

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A CITOLOGÍA  
POSITIVA DE CERVIX EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA  
DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMAZONICO DE  
YARINACOCHA PERIODO 2016 - 2018**

**TESIS**  
**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE**  
**MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:**  
**YAZMIN ATUANETH AYALA BASILIO**

**PUCALLPA – PERÚ**

**2019**

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

## FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**TITULO:** Factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cervix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazonico de Yarinacocha periodo 2016-2018.

ESTA TESIS FUE APROBADA POR EL JURADO EVALUADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI



.....  
MC. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA  
Presidente



.....  
MC. ARTURO RAFAEL HEREDIA  
Miembro



.....  
MC. MIGUEL ANGEL VALVERDE OCHOA  
Miembro



.....  
MC. REINALDO GENARO MITMA VASQUEZ  
Asesor



.....  
BACH. YAZMIN ATUANETH AYALA BASILIO  
Tesisista



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI**  
**VICERRECTORADO DE INVESTIGACION**  
**DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL**

## Constancia

N° 077

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

La Dirección General de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el PROYECTO DE INVESTIGACION titulado:

**"FACTORES EPIDEMIOLOGICOS ASOCIADOS A CITOLOGÍA POSITIVA DE CERVIX EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMAZONICO DE YARINACocha PERIODO 2016 - 2018"**

Cuyo autor es:

**Yazmin Atuaneth, Ayala Basilio**

Asesor: **Dr. Reinaldo Genaro, Mitma Vásquez**

Escuela: **Medicina**

Facultad: **Medicina Humana**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio, dicho documento presenta un porcentaje de similitud de **09%**.

El tal que de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en la DIRECTIVA DE USO

DEL SISTEMA ANTIPLAGIO (10%), en el artículo 9: "Criterios de porcentaje de similitud". Se declara, que dicho trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de plagio, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de verificación se FIRMA Y SELLA la presente constancia.

  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI  
DIRECCION GENERAL DE PROPIEDAD INTELECTUAL  
Dra. DINA PARQUISPE  
Dra. Dina Parquispe  
Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: 04/03/2019

REPOSITORIO DE TESIS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI  
AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

Yo, Yasmin Huaneth Ayala Basilio

Autor de la TESIS titulada:

"Factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cervix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazonia de Yarinacocha periodo 2016-2018"

Sustentada el año: 2019

Con la asesoría de: Dr. Reinaldo Genaro Mitma Vásquez.

En la Facultad de: Medicina Humana

Escuela Profesional de: Medicina Humana

Autorizo la publicación de mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali, bajo los siguiente términos: Primero: otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en forma digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones. Segundo: declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas. Tercero: autorizo la publicación,

Total (significa que todo el contenido de la tesis en PDF será compartido en el repositorio).

Parcial (significa que solo la carátula, la dedicatoria y el resumen en PDF serán compartidos en el repositorio).

De mi TESIS de investigación en la página web del Repositorio Institucional de la UNU.

En señal de conformidad firma la presente autorización.

Fecha: 08 / 03 / 19

Email: yasmin\_44\_04@hotmail.com

Firma: 

Teléfono: 952527411

DNI: 71434605

# PORTADA

## 1.1 TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**Factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cervix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo 2016 – 2018.**

## 1.2 ÁREA DE INVESTIGACIÓN

ÁREA GINECOLOGICA

## 1.3 AUTOR

AYALA BASILIO YAZMIN ATUANETH

Bachiller en Medicina de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali.

## 1.4 ASESOR

Médico Ginecólogo. REINALDO GENARO MITMA VÁSQUEZ

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali

## 1.5 INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

NINGUNA

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme dado la vida y permitir llegar hasta esta etapa de mi vida profesional. A mi madre por ser el pilar fundamental para poder seguir adelante con su apoyo incondicional y a todas las personas que se convirtieron en mi familia durante toda esta etapa que estuve lejos de la mía.

## INDICE

PORTADA.....	V
ÍNDICE.....	VII
RESUMEN.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	XI
<b>CAPITULO I: PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	2
1.3. Objetivo: General y específico.....	3
1.4. Justificación.....	4
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes.....	6
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Variables del estudio.....	20
<b>CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Ámbito de estudio.....	21
3.2. Tipo de investigación.....	21
3.3. Nivel de investigación.....	21
3.4. Método de investigación.....	21
3.5. Diseño de investigación.....	21
3.6. Población, muestra y muestreo.....	22
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	24
3.8. Procedimiento de recolección de datos .....	24
3.9. Técnicas de procesamiento y Análisis de datos.....	25
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	
4.1. Presentación de resultados.....	26
4.2. Discusión.....	36

<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>39</b>
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>46</b>



## RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue ejecutado en el HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha entre los años 2016-2018, su tipo de estudio fue observacional, analítico, retrospectivo, de corte transversal. Con una población de 1726, donde se aplicó la fórmula de Aguilar S. para obtener una muestra de 315, el objetivo fue determinar cuáles son los factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018. Los datos fueron obtenidos de las Historias Clínicas mediante fichas de recolección de datos. En los resultados podemos evidenciar que existe la asociación entre el número de hijos y la citología positiva de cérvix uterino, ya que el valor “P” es de 0,000 lo cual manifiesta que existe significancia estadística entre ambas variables. Al buscar la Asociación entre el número de abortos para obtener una citología positiva de cérvix uterino podemos evidenciar que el valor “P” es de 0,001 lo cual manifiesta que existe significancia estadística entre ambas variables. Al buscar la relación entre la procedencia y la obtención de una citología positiva de cérvix uterino podemos evidenciar que el valor “P” es de 0,206 lo cual manifiesta que no existe significancia estadística entre ambas variables. Al buscar la Asociación entre la edad y la obtención de la citología positiva de cérvix uterino, podemos evidenciar que el valor “P” es de 0,000 lo cual manifiesta que existe significancia estadística entre ambas variables. En conclusión, el número de hijos, el número de abortos y la edad son factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix uterino a excepción del lugar de procedencia.

**PALABRAS CLAVES:** Citología cervical o de cérvix, Papanicolaou, Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA).

## ABSTRACT

The present research work was carried out in the HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha between the years 2016-2018, its type of study was observational, analytical, retrospective, cross-sectional. With a population of 1726, where the formula of Aguilar S. was applied to obtain a sample of 315, the objective was to determine what are the epidemiological factors associated with positive cytology of uterine cervix in outpatient gynecology-obstetrics in the Hospital Amazónico de Yarinacocha in the period 2016 - 2018. The data were obtained from the Clinical Histories through data collection cards. In the results we can see that there is an association between the number of children and positive cytology of the uterine cervix, since the "P" value is  $<0.001$ , which shows that there is statistical significance between both variables. When looking for the Association between the numbers of abortions to obtain a positive cytology of uterine cervix we can show that the "P" value is 0.001 which shows that there is statistical significance between both variables. When looking for the relationship between the origin and obtaining a positive uterine cervix cytology, we can see that the "P" value is 0.206, which shows that there is no statistical significance between both variables. When looking for the association between age and obtaining positive cytology of uterine cervix, we can see that the "P" value is  $<0.001$ , which shows that there is statistical significance between both variables. In conclusion, the number of children, the number of abortions and age are epidemiological factors associated with positive cytology of the uterine cervix with the exception of the place of origin.

**Keywords:** Cervical or cervical cytology, Papanicolaou, Visual Inspection with Acetic Acid (VIA).

## INTRODUCCIÓN

La salud de la mujer es el pilar fundamental en los servicios de ginecoobstetricia, sin embargo, existen factores que impiden un correcto uso de las coberturas sanitarias para la detección de las enfermedades, dentro de las más frecuentes que atentan contra la vida de la mujer y que carecen de una correcta cobertura se encuentra el cáncer de cuello uterino<sup>1, 2,3</sup>. Esta patología es la que viene cobrando una mayor cantidad de vidas a nivel mundial<sup>4</sup>. A nivel nacional su incidencia es de 16 mil nuevos casos por año, convirtiéndose en la primera causa de morbilidad por cáncer en la mujer Peruana<sup>5,6</sup>.

Existen factores epidemiológicos como el nivel educativo, el nivel económico, el estado civil y el lugar de procedencia en las mujeres que interfieren para no tener una correcta cobertura para prevención de cáncer de cuello uterino<sup>7, 8,9</sup>. Un claro ejemplo lo encontramos en países latinoamericanos como Brasil y Chile donde la tasa de cobertura está por debajo de lo recomendado por las autoridades sanitarias<sup>10, 11</sup>.

La prueba de Papanicolaou (PAP) y la inspección visual con ácