en su estudio, describe que el 33.33% de aceptadoras no usan ninguno, en comparación con el 31.48% en el segundo grupo, además describe que entre los métodos más usados están los inyectables en un 28.70% y los anticonceptivos orales en un 23.15% del total de mujeres seguido de los preservativos (13.89 del total) y el método del ritmo en 7.41% del total. Las diferencias no son significativas (20).

El uso de preservativo en las relaciones sexuales ocurrió en 61.29% en las no Aceptan, y en 43.17% en el segundo grupo, siendo las diferencias significativas ($p <$

0.05; **Tabla y Gráfico 16.** Según el estudio de Cavero el uso de preservativos se dio en el 13.89% en ambos grupos (20). Según el estudio de Ortiz, Uribe y Dagond el uso de preservativo (condón) como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cuello uterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH (8).

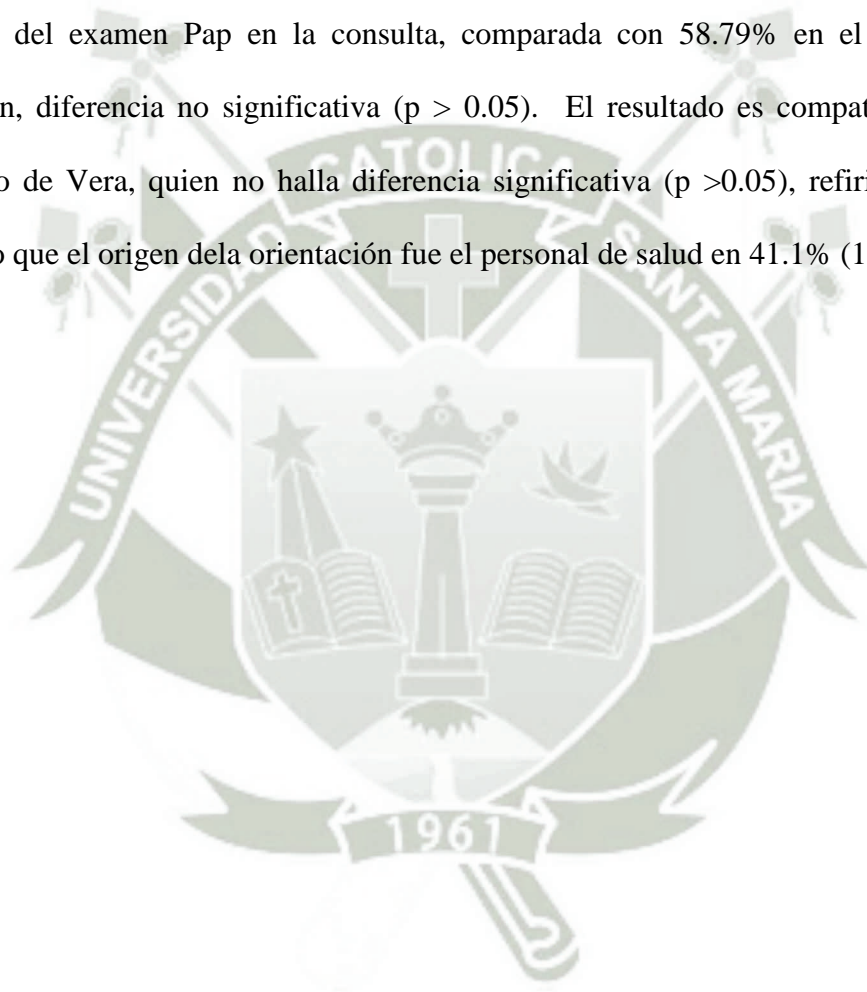
La **Tabla y Gráfico 17** muestran el antecedente familiar de cáncer en las pacientes; entre las mujeres no aceptan hubo antecedente en 5.71%, y en las que aceptan hubo el antecedente en 11.52%, diferencias significativas ($p < 0.05$). Aunque Apaza halla diferencia significativa ($P < 0.05$) en su estudio sobre “conocimiento y cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del HRHD”, predominando el antecedente de cáncer en abuelas, seguido de tías (18).

La **Tabla y Gráfico 18** muestran que el conocimiento del cáncer de cuello uterino fue similar en ambos grupos (40% en no Aceptan, 50.30% en las que aceptan; $p > 0.05$). Y el 40% de mujeres que no aceptan desconoce acerca del examen de Papanicolaou, comparado con 24.24% en las que aceptan ($p > 0.05$); Según Cavero el nivel fue significativamente mejor entre las mujeres que aceptan el examen (81.48%) que entre las que no aceptan (59,26%) con $p < 0.05$ (20). Pero según estudio de Ortiz, Uribe y Dagond sostiene que un mayor conocimiento lleva a la mejor aceptación de la prueba (8).

En la **Tabla y Gráfico 19** muestran la relación entre conocimientos de la utilidad del Pap en la detección del cáncer de cuello uterino y la Aceptación al Pap; el conocimiento fue en un 60.00% en las que no Aceptan y 75.76% en las que

Aceptan. Mientras que el 40.00% y 24.24% de las pacientes no Aceptan y Aceptan respectivamente desconocen la utilidad del Pap, no se halló diferencia significativa ($p > 0.05$).

En la **Tabla y Gráfico 20** muestran la relación entre información preventiva por parte del personal de salud sobre el examen de Pap en la consulta y la aceptación del Pap; se aprecia que el 54.29% de mujeres que no aceptan recibieron información acerca del examen Pap en la consulta, comparada con 58.79% en el grupo que aceptan, diferencia no significativa ($p > 0.05$). El resultado es compatible con el estudio de Vera, quien no halla diferencia significativa ($p > 0.05$), refiriendo en el mismo que el origen de la orientación fue el personal de salud en 41.1% (17).





CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera.- Los factores asociados a la aceptación de la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017 son la edad, el grado de instrucción, ocupación, estado civil, la paridad, actividad sexual, la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el conocimiento de la utilidad del PAP.

Segunda.- Las mujeres que acuden al Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017 son adultas de educación predominante secundaria de ocupación ama de casa y estado civil conviviente o casada, y de religión predominante católica.

Tercera.- Los factores intervencionistas de la realización del examen de citología cervical durante la consulta actual en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017 tuvo una frecuencia de realización de 41.21% y un 9.50% de las pacientes acude al Servicio de Ginecología para la realización de Papanicolaou.

Cuarta.- La frecuencia de aceptación al examen de citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017 fue de un 82.50%.

Quinta.- Los motivos de rechazo en la pacientes que no aceptan examen de citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017, fueron predominante temor al dolor y porque no lo consideran importante.

RECOMENDACIONES

- 1) Concientizar a las mujeres en edad fértil que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado, para que se realicen a la prueba de Papanicolaou.
- 2) A la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado, incrementar la difusión del Papanicolaou para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, orientado así a su prevención.
- 3) A la DIRESA Arequipa mejorar el nivel de información a todo nivel acerca del Papanicolaou, ya que pacientes mejor informadas aceptan realizarse la prueba.
- 4) A los colegios, universidades e institutos superiores de Arequipa para que den charlas sobre educación sexual a los estudiantes.

BIBLIOGRAFÍA

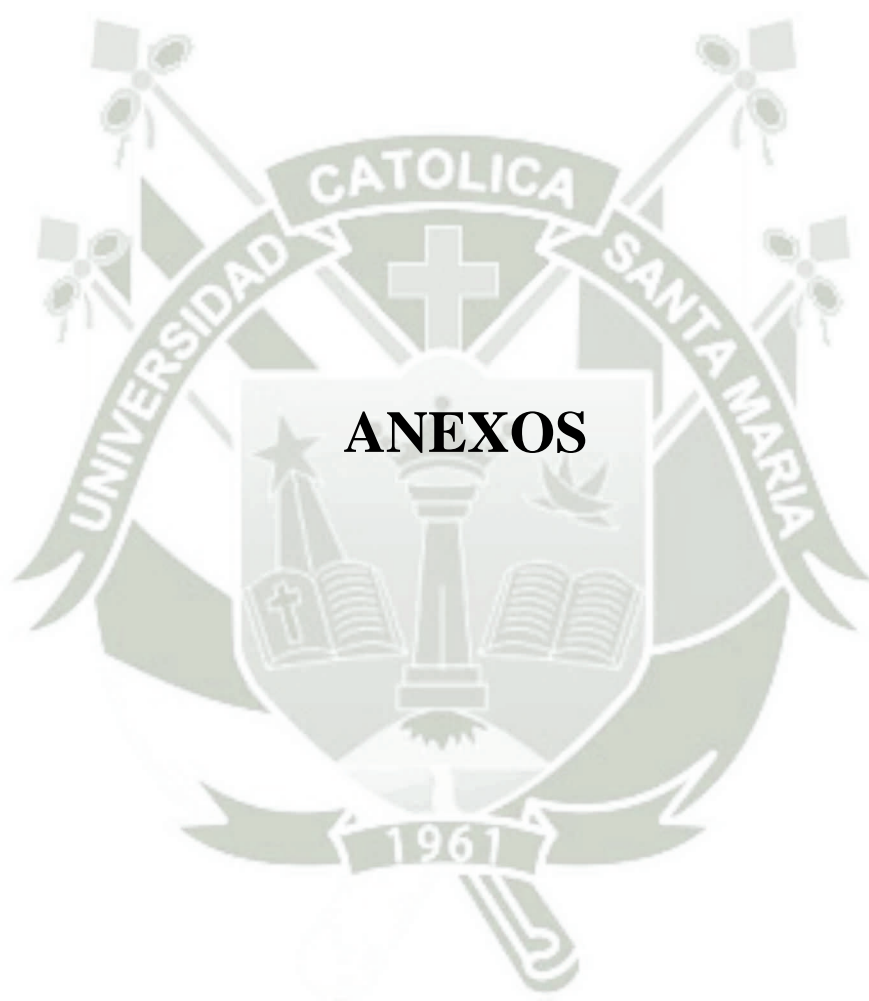
- 1) Screening for cervical cancer. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012;120(5):1222-1238.
- 2) Torre L, Bray F, Siegel R, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2015;65(2):87-108.
- 3) Rojas G, Sánchez López J, Córdova C. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. Revista de especialidades médico-quirúrgicas. 2012;17(2):76-80.
- 4) Guivobich A. Sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2008 al 2013. Horiz Med. 2014;14(3):44-48.
- 5) Peluffo M, Pérez A. Citopatología ginecológica. En: Pérez Sánchez A (ed). Ginecología. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo 2003; 224-244.
- 6) Guía de práctica clínica INEN: cáncer de cuello uterino 2011
- 7) Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2002;67(4).
- 8) Ortiz R, Uribe C, Díaz L, Dagond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004;55(2):146-160.

- 9) Solidoro A. Pobreza, inequidad y cáncer. Acta Médica Peruana. 2010;27(3):204-206.
- 10) Solomon D, Breen N, McNeel T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2007;57(2):105-111.
- 11) Screening for cervical cancer [Internet]. Uptodate.com. 2017 [cited 13 March 2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer?source=search_result&search=papanicolaou&selectedTitle=1~148
- 12) Whitlock E, Vesco K, Eder M, Lin J, Senger C, Burda B. Liquid-Based Cytology and Human Papillomavirus Testing to Screen for Cervical Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine. 2011;155(10):687.
- 13) Manual de Procedimiento para la toma de la muestra de Citología Cervical. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006 p. 16-26. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf
- 14) Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287(16):2114-2119.
- 15) Alvarez C et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Rev. argent. radiol. 2012;76(2): 169-171 .

- 16) Urrutia MT, Gajardo M. Aceptación al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. Rev. chil. obstet. ginecol. , 2015;80(2): 101-110
- 17) Vera RA. Aceptación a la citología cervical para diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los servicios hospitalarios de Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014
- 18) Apaza BP. Conocimiento y cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014
- 19) Huamán M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV – Scientia, 2010; 2(2) : 34-42
- 20) Cavero LE. Factores socioculturales que influyen en la aceptación de la prueba del Papanicolaou, en mujeres que acuden al Hospital de Apoyo Santa Rosa de Puerto Maldonado. Enero a marzo de 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2013.
- 21) Urrutia M, Araya A. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa cáncer

cervicouterino – auge del Servicio de salud metropolitano sur oriente. Rev
ChiObstetGinecol 2010; 75(5): 284 – 289





Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

1. Edad: _____ años
2. Nivel de instrucción: Sin instrucción Primaria Secundaria Superior
3. Ocupación: Ama de casa Estudiante Obrera Empleada
Independiente Comerciante Otra _____
4. Estado civil: Soltera Casada Conviviente Separada Viuda
5. Religión: Católica Evangelista Adventista Testigo de Jehová
Atea Otra _____
6. ¿Número de hijos? _____ hijos
7. ¿Mantiene relaciones sexuales regulares? No Sí
8. Edad en que inicio relaciones sexuales: _____ años
9. Número de parejas sexuales en su vida:
Ninguna Una Dos Tres a más
10. ¿Usa algún método anticonceptivo? ¿Cuál?
Ninguno preservativo anticonceptivos orales inyectables otro _____
11. ¿Usa preservativo durante las relaciones sexuales? Nunca a veces siempre
12. ¿Tiene antecedente familiar de cáncer de cuello uterino?
No Madre Hermana Tía Hija
13. ¿Tiene conocimiento del cáncer de cuello uterino? Sí No
14. ¿Tiene conocimiento de la utilidad del examen de Papanicolaou? Sí No
15. ¿Se ha hecho el examen de Papanicolaou? No Sí
16. Si se ha hecho el examen, ¿hace cuánto tiempo se lo hizo?
En el último año Hace más de un año Más de 2 años Más de 3 años
17. ¿Cuál es la frecuencia en la realización del examen de Papanicolaou?
Bianual (2 veces año) Anual Esporádico Ante molestias

(Continúa atrás)

18. ¿Cuál fue el resultado de su examen de Papanicolaou (el último)?

Desconoce Normal Anormal _____

19. ¿Cuál es el motivo de consulta actual?

Dolor pélvico sangrado genital flujo genital otra

20. ¿Se le realizó examen de Papanicolaou durante la consulta actual?

Sí No

21. ¿Cuál es la razón por la que NO se realizó examen de Papanicolaou durante la consulta actual?

Sangrado genital flujo genital dolor pélvico otra _____

22. ¿Cuándo se hizo el examen de Papanicolaou ¿sintió alguna molestia?

No Sí : dolor sangrado otra _____

23. ¿Usted recibió información preventiva sobre el examen de Papanicolaou durante la consulta actual?

Sí No

24. Si NO se ha hecho el examen de Papanicolaou ¿Cuál es el motivo?

Nunca acudió a control para examen

No acudió a las siguientes citas

Rechazo al examen

Motivos

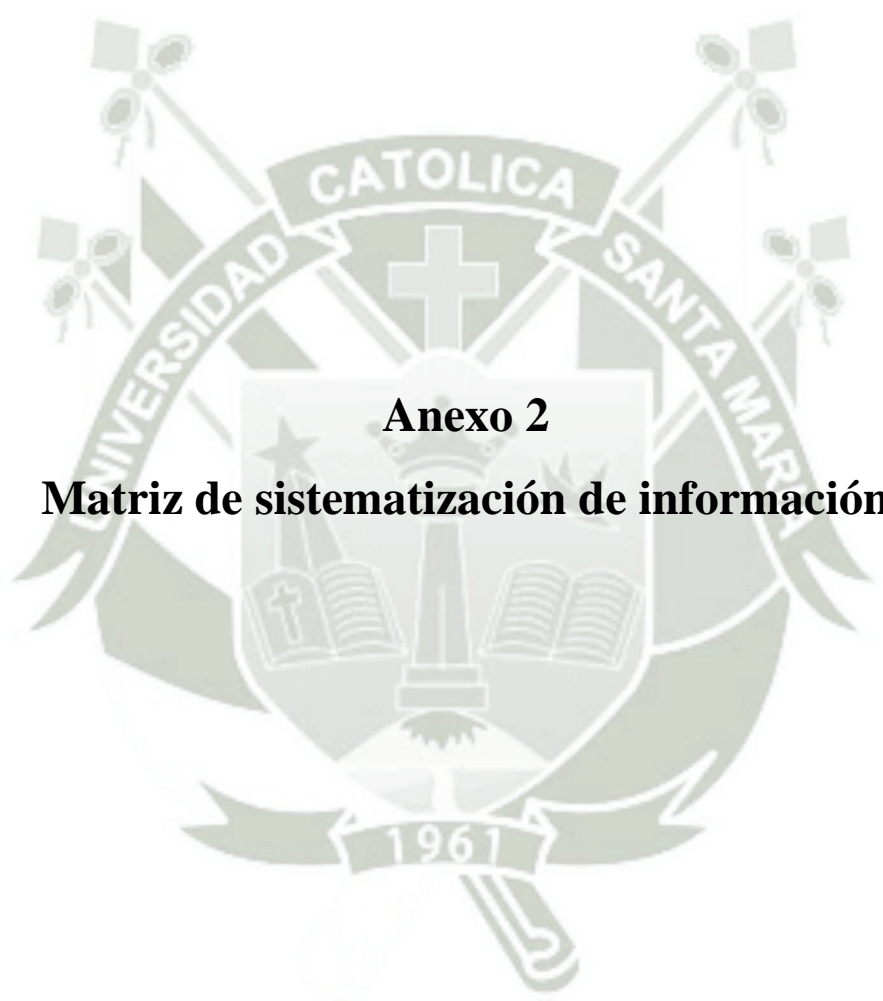
- No conozco para qué sirve
- No lo considero importante
- Me da temor el dolor
- No tengo confianza en el examen
- Porque trae complicaciones como infección, hemorragia o cáncer
- Porque sólo lo deben hacer personas con muchas parejas sexuales
- Oposición de la pareja
- Mala relación proveedor usuaria
- Otra razón _____

Por olvido

Por falta de tiempo

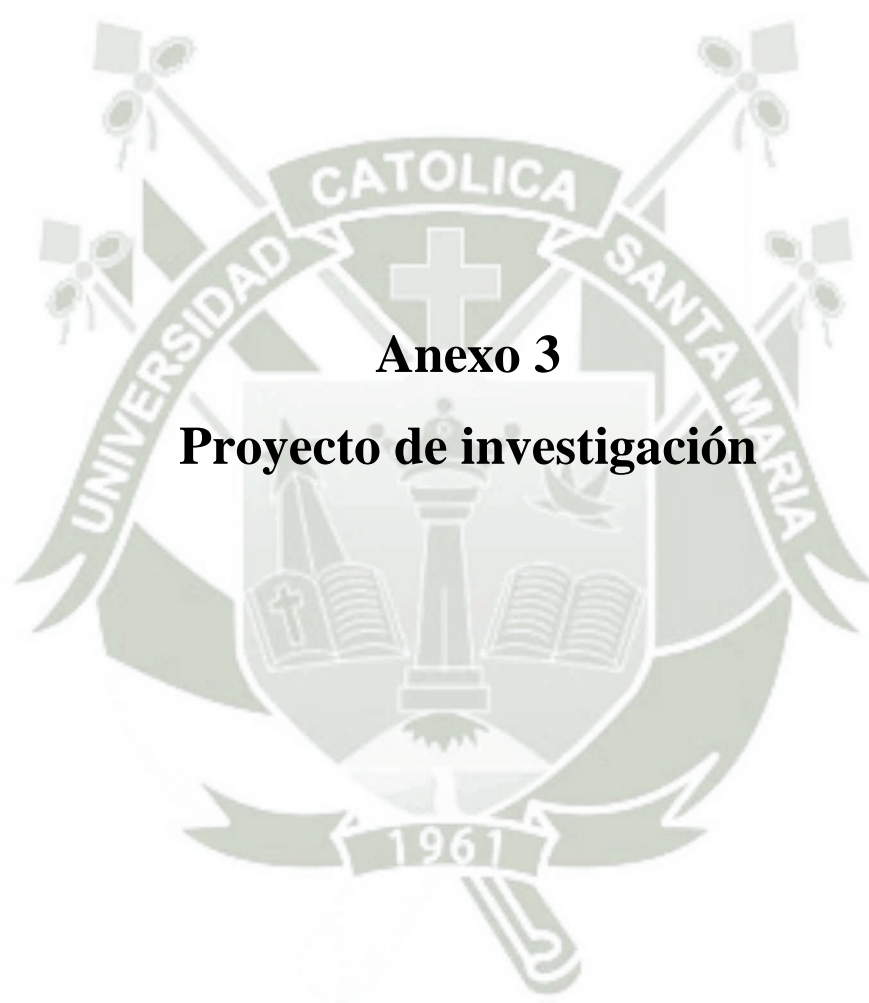
Por falta de dinero

Gracias por su participación.



Anexo 2

Matriz de sistematización de información



Anexo 3

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERITFORTITUDONOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“Factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017”

**Proyecto de Investigación presentado por:
SUSAN MARIELY LIMACHE CUTIPA**

Proyecto de Tesis para Obtener el Título de
Médica-Cirujana.

**ASESOR: DR. JOHN WILLY TURPO PRIETO
MÉDICO GINECO-OBSTETRA**

**Arequipa - Perú
2017**

I. PREÁMBULO

El cáncer de cuello uterino es un problema principal de la salud pública, cuya epidemiología ha experimentado cambios importantes sobre todo en la segunda mitad del siglo XX, a raíz de la implementación rutinaria de la citología cervical por parte de los sistemas de salud públicos y privados, no sólo disminuyendo la incidencia e índice de mortalidad sino identificando un gran número de neoplasias preinvasoras (1).

El cáncer de cuello uterino es el cáncer ginecológico más fácil de prevenir con pruebas de detección periódicas y seguimiento de los resultados de las pruebas. A pesar de ello, el cáncer de cérvix sigue siendo una de las principales causas de muerte por cáncer y la principal causa de cáncer en mujeres en edad reproductiva. Al parecer la cultura de prevención no ha sido lo suficientemente intensiva para lograr un cambio de actitudes, sobre todo en los grupos de riesgo. El advenimiento de la vacuna contra VPH tiene poco tiempo de aplicación, y como su aplicación no es universal sino a determinados grupos poblacionales, aún no se sabe si su utilidad será la más adecuada. Por tal motivo, la detección temprana sigue siendo la principal forma de prevención.

Se entiende por cobertura efectiva a la proporción de la población que completa totalmente la recomendación a un tratamiento o programa de prevención. Esta definición es útil tanto para las acciones de salud sobre las personas, así como para las acciones de salud pública o de base poblacional. Se requiere una cobertura del Papanicolau del 80% sostenida por 10 años para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello invasor. En el caso particular del PAP, la cobertura es el mayor factor a tener en cuenta para el éxito del programa. Hay que tener en cuenta la necesidad de la “continuidad” de la atención, determinada por la Aceptación y los factores asociados al abandono del tratamiento o ausencia de los controles.

Para explicar la Aceptación a un test y su posible falla, es necesario considerar las barreras que existen en la población y en el sistema de salud. El personal de salud es el principal promotor de las medidas de detección tempranas a través de la educación en salud de las pacientes. Esta educación, que debe comenzar en la familia y en la escuela, debe ser permanente en la atención en salud. Es por ello que el médico de familia debe promocionar la prevención del cáncer desde una edad temprana para lograr reducir la presentación de un cáncer de tan elevada frecuencia y de detección sencilla.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

6. Problema de investigación

6.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017?

6.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Ginecología
- Línea: Papanicolaou

b) Operacionalización de Variables

b.1. Factores socioculturales asociados

Variable	Indicador	Unidad	Escala
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Instrucción	Último año aprobado	Sin instrucción, primaria, secundaria, superior	Ordinal
Ocupación	Actividad ocupacional	Ama de casa, empleada, obrera, independiente, comerciante, estudiante, otra	Nominal
Estado civil	Unión civil	Soltera, casada, conviviente, separada, viuda	Nominal
Religión	Directa	Católica, adventista, evangelista, otra	Nominal
Paridad	Número de hijos	0, 1, 2, 3	De razón

b.2. Factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou)

Variable	Indicador	Unidad	Escala
Edad de inicio de relaciones sexuales	Referido por la encuestada	Años	De razón
Número de parejas sexuales en su vida	Referido por la encuestada	Ninguna, una, dos, tres o más	Nominal
Uso de método anticonceptivo	Referido por la encuestada	Ninguno, preservativos, anticonceptivos orales, inyectables, DIU, otro	Nominal
Uso de preservativo durante la relación sexual	Referido por la encuestada	Nunca, a veces, siempre	Nominal
Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino	Historia de cáncer familiar	No, madre, tía, abuela, hermana, hija	Nominal
Conocimiento del cáncer de cuello uterino	Referido por la encuestada	Si / No	Nominal

Conocimiento de la utilidad del examen de Papanicolaou	Referido por la encuestada	Si / No	Nominal
Cumplimiento del Papanicolaou	Realización del examen	Si / No	Nominal
Frecuencia de realización del examen	Frecuencia	Bianual, anual, esporádico, ante molestias	Nominal
Tiempo transcurrido desde que se realizó el último examen de Papanicolaou	Referido por la encuestada	En el último año, hace más de 1 año, hace más de 2 años, hace más de 3 años.	Nominal
Resultado del el último examen de Papanicolaou	Referido por la encuestada	Desconoce, normal, anormal	Nominal
Motivo de no aceptación del examen de Papanicolaou	Referido por la encuestada	Temor al examen, desconocimiento, desconfianza, oposición de la pareja, mala relación proveedor /usuaria, falta de tiempo, por olvido, falta de dinero, otro	Nominal

b.3. Factores intervencionistas asociados a la citología cervical (Papanicolaou) durante la consulta actual

Variable	Indicador	Unidad	Escala
Motivo de consulta actual	Referido por la encuestada	Dolor pélvico, Sangrado genital, Flujo genital, Examen de Papanicolaou, Otra.	Nominal
Realización del Examen de Pap. durante la consulta actual	Referido por la encuestada	Si / No	Nominal
Razón por la que no se realizó el examen de Pap. durante la consulta actual	Referido por la encuestada	Sangrado genital, flujo genital, dolor pélvico, otro	Nominal
Información preventiva sobre el Pap. durante la consulta actual	Referido por la encuestada	Si / No	Nominal
Molestias durante el examen de Pap.	Referido por la encuestada	No / si (dolor, sangrado, otro)	Nominal

c) **Interrogantes básicas**

- 1) ¿Cuáles son los factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017?
- 2) ¿Cuáles son las características socioculturales de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017?
- 3) ¿Cuál es la frecuencia de aceptación de la citología cervical (Papanicolaou) durante la consulta actual en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017?
- 4) ¿Cuál es la frecuencia de realización de la citología cervical (Papanicolaou) en la consulta actual en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017?
- 5) ¿Cuáles son los motivos de rechazo en pacientes que no aceptan la citología cervical (Papanicolaou) del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** La presente investigación es un estudio observacional, prospectivo y de corte transversal.

6.3. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer los factores asociados a la Aceptación al examen de citología cervical (Papanicolaou) en pacientes que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa. Aunque se han realizado estudios acerca del Papanicolaou para la detección temprana del cáncer cervical, ninguno en nuestro medio ha analizado su Aceptación y los factores relacionados, por lo que el estudio es **original**.

Tiene **relevancia científica**, porque se aplican los conocimientos de un examen para la detección temprana de un tipo de cáncer frecuente en nuestro medio y los motivos de su no cumplimiento.

Tiene **relevancia práctica**, porque permitirá identificar si las medidas promocionales del examen tienen efecto en lograr una adecuada cobertura y a la vez identificar los factores que influyen en su no realización para modificarlos.

Tiene **relevancia social**, porque se beneficiará a la población femenina en edad reproductiva y por encima de la misma para mejorar la cobertura del examen de Papanicolaou.

El estudio es **contemporáneo** ya que el cáncer de cuello uterino y su prevención constituyen un interés permanente para las políticas nacionales de salud.

El estudio es **factible** de realizar por tratarse de un diseño prospectivo en el que se cuenta con una población accesible.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación

en el campo de la prevención en salud, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.



7. Marco conceptual

Cáncer de cuello uterino

Concepto

El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más común en las mujeres en todo el mundo, y sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en mujeres en los países en vías de desarrollo (2).

El reconocimiento del papel etiológico de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) en el cáncer cervical ha llevado a la recomendación de añadir la prueba del VPH con el régimen de detección en mujeres de 30-65 años de edad. Sin embargo, en mujeres que tienen síntomas, resultados anormales de las pruebas de detección, o una lesión grave del cuello uterino se evalúan mejor con colposcopia y biopsia (3, 4).

En el cuello uterino normal podemos distinguir dos tipos de epitelio: uno cilíndrico monoestratificado que reviste el canal endocervical y otro pavimentoso poliestratificado en el exocérvis. La zona límite entre ambos epitelios, denominada unión escamocilíndrico escamocolumnar reviste gran importancia debido a que es donde se realiza la transformación de un epitelio en otro (metaplasia) y por ser el asiento más frecuente de las lesiones neoplásicas (5).

Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados (3).

Epidemiología

Según GLOBOCAN 2012 se estimó 527.600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 265.700 muertes en todo el mundo en el 2012. El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más comúnmente diagnosticado y la tercera causa de muerte por cáncer en las

mujeres en países menos desarrollados. Las tasas de incidencia son más altas en el África subsahariana, América Latina y el Caribe, y Melanesia y las más bajas en Asia occidental, Australia, Nueva Zelanda y América del Norte. Casi el 90% de las muertes por cáncer de cuello uterino ocurrieron en los países menos desarrollados: 60.100 muertes en África, 28.600 en América Latina y el Caribe y 144.400 en Asia. La India, el segundo país más poblado del mundo, representó el 25% de las muertes por cáncer cervical (67.500 muertes). En África Oriental, Medio y Meridional, así como en Melanesia, el cáncer cervical es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres. La gran variación geográfica en las tasas de cáncer cervical (desde el 21% en África y el 16% en América Latina y el Caribe hasta el 9% en Asia y el 5% en América del Norte), refleja las diferencias existentes en la disponibilidad de recursos de detección del cáncer de cuello uterino lo que permite la eliminación de lesiones precancerosas y la disminución de la prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (2).

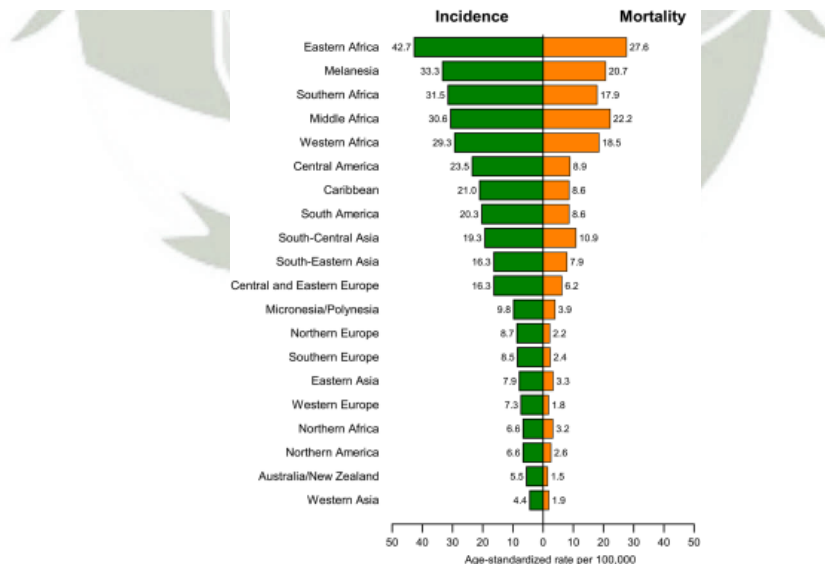


Figura 1: Incidencia del cáncer cervical y tasas de mortalidad por áreas en el mundo.

El Perú ocupa el cuarto lugar en tasa de incidencia y mortalidad entre los países latinoamericanos, superado por Haití, Bolivia y Paraguay. En el año 2011 se estimó que ocurrieron 5658 casos de cáncer de cuello uterino y 2663 defunciones. Las tasas de incidencia estandarizada para el 2002 en Lima, Arequipa y Trujillo fueron de 23.5: 35.2 y 52.4 casos por cien mil mujeres por año, respectivamente. En mujeres provenientes de Loreto, en el INEN se encontró una frecuencia de 38% (2002-2004) (6).

Para el año 2011, según el Ministerio de Salud, constituye la primera causa de muerte en las mujeres peruanas seguida del cáncer de mama y de estómago (6).

La incidencia de cáncer invasivo aumenta considerablemente con la edad, con un pico máximo entre los 45 y 60 años. El de las lesiones precancerosas, se presenta en el caso del carcinoma in situ con una media de 38 años y en el de la displasia de 34 años. Si desglosamos la mortalidad por estratos de edad, comprobamos que ésta es creciente con la misma, no habiendo casos en edades inferiores a los 25 años. Al grupo etario de 30-34 años le corresponde unas tasas de 1,12 por 100.000 y al de 35-39 de 2,12 (1).

En lo que respecta a supervivencia, los porcentajes de curación en el carcinoma in situ los cinco años oscilan entre el 95%-100%, en el estadio I son del 80%, en el estadio II del 60%, en el III del 30%-40% y en el IV los porcentajes son muy bajos (2).

Las tasas de supervivencia al cáncer cervicouterino son significativamente más bajas en los países en desarrollo. Las variaciones en la incidencia y la mortalidad del cáncer cervicouterino pueden relacionarse con diferencias en el acceso a los servicios y en la calidad de los mismos. Otros factores que influyen en ellas pueden ser la ubicación geográfica, la situación socioeconómica y la educación, así como aspectos culturales y psicosociales (2).

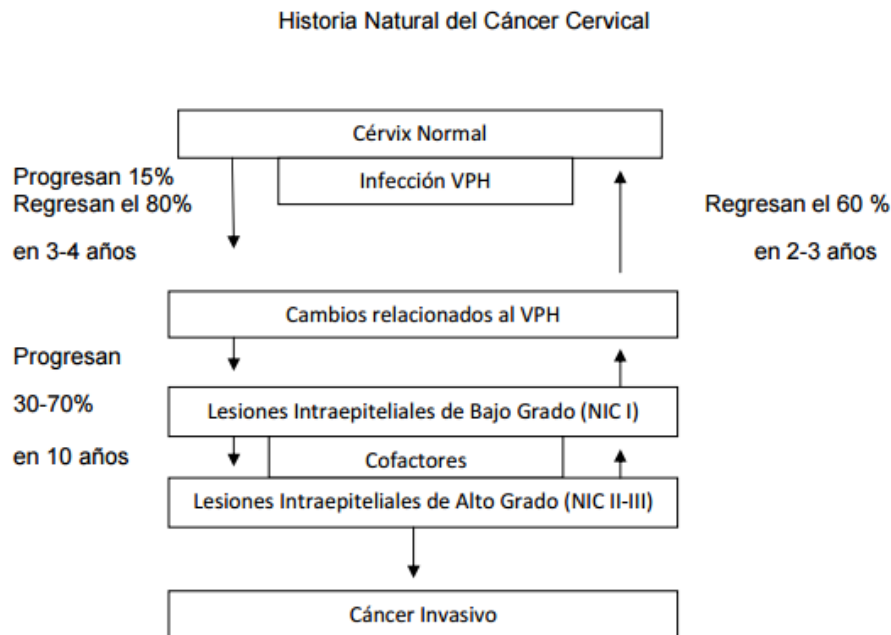
Historia natural del cáncer de cuello uterino

La historia natural del cáncer de cuello uterino implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales NIE I, II y III o carcinoma in situ –CIS). La prevalencia global de estas lesiones preinvasoras es de 10 a 15%. Las edades de máxima prevalencia son entre los 15 y 30 años para la NIE I, 30 a 34 años para NIE II, y 35 a 49 para NIE III. La tasa de progresión de la neoplasia intraepitelial cervical se encuentra entre el 6% y el 34%, esto refleja el notable rango de diferencia debido a las condiciones de desarrollo de los diferentes países, además de diferentes estrategias de detección precoz en distintas poblaciones, diferentes factores socioculturales y socioeconómicos, además de distintos estándares de atención sanitaria.

Según distintos estudios, la NIE I regresa en cerca del 70% de los casos mostrando en cambio la NIE III una tasa de progresión a carcinoma invasor de hasta 70% y una tasa de regresión de 32%. La NIE II muestra tasas de progresión a CIS o neoplasia más severa de 25%, siendo su riesgo relativo de progresión a CIS de 4,2 y a neoplasia más severa de 2,5 (7).

Por lo cual el precursor directo del cáncer cervical es la lesión de alto grado (también conocido como NIC II y NIC III) el cual puede progresar a cáncer en un periodo de hasta 10 ó más años. La mayoría de lesiones de bajo grado (NIE I) desaparecen sin tratamiento o no avanzan, sobre todo en mujeres jóvenes. Sin embargo los casos que ocurren en países menos desarrollados, en donde no hay programas de tamizaje en funcionamiento y la enfermedad ha estado presente durante periodos de tiempo más largos, son menos probables de regresar o desaparecer (7).

Figura N° 2: Historia natural el cáncer cervical



Factores de riesgo

El cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas (NIC) se comportan como una enfermedad de transmisión sexual, asociada especialmente a la infección por el virus del papiloma humano (VPH), aunque existe cierta susceptibilidad genética entre las mujeres con presencia simultánea de HLA-B*07 y HLAB*0302, pero con disminución del riesgo entre quienes tienen HLA-DRB1*1301. Otros factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino son: (8)

A. Infección por el VPH: es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. El VPH produce una infección selectiva del epitelio de la piel y de la mucosa genital. Estas infecciones pueden ser asintomáticas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico (los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 66 y 68). El papel que

desempeña el VPH tiene que ver con los genes precoces (E1 a E7) y tardíos (L1 y L2) que tiene el virus. La integración normalmente ocurre entre el E1 /E2, produciendo una alteración de la integridad y la expresión génica. Estos fragmentos codifican proteínas de unión al ADN que regulan la transcripción y la replicación viral. En los serotipos de VPH 16 y 18, la proteína E2 reprime el promotor a través del cual se transcriben los genes E6 y E7. Parece ser que los únicos factores virales necesarios son los E6 y E7 para la inmortalidad de las células epiteliales del tracto genital humano. Además, estas dos oncoproteínas forman complejos con otras proteínas reguladoras de las células (la P53 y pRB) que producen degradación rápida de la P53 e impiden, por tanto, su función normal en respuesta al daño del ADN inducido por otros factores. Normalmente los niveles elevados de P53 pueden producir la detención del crecimiento celular permitiendo de esta forma la reparación del ADN o la apoptosis (8).

B. Características de la conducta sexual

Número de compañeros sexuales: Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH. Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH puesto que tienen más compañeros sexuales, sean éstos permanentes u ocasionales (8).

Edad del primer coito: El inicio precoz de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas, como ya fue explicado en el apartado anterior. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, además de que el tiempo de exposición al VPH será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial

cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (8).

Características del compañero sexual: Cada vez hay más evidencias que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, a pesar de que no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; puesto que, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia (8).

Enfermedades de transmisión sexual. Existe asociación de cáncer de cuello uterino con sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con infección por Chlamydia trachomatis o herpes simplex (8).

C. Factores asociados a la reproducción

Paridad: Se ha establecido que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. Sin embargo no existe ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la literatura al respecto se concluye que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios (8).

Edad del primer parto. Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino (8).

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

cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, la literatura acerca de la evidencia al respecto es insuficiente, por lo cual es bastante controvertido (8).

D. *Tabaquismo:* Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y el hábito de fumar en cuanto a la duración e intensidad del mismo. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras (8).

E. *Métodos anticonceptivos*

Anticonceptivos orales: Se cree que el uso prolongado de anticonceptivos orales se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial, pero esta evidencia es controvertida y no es completamente consistente. Se plantea que esta asociación de los ACOS con el cáncer tiene probablemente más relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; puesto que, se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años (8).

Métodos de barrera: El uso de preservativo (condón) como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cuello uterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH (8).

F. *Factores psicosociales:*

Condición socioeconómica y cultura: Diversos estudios han demostrado controversia respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como las mujeres inmigrantes extranjeras tienen mayor incidencia de

cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más padecen esta enfermedad (8).

Actualmente el cáncer de cuello uterino vive un drama epidemiológico; puesto que las elevadas tasas de mortalidad por cáncer de cérvix se registran en los países más pobres del mundo; en donde la población “blanco “objetivo debe ser sometida a tamizaje para cáncer cervical usando tecnología disponible para la detección oportuna, faltando solo la decisión política de los diferentes estados para su implementación (9).

Educación en salud. Existe relación entre las mujeres y su nivel académico, pues se ha evidenciado que cuando las mujeres tienen un bajo nivel académico acuden hasta 2,5 veces menos a citología cervical, ya que esto está relacionado con el grado de conocimientos generales en salud (8).

Rol que percibe la mujer de su feminidad. Tanto la identidad personal que tienen las mujeres, así como de su sexualidad, determina la capacidad para tomar decisiones autónomas frente a su estado de salud (8).

E. Factores asociados con la calidad de la atención: En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, esto sugiere la existencia de elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido (8).

Citología cervical

El concepto de utilizar citología exfoliativa para identificar mujeres con cáncer cervical invasivo fue introducido por Papanicolaou y Babes en 1920. Papanicolaou refinó la técnica y demostró que la citología convencional puede también ser usado para identificar lesiones pre cancerosas del cérvix. Actualmente la citología cervical previene el desarrollo de cáncer cervical más que simplemente identificar casos en estadios tempranos. En 1960, la citología cervical empezó a hacer usada ampliamente en muchos países desarrollados como técnica para prevenir el cáncer cervical (10).

Prueba de Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou (Pap) se compone de células de la muestra del cuello uterino y vagina. Se puede identificar células anormales de la zona de transformación y la unión escamo-columnar donde surgen la displasia cervical y el cáncer. Existe una considerable variabilidad entre observadores en la interpretación de la prueba, pero ésta disminuye para las pruebas con las anomalías más graves. El diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical o carcinoma de cuello uterino requiere una biopsia para estudio histológico (11).

La prueba de Papanicolaou es más sensible para la detección de tumores malignos de células escamosas que el adenocarcinoma y el adenocarcinoma in situ, debido a que el adenocarcinoma implica el tejido glandular del canal cervical interno y puede ocurrir en varios sitios dentro del canal ("lesiones a saltos"). Esto hace que sea más difícil de detectar por la prueba de Papanicolaou de rutina (11).

Actualmente existen 2 pruebas de Papanicolaou:

- **Prueba de Papanicolaou convencional:** La muestra consiste en células del cuello uterino obtenidas con un cepillo o una espátula, que se coloca directamente en un portaobjetos y se fija con un fijador químico disponible. Con las pruebas convencionales, las muestras para la prueba de VPH se recogen por separado (11).
- **Prueba de Papanicolaou base líquida (o capa fina):** En ésta la citología se compone de células que se muestrean de manera similar, pero después se colocan en un medio de transporte de líquido, que va a centrifugarse posteriormente o filtrar en el laboratorio y se obtiene delgadas capas en las diapositivas. La prueba del VPH se puede realizar en esta muestra (11).

Los programas de cribado con citología convencional sean usado durante años, pero las pruebas más recientes como el uso de base líquida en la prueba de Pap podrían mejorar el cribado. Aunque las revisiones sistemáticas de ensayos aleatorios que compararon las pruebas de base líquida y de Papanicolaou convencional no han encontrado una mejor efectividad de la muestra o la mejora de la detección de precursores de cáncer con pruebas de base líquida Sin embargo, la citología de base líquida puede aumentar el rendimiento de muestras adecuadas, tales como aquellos con presencia de sangre y signos de inflamación (12).

Recomendaciones antes del Papanicolaou

Antes de la toma de muestra de Papanicolaou se tiene que tener presente las siguientes recomendaciones.

- No haber tenido relaciones sexuales durante las 24 horas previas a la toma de muestra.
- La muestra será tomada preferentemente en periodo sin menstruación o sangrado.

- Después del parto, el momento recomendado es a partir de las ocho semanas.
- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previas a la toma de la muestra.
- El frotis será tomado antes del tacto vaginal.
- No realizar biopsia vaginal, cervical o endometrial ni extirpación de pólipos antes de tomar la muestra (13).

Procedimiento para la toma de muestra de Papanicolaou

Para la toma de una buena muestra se tienen que seguir los siguientes 10 pasos:

Primero: Realizar el interrogatorio y llenado adecuado de la ficha donde se consignan los datos personales y ginecológicos más relevantes de la paciente, indicándole la importancia de acudir a la entrega de los resultados y cumplir con las indicaciones que le da el personal de salud (13).

Segundo: Informar a la paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar, indicándole que la paciente puede sentir una molestia al introducir el espéculo en el canal vaginal o que puede presentar un leve sangrado genital luego del procedimiento (13).

Tercero: Antes de realizar el procedimiento se debe verificar que este completo los materiales y equipos que se va utilizar, si no se cuenta con espéculos descartables, verificar que los espéculos reutilizables (de metal) estén estériles (13).

Cuarto: Luego verificar que la lámina portaobjetos este limpia y se procede a rotular adecuadamente la lámina consignando los datos de la paciente como

número de historia clínica y las iniciales de su nombre, en el tercio superior de la lámina (13).

Quinto: Una vez preparada la paciente, se le debe indicar a la misma que se suba a la mesa de exploración y adopte la posición ginecológica, luego cubrir a la paciente con un campo o sábana limpia hasta las rodillas y enfocar la fuente de luz en el área genital (13).

Sexto: El personal de salud a cargo de la toma de muestra debe calzarse los guantes estériles, y antes del procedimiento del Papanicolaou debe realizar la evaluación ginecológica exterior, observando presencia de sangrado o flujo genital, presencia de prolapso genital, tumoraciones y lesiones exofíticas (condilomas), etc (13).

Séptimo: Luego el personal de salud debe tomar el espéculo descartable o estéril que sea adecuado a la complejión de la mujer e introducirlo en el canal vaginal, ayudándose de la otra mano para exponer el vestíbulo vaginal, evitando el uso de lubricantes, vaselina y aceites vaginales previa la colocación del espéculo. En pacientes mayores de 50 años o que refieren dolor genital a la introducción del espéculo se recomienda lubricar el espéculo con suero fisiológico o agua para introducir el espéculo con mayor facilidad y evitar daño (13).

Octavo: Ya colocado el espéculo, el personal de salud debe realizar un examen ginecológico interior del cuello uterino, observar la presencia de lesiones a nivel de éste y reconocer la unión escamo-columnar, de donde se extraerá la muestra de Papanicolaou (13).

Noveno: Después de debe introducir la espátula de Ayre, por el extremo bifurcado y colocarlo en el orificio cervical y girar 360° haciendo una pequeña

presión para tomar una muestra de todo el epitelio exocervical. Luego introducir la espátula de Ayre con el extremo posterior, por la parte en forma cónica en el orificio cervical y girar en 360° y tomar la muestra del epitelio endocervical, esta técnica de tomar la muestra endocervical puede sufrir variantes pues también se puede introducir el cepillo endocervical (citocepillo) o un hisopo de algodón no absorbente para la toma de muestra del epitelio endocervical, indicado en mujeres en climaterio, premenopáusicas y postmenopáusicas (13).

Figura N° 3: Toma de muestra exocervical con la espátula de Ayre (extremo bifurcado)

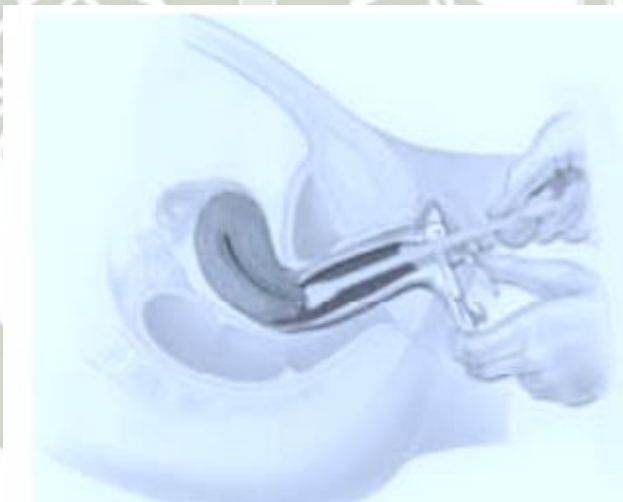


Figura N° 4: Toma de muestra endocervical con la espátula de Ayre (extremo cónico)

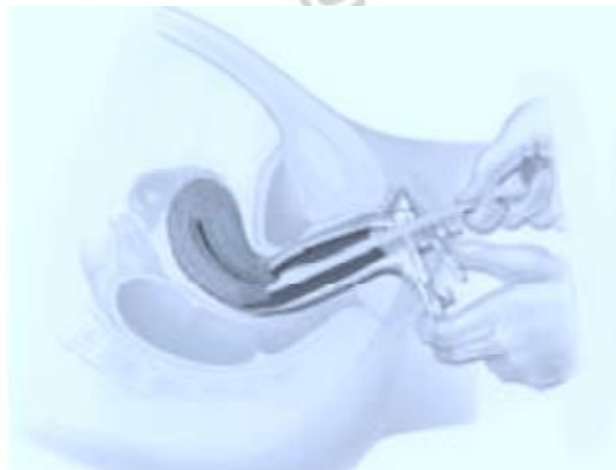


Figura N° 5: Toma de muestra endocervical con la espátula de Ayre (extremo cónico). Área negra representa al epitelio escamoso maduro, el área rayada a la zona de transformación y el área con puntilleo a la zona endocervical original.

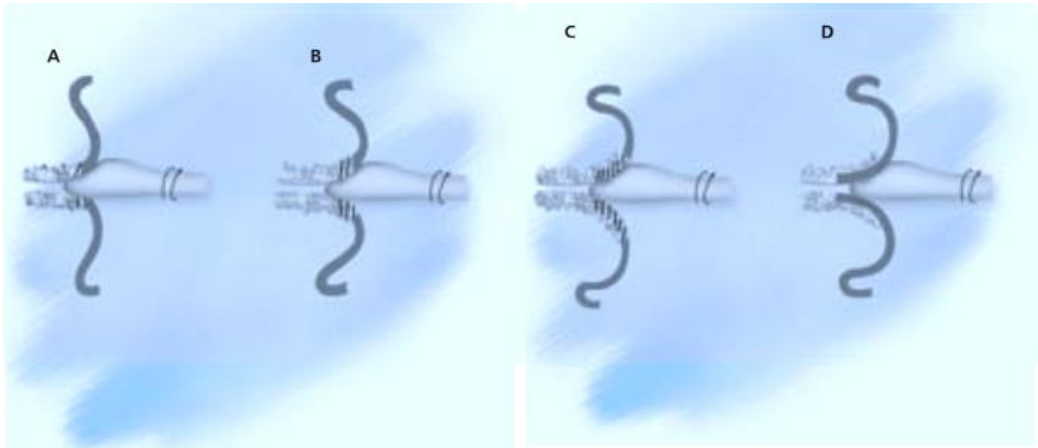
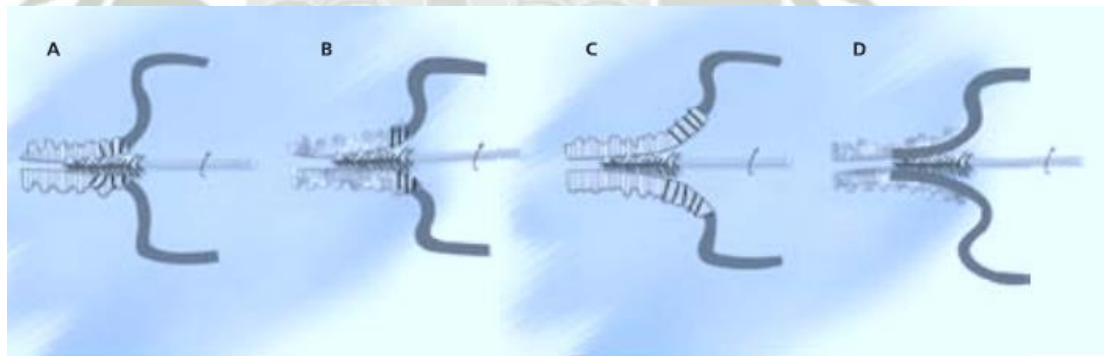


Figura N°6: toma de muestra endocervical con cepillo endocervical o hisopo. En la figura A la muestra tomada en la zona de transformación (muestra satisfactoria). En B se ve la zona de transformación evertida. En C zona de transformación ampliamente evertida y en D se muestra eversión completa.



Décimo: Dividir imaginariamente la lámina portaobjetos en una mitad superior donde se va a extender lineal y uniformemente la muestra del exocervix obtenida con la espátula de Ayre, y en la otra mitad inferior de la lámina se va a extender uniformemente la muestra del endocervix obtenida ya sea por la espátula de Ayre o por el cepillo endocervical. Y por último fijar la muestra en un recipiente con

alcohol al 96 % lo más antes posible, para su posterior tinción y observación microscópica (13).

Figura N° 7: Rotulado de la lámina para el extendido de la prueba de Papanicolaou

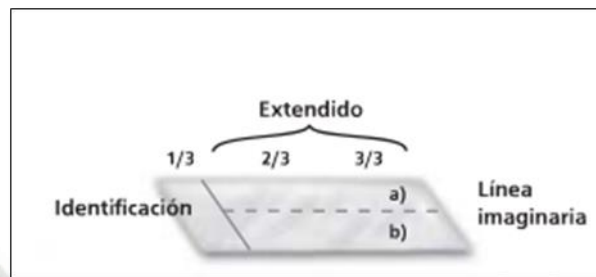


Figura N° 8: Extendido de la muestra exocervical.



Figura N° 9: Extendido de la muestra endocervical.



Figura N° 10: Técnica de fijación de la muestra.



Interpretación del Papanicolaou

Papanicolaou separo los hallazgos citológicos cervicales en cinco categorías o clases:

3. I ausencia de células anormales o atípicas.
4. II citología atípica, pero sin evidencia de malignidad.
5. III citología sugestiva pero no concluyente para malignidad.
6. IV citología fuertemente sugestiva de malignidad.
7. V citología concluyente para malignidad (5)

En 1950 algunos citólogos empezaron a promover una terminología citológica para trasladarla directamente en el diagnóstico histológico. Esta terminología fue adaptada por la OMS. Incluye:

- Displasia leve.
- Displasia moderada.
- Displasia severa.
- Carcinoma epidermoide in situ.
- Microcarcinoma epidermoide invasivo y carcinoma epidermoide invasivo.

La terminología de neoplasia intrapitelial cervical (NIC) fue introducida en 1960. El concepto NIC enfatiza que la displasia y carcinoma representan diferentes estadios del mismo proceso biológico.

- En la terminología NIC, displasia leve es clasificada como NIC 1.
- Displasia moderada como NIC2.

- Displasia severa y carcinoma in situ están agrupados dentro de NIC 3 (5).

Sistema Bethesda

La nomenclatura citológica es un tema básico que ha preocupado a los citopatólogos, en el uso de una nomenclatura unificada. Un definitivo avance ha supuesto las tres reuniones de expertos y representantes de sociedades internacionales y nacionales en el National Cancer Institute de Bethesda (NCII en 1989, 1991 y 2001) (14).

El Sistema Bethesda es un sistema de terminología para informar los resultados de citología cervical. Se inició en 1988 e incorporó en la patogénesis del cáncer cervical el VPH. El Sistema para informar la citología cervical fue revisado y actualizado en su totalidad con el objeto de reflejar la terminología del Sistema Bethesda 2001, vigente hasta la fecha, así como los avances metodológicos conseguidos en el ámbito de la citología cervical (14).

Las modificaciones más importantes son las siguientes:

- a) Eliminación de la categoría “satisfactorio pero limitado por”.
- b) Se reintegraron las modificaciones benignas en la categoría normal.
- c) La categoría “células escamosas atípicas de significado indeterminado” ahora se denomina “células escamosas atípicas”, y se subdivide en “células escamosas atípicas de significado indeterminado” y “no se puede excluir una lesión escamosa de alto grado”.
- d) Adenocarcinoma endocervical in situ, que ahora es una entidad separada.
- e) Las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado quedan sin cambios (14).

La nomenclatura citológica se realiza en base al Sistema Bethesda Modificado (2001) presentado en Vancouver; y, para la clasificación histológica, se usa la de la Organización mundial de la salud (OMS) (14) (15).

Tabla 1. Nomenclatura citológica de acuerdo al sistema BETHESDA 2001.

Anormalidades de las células epiteliales escamosas:

A. Células escamosas atípicas (ASC)

1. Células escamosas atípicas de significado no determinado (ASC-US)
 - ASC-US: (Atypicalsquamouscells of undeterminedsignificance), células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto.
 - No puede excluirse HSIL (ASC-H)
2. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL)
 - Virus papiloma humano (VPH)
 - Displasia leve (CIN 1).
3. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL):
 - Displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ (CIN 2 y 3)
4. Carcinoma escamosa

B. Células glandulares atípicas (AGC)

- Endocervicales (NOS o especificar en comentarios)
- Endometriales (NOS o especificar en comentarios)
- Glandulares (NOS o especificar en comentarios).

Nomenclatura histológica para precursores de carcinoma:

- Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado (L-SIL):
Neoplasia intraepitelial Grado I (CIN I)
- Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado (H-SIL):
Neoplasia intraepitelial Grados II y III

Figura N° 11: Prueba de Papanicolaou normal

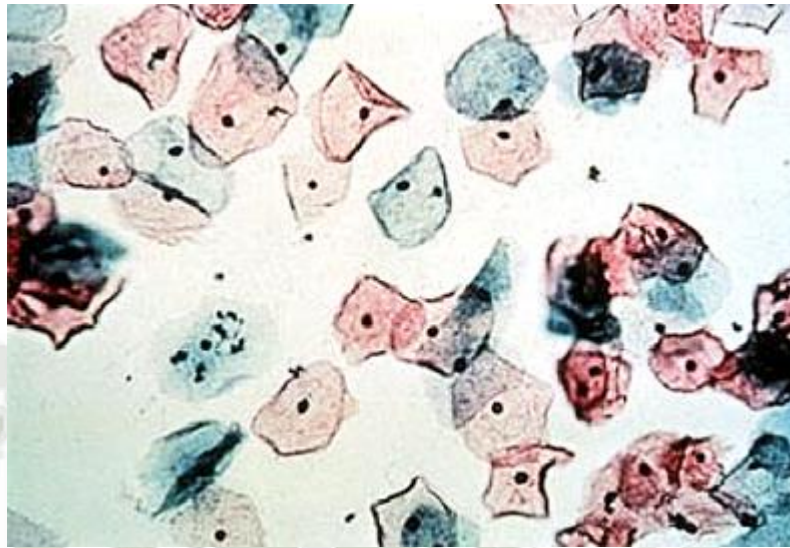
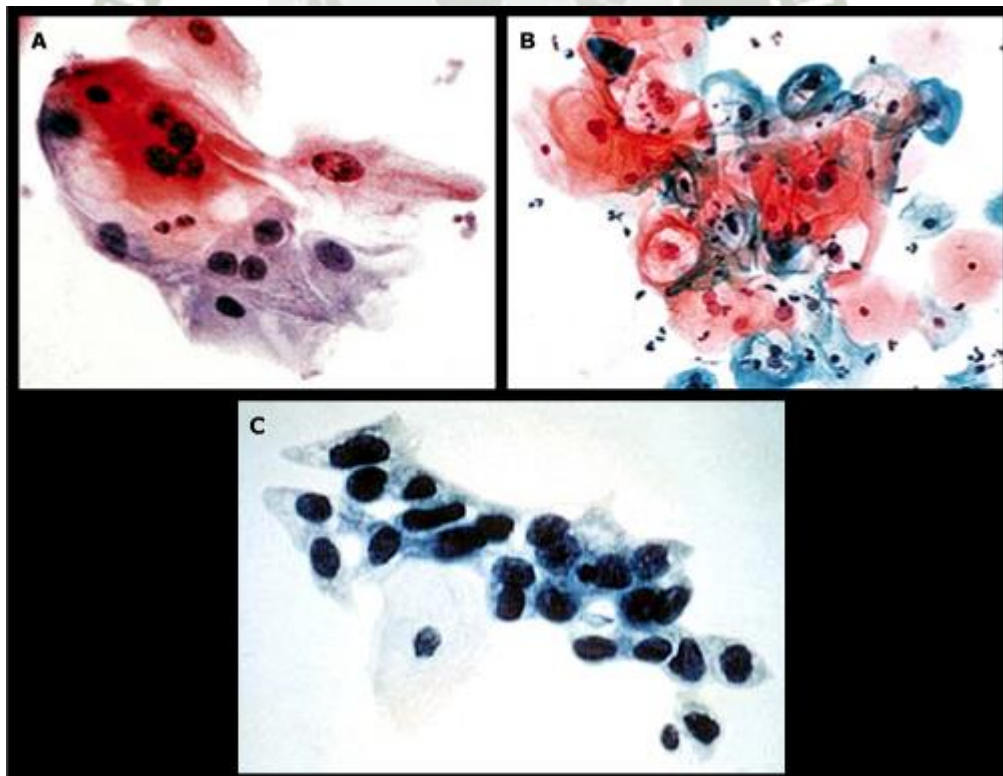


Figura N° 11: Prueba de Papanicolaou anormal A) Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). B) lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL). C) lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL).



Aceptación al despistaje de Papanicolaou

Los Test de despistaje son usualmente aplicados en gran escala. Son usados para distinguir a las persona sanas de aquellas que presentan enfermedad o pueden desarrollarla. Un test de despistaje no es diagnostico por lo que requieren confirmación definitiva con test diagnóstico (16).

Para una aplicación eficiente y efectiva del despistaje, la historia natural de la enfermedad debe ser conocida. El despistaje se basa sobre la expectación de la detección temprana del cáncer, en la detección de la fase pre clínica, por lo que debe resultar en una reducción de la mortalidad de la enfermedad. Si el despistaje es efectivo debe detectar las lesiones precursoras y por lo tanto debe prevenir el cáncer invasivo. El conocimiento de la historia natural de la enfermedad debe facilitar la toma de decisiones sobre la edad apropiada para iniciar y cesar el despistaje y la óptima frecuencia de re-despistaje en aquellos con test negativo (16).

El test de despistaje se basa en tres principios:

- 1.- Detectar individuos con alto riesgo para una enfermedad específica.
- 2.- Sistemático, se brinda a todos los integrantes de la población
- 3.- Beneficia a los sujetos de despistaje.

Un programa eficaz de prevención y control del cáncer cervicouterino debe abordar la cobertura, la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, la disponibilidad de un diagnóstico, tratamiento y atención subsiguiente rápida, fiable y asequible. También se requieren una infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información, para mejorar la calidad de la atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programa (16).

Las perspectivas religiosas, socioculturales y de género de las mujeres pueden influir profundamente en la efectividad de los programas. Entre los obstáculos a la participación de las clientes destacan factores predisponentes tales; creencias, valores, actitudes y temores respecto a la salud; factores facilitadores, como los costos, la accesibilidad y la aceptabilidad de los servicios; y factores de refuerzo, como las expectativas sociales.

Una deficiencia grave en los programas de prevención del cáncer cervicouterino en América Latina radica en la calidad y la cobertura de los métodos de tamizaje mediante citología del cuello uterino. Se han identificado problemas de calidad en la toma, recolección, preparación e interpretación de los frotis de Papanicolaou (16).

Las recomendaciones actuales de cribado para grupos de edad específicos, basados en las directrices de la Sociedad Americana del Cáncer (ACS), la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP), la Sociedad Americana de Patología Clínica (ASCP), la Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos (USPSTF), y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), son los siguientes (1) (16):

- <21 años: No se recomienda el despistaje
- 21-29 años: solo citología (prueba de Papanicolaou) cada 3 años
- 30-65 años: prueba conjunta para virus del papiloma humano (VPH) y citología cada 5 años (de preferencia) o citología solo cada 3 años (aceptable)
- > 65 años: No se recomienda el despistaje si el examen previo adecuado ha sido negativo y no hay alto riesgo

2.1. Aceptación:

Habitualmente la importancia de la aceptación su repercusión sobre el cuadro de salud de la población, es minimizada; es hora de cambiar la mirada y comprender la necesidad de asumir la mejoría de la Aceptación a medidas de promoción y terapéuticas como estrategia de trabajo prioritaria, como una inversión que permitirá abordar efectivamente, sobre todo, las enfermedades crónicas. Existen pruebas de que las intervenciones efectivas en este terreno puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos (17).

Por otra parte, sería muy conveniente dirigir esfuerzos a la evaluación económica de la falta de Aceptación preventiva y terapéutica para identificar realmente los costos asociados a los efectos inútiles que el incumplimiento del régimen terapéutico ha provocado. La valoración de la utilización de recursos en salud y la eficacia de las intervenciones requiere incluir las tasas de Aceptación como elemento para evaluar realmente los programas y proyectos de atención sanitaria (17).

El sistema de salud puede estructurar numerosas acciones priorizadas dirigidas a monitorear el comportamiento de la Aceptación de los pacientes a programas preventivos y de tratamiento a través del propio personal de la salud. Los médicos y las enfermeras pueden asignarse un tiempo en la consulta para revisar la Aceptación terapéutica. Los pacientes demuestran mejor adhesión al tratamiento cuando reciben atención del mismo profesional en el transcurso del tiempo. El sistema de comunicación con los pacientes es fundamental, tanto en la institución de salud como fuera de ella, en la comunidad, el hogar, entre otros (21).

Por otro lado, es importante el fomento de la responsabilidad individual con la salud. Muchas veces, es el propio sistema de salud, con enfoques de trabajo paternalistas, el que deprime el papel del individuo en su auto cuidado y crea en el paciente una dependencia excesiva del servicio, del trabajo de sus profesionales, incluso de los familiares, como si él no tuviera nada que ver o hacer, para mejorar o recuperarse de una enfermedad o vivir con esta controlada. La orientación, la educación de los pacientes, la información por todas las vías posibles incluida la comunicación social en salud, constituye parte imprescindible de la estrategia que puede elevar las tasas de cumplimiento.

Por último y no menos importante es el trabajo dirigido a la investigación científica de este problema. Se requiere de trabajos investigativos que permitan estimar las tasas de aceptación en diferentes patologías y grupos poblacionales, que aporten evidencias científicamente fundamentadas acerca de las causas del incumplimiento, de manera que los recursos invertidos en la intervención produzcan los resultados esperados. Es reconocido, de modo empírico, por la mayoría de los profesionales que existen graves problemas con la Aceptación pero se realizan pocas investigaciones que lo justifiquen con datos probados mediante métodos científicos (21).

También es importante que el estudio y abordaje de la aceptación sea multidisciplinario, no por declaración, sino porque al ser un problema complejo, de tan alta magnitud, de múltiples causas y determinado por la acción recíproca de variados factores, sólo el esfuerzo conjunto de todos los profesionales de la salud llevará a la búsqueda y propuesta de alternativas de mejora. Se requiere el tributo teórico de diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud, la experiencia práctica y el saber cotidiano de médicos, enfermeras, psicólogos, farmacéuticos, pedagogos, economistas,

gerentes, entre otros, para enfrentar la investigación y la intervención dirigida a verdaderas soluciones. La no aceptación supone la inhabilidad para alcanzar esta relación y sus objetivos.

Los beneficios de la detección del cáncer de cuello uterino en un estadio temprano y un tratamiento oportuno disminuyen la incidencia de cáncer de cuello uterino y la mortalidad del cáncer cervicouterino, respectivamente. Esto ha llevado a la adopción de los programas de detección en todas las naciones desarrolladas y en desarrollo muchos en todo el mundo. Las revisiones sistemáticas y meta-análisis de estudios observacionales proporcionan evidencia consistente y convincente que la detección conduce a una disminución en la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello uterino. En un meta-análisis de 12 estudios de casos y controles, exámenes citológicos se asoció con una disminución del riesgo de cáncer de cuello uterino invasivo (odds ratio 0,35; IC del 95%: 0,30 a 0,41) (11).

No aceptación al Papanicolaou

Las mujeres que nunca se someten a tamizaje de citología cervical para la detección del cáncer cervical son aquellas mujeres que no tienen fuente habitual de atención de la salud, los no asegurados, o en las cuales haya influencia de ciertos factores socioculturales, bajo nivel socioeconómico y educativo (8).

Patrones de pobre aceptación:

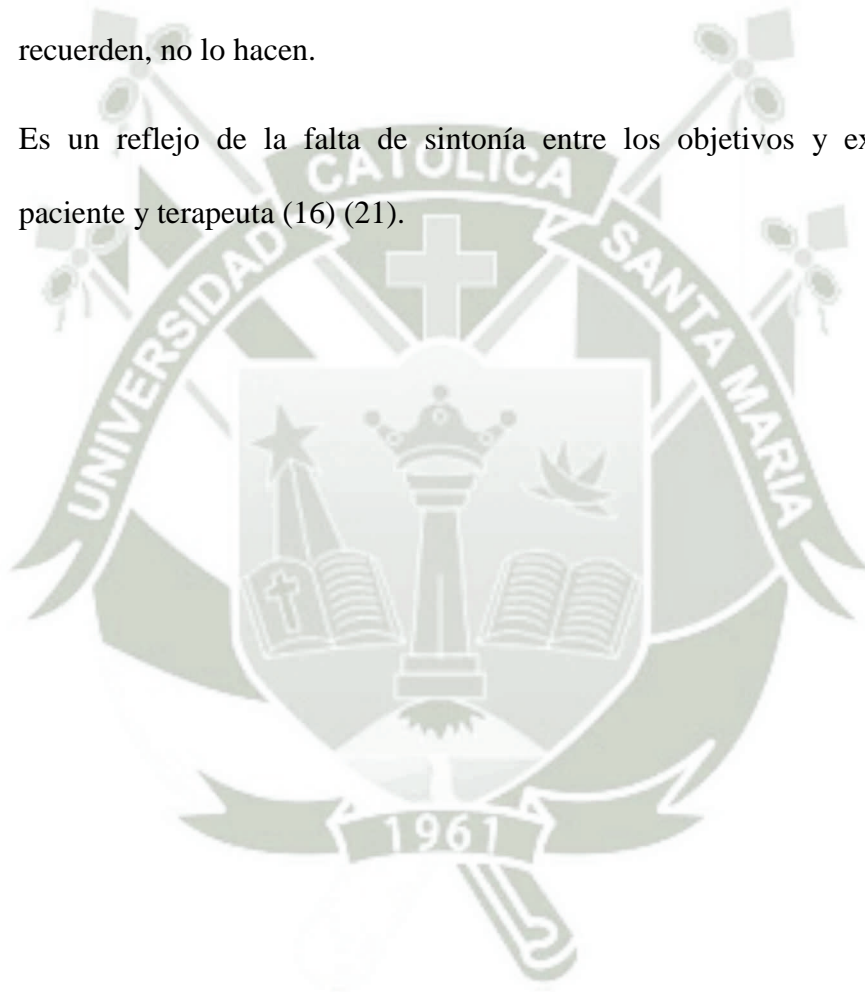
La falta de aceptación puede ser:

- Primaria: cuando el paciente no toma la medicación o no acude a las citas.
- Secundaria: cuando no realiza el tratamiento como está prescrito o no se cumplen los cronogramas de citas.

- Intencionada: por rechazo de las medidas preventivas, de diagnóstico o de tratamiento.
- No intencionada: por olvido u otros factores no planeados.

Estos patrones se pueden producir porque paciente y cuidadores no comprendan qué tienen que hacer, cómo y cuándo hacerlo; porque aunque lo comprendan, no lo recuerden en el momento preciso; o porque aunque lo comprendan y lo recuerden, no lo hacen.

Es un reflejo de la falta de sintonía entre los objetivos y expectativas de paciente y terapeuta (16) (21).



8. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

8.1. **Autor:** Vera RA (17).

Título: Aceptación a la citología cervical para diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los servicios hospitalarios de Arequipa 2013.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014

Resumen: Se aplicó un cuestionario previamente validado en una muestra representativa de mujeres que acudieron a dos centros hospitalarios del MINSA (Hospital Goyeneche y Hospital Honorio Delgado), y dos de EsSalud (Hospital Yanahuara y Hospital Carlos Segúin Escobedo). La edad promedio en mujeres de EsSalud fue de 41.35 años, y en el MINSA de 38.16 años ($p > 0.05$). En ambos grupos predominaron las mujeres casadas (74% en EsSalud, 47% en el MINSA; $p > 0.05$). La edad promedio de inicio de IRS en mujeres de EsSalud fue de 20.44 años y en el MINSA de 20.61 años ($p > 0.05$). El 45% de mujeres de EsSalud y el 43% del MINSA refirieron tener sólo una pareja sexual ($p > 0.05$). El aspecto menos conocido sobre el Pap fue el de los requisitos para realizarse el examen (16.5%). Un 85% de mujeres de EsSalud se han realizado el Pap, comparado con 78% en el MINSA ($p > 0.05$); entre las que se realizaron el estudio, 14.1% de mujeres de EsSalud y 16.7% del MINSA no recogieron los resultados, y entre las que sí lo hicieron 12.3% y 9.2% no conocen el resultado de su examen ($p > 0.05$); en 44.7% de mujeres de EsSalud el examen fue incómodo, lo que ocurrió en 71.8% de mujeres del MINSA ($p < 0.05$). Un 38.7% refirió que no volvería a hacerse el

examen. Un 15% de mujeres de EsSalud y 25% del MINSA fueron no Aceptan ($p > 0.05$).

8.2. **Autor:** Apaza BP (18).

Título: Conocimiento y cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014

Resumen: Encuesta a una muestra representativa de mujeres del hospital, para aplicar un instrumento previamente validado para evaluar el conocimiento y el cumplimiento del examen de citología cervical. El 73.75% de mujeres profesionales fueron enfermeras, 19.38% eran médicas, y 6.88% obstétricas. En general, el 43.75% de trabajadoras refiere una vida sexual activa regular, que entre las enfermeras fue de 41.53%, en las médicas de 48.39% y en las obstétricas de 54.55% ($p > 0.05$). En 1.25% de mujeres no se refirió haber tenido parejas sexuales, en 55.25% sólo se tuvo una pareja, en 32.50% dos parejas, y de tres a más en 10% del total de mujeres. El 18.13% de mujeres profesionales de la salud no se ha realizado el examen de despistaje de cáncer cervical; el 20.63% de mujeres se hicieron un examen dentro del año transcurrido, 26.88% lo hicieron hace más de un año, 19.38% hace más de 2 años, y un 15% lo hizo hace más de 3 años. Se encontró que el 22.03% de enfermeras tuvieron un buen cumplimiento, en 16.13% de médicos y en 36.36% de obstétricas, mientras que el 22.88% de enfermeras tuvo un mal cumplimiento, lo que ocurrió en 19.35% de médicas y no se presentó entre las

obstetricas ($p > 0.05$). El nivel de conocimiento fue en general regular (48.13%), siendo bueno en 21.88% y deficiente en 30%; entre las médicos y obstetricas sólo 6.45% y 9.09%, respectivamente, alcanzaron conocimiento deficiente ($p < 0.05$).

A nivel nacional

8.3. **Autor:** Huamán M (19).

Título: Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas

Fuente: UCV – Scientia, 2010; 2(2): 34-42

Resumen: Con la finalidad de *identificar* los determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino, se entrevistó 280 mujeres en edad fértil residentes en la Provincia de Trujillo, para lo cual se seleccionó de manera aleatoria 25 mujeres de los distritos de Víctor Larco, Florencia de Mora, El Porvenir, La Esperanza, Moche, Salaverry, Simbal, Laredo, Huanchaco, Porotoy 30 mujeres del distrito de Trujillo quienes fueron entrevistadas durante los meses de julio a octubre del 2008. Cada una de las mujeres tuvieron que responder un instrumento destinado a averiguar si las mujeres se habían o no realizado el examen del Papanicolaou durante el transcurso de su vida, así como los posibles determinantes de este procedimiento. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado y Z para medias, fijando el nivel de significancia en $P < 0.05$. Se encontró que la frecuencia de negación hacia la prueba citológica de cuello uterino fue del 15.4%. El tipo de relaciones proveedor y usuario inadecuadas, el temor a la realización de la prueba, la oposición de la pareja y el bajo nivel de conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino y su despistaje son determinantes

administrativos, psicológicos y culturales de la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino. ($P < 0.05$).

8.4. **Autor:** Cavero LE (20).

Título: Factores socioculturales que influyen en la aceptación de la prueba del Papanicolaou, en mujeres que acuden al Hospital de Apoyo Santa Rosa de Puerto Maldonado. Enero a marzo de 2013.

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2013.

Resumen: a una muestra representativa de mujeres que acudieron al hospital y que cumplieron criterios de selección, aplicando un cuestionario con datos sociodemográficos y de conocimiento previamente validado. Se estudiaron 108 mujeres divididas en dos grupos de aceptadoras y no aceptadoras del Pap. Entre las mujeres que aceptaron el examen la edad promedio fue de 35,76 años, y para las que no aceptaron fue de 28,74 años ($p < 0,05$). No hubo diferencias en el estado civil, predominando el estado de convivientes (55,56% y 57,41%, $p > 0,05$), o en la educación que fue secundaria o superior ($p > 0,05$). La ocupación predominante fueron las labores del hogar (57,41% en el primer grupo, 59,26% en el segundo; $p > 0,05$). La mayoría de mujeres fueron católicas (66,67% entre aceptadoras, 55,56% en las no aceptadoras; $p > 0,05$). El ingreso económico en 18,52% de las aceptadoras fue superior a S/. 1500, comparado con 3,70% en el segundo ($p < 0,05$). Hubo dos parejas por mujer y edad de inicio entre 16 y 17 años promedio en los dos grupos. Los métodos anticonceptivos más usados fueron los inyectables y los anticonceptivos orales (28,70% y 23,15% del total; $p > 0,05$). El nivel de

conocimientos sobre Pap fue mejor entre mujeres que aceptan el examen (81,48%) que entre las que no lo aceptan (59,26%; $p < 0,05$).

A nivel internacional

8.5. **Autor:** Urrutia M, Araya A (21).

Título: ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa cáncer cervicouterino – auge del Servicio de salud metropolitano sur oriente

Fuente: RevChilObstetGinecol 2010; 75(5): 284 – 289

Resumen: Los beneficios del test de Papanicolaou (Pap) en reducir la mortalidad de cáncer cervicouterino han sido bien documentados a nivel mundial y nacional. Sin embargo, aún persisten mujeres que no se realizan el Pap rutinariamente. **Objetivo:** Conocer la percepción que tienen los profesionales de la salud en relación a las causas por las cuales las mujeres no se toman la prueba del Pap. **Método:** Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 59 profesionales del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente de la ciudad de Santiago, provenientes de los tres niveles de atención del programa cáncer cervicouterino AUGE. Promedio de edad de los profesionales fue de $39,2 \pm 10,3$ años. El tiempo promedio en el cargo es de $7,7 \pm 7,4$ años. Un 41% de los profesionales de la salud tienen la percepción que las mujeres tienen un conocimiento parcial sobre la importancia de realizarse el Pap, mientras que un 48,3% refiere que las mujeres no tienen conocimiento sobre las normas de control de Pap. Falta de conocimiento, miedo, dejación y la falta de tiempo por parte de las mujeres surgen como las principales razones que los profesionales atribuyen a que las mujeres no se realicen el Pap.

9. Objetivos.

9.1. Objetivo general

Establecer los factores asociados a la citología cervical (Papanicolaou) en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017.

9.2. Objetivos específicos

- a) Describir las características socioculturales de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017.
- b) Establecer la frecuencia de aceptación la citología cervical (Papanicolaou) en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017.
- c) Establecer la frecuencia de realización de la citología cervical (Papanicolaou) en la consulta actual en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017.
- d) Identificar los motivos de rechazo en pacientes que no aceptan la citología cervical (Papanicolaou) en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa, 2017

10. Hipótesis

Dado que el Papanicolaou es un procedimiento de prevención de cáncer cuello uterino que requiere de toma de muestra mediante examen ginecológico, es probable que algunas características de las pacientes se asocien a una mala aceptación al examen de citología cervical.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y bases de datos.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de enero del año 2017.

2.3. **Unidades de estudio:** Mujeres que acuden al Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

2.4. **Población:** Mujeres que acuden por consultorio externo del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.

Muestra: se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de Aceptación al Pap 85% segun el estudio de Vera RA (19) en Arequipa = 0.85.

q = 1 - p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195.92 \approx 200$ casos

Además los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de elección:

- **Criterios de Inclusión**

- Mujeres hasta los 65 años.
- Participación voluntaria en el estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Mujeres que hayan tenido o tienen diagnóstico de cáncer de cuello uterino.

- Mujeres con antecedente de histerectomía total por causas de cáncer de cuello uterino u otras (miomas, tumores).
- Mujeres con antecedente de conización.
- Fichas incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán las coordinaciones con la dirección del Hospital para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se contactará a las pacientes que acudan a consulta externa del Servicio de Ginecología del Hospital, para explicar el motivo del estudio y solicitar su participación voluntaria, asegurando el anonimato de sus respuestas. Se entregará la ficha de encuesta y se esperará un tiempo prudencial para su devolución, aclarando las dudas que puedan tener las encuestadas.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadora, tutor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio

- Fichas de investigación
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

La ficha de datos es un instrumento para recoger información, por lo que no requiere de validación.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio, mediana) y medidas de dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas; las variables categóricas se muestran como frecuencias absolutas y relativas. La comparación de variables categóricas entre mujeres Aceptan y no Aceptan se realizará con la prueba chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el

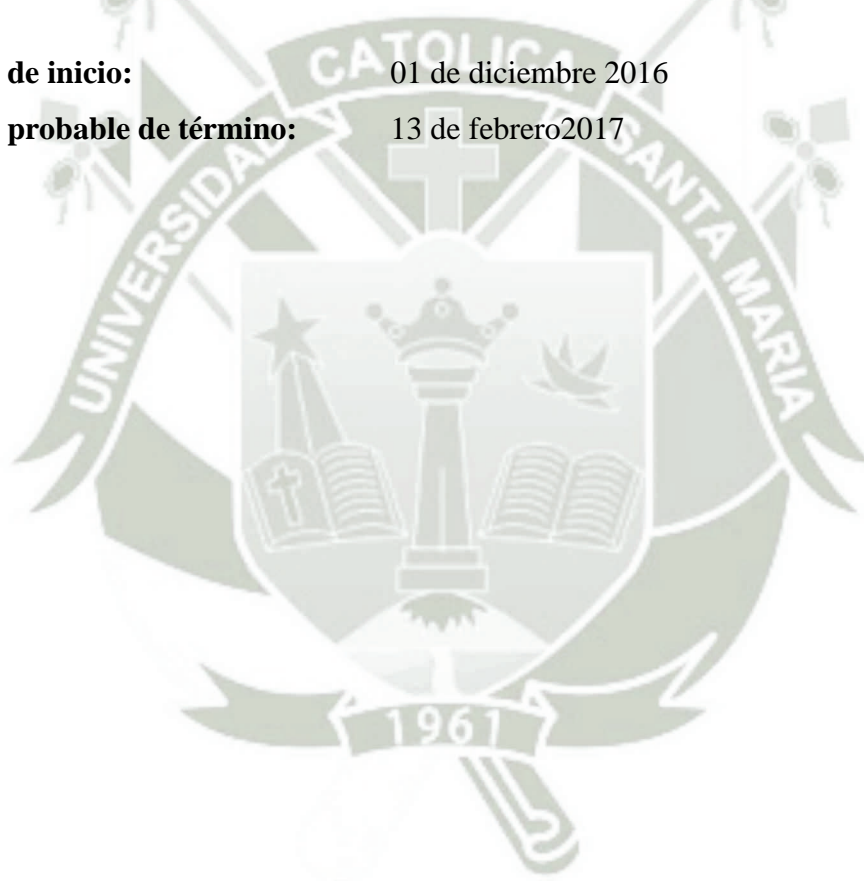
paquete estadístico SPSS v.24.0 para Windows.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Diciembre 2016				Enero 2017				Febrero 2016				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. Elección del tema	■	■											
2. Revisión bibliográfica			■	■									
3. Aprobación del proyecto					■	■							
4. Ejecución							■	■					
5. Análisis e interpretación									■				
6. Informe final										■			

Fecha de inicio: 01 de diciembre 2016

Fecha probable de término: 13 de febrero 2017



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Screening for cervical cancer. American College of Obstetricians and Gynecologists. 2012;120(5):1222-1238.
- 2) Torre L, Bray F, Siegel R, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2015;65(2):87-108.
- 3) Rojas G, Sánchez López J, Córdova C. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. Revista de especialidades médico-quirúrgicas. 2012;17(2):76-80.
- 4) Guivobich A. Sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnóstico de cáncer de cérvix en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza del 2008 al 2013. Horiz Med. 2014;14(3):44-48.
- 5) Peluffo M, Pérez A. Citopatología ginecológica. En: Pérez Sánchez A (ed). Ginecología. 3ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo 2003; 224-244.
- 6) Guía de práctica clínica INEN: cáncer de cuello uterino 2011
- 7) Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2002;67(4).
- 8) Ortiz R, Uribe C, Díaz L, Dagond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2004;55(2):146-160.
- 9) Solidoro A. Pobreza, inequidad y cáncer. Acta Médica Peruana. 2010;27(3):204-206.

- 10) Solomon D, Breen N, McNeel T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2007;57(2):105-111.
- 11) Screening for cervical cancer [Internet]. Uptodate.com. 2017 [cited 13 March 2017]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/screening-for-cervical-cancer?source=search_result&search=papanicolaou&selectedTitle=1~148
- 12) Whitlock E, Vesco K, Eder M, Lin J, Senger C, Burda B. Liquid-Based Cytology and Human Papillomavirus Testing to Screen for Cervical Cancer: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*. 2011;155(10):687.
- 13) Manual de Procedimiento para la toma de la muestra de Citología Cervical. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2006 p. 16-26. Disponible en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf
- 14) Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA*. 2002;287(16):2114-2119.
- 15) Alvarez C et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. *Rev. argent. radiol*. 2012;76(2): 169-171 .
- 16) Urrutia MT, Gajardo M. Aceptación al tamizaje de cáncer cérvicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud. *Rev. chil. obstet. ginecol.* , 2015;80(2): 101-110
- 17) Vera RA. Aceptación a la citología cervical para diagnóstico de cáncer de cuello uterino en mujeres que acuden a los servicios hospitalarios de Arequipa 2013.

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014

- 18) Apaza BP. Conocimiento y cumplimiento del examen de citología cervical (Papanicolaou) en mujeres profesionales de la salud del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Arequipa 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2014
- 19) Huamán M. Determinantes administrativos, psicológicos y culturales en la actitud hacia la prueba citológica de cuello uterino de mujeres trujillanas. UCV – Scientia, 2010; 2(2) : 34-42
- 20) Cavero LE. Factores socioculturales que influyen en la aceptación de la prueba del Papanicolaou, en mujeres que acuden al Hospital de Apoyo Santa Rosa de Puerto Maldonado. Enero a marzo de 2013. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina Humana, Universidad Católica de Santa María. 2013.
- 21) Urrutia M, Araya A. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou? Respuestas entregadas por los profesionales del Programa cáncer cervicouterino – auge del Servicio de salud metropolitano sur oriente. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5): 284 – 289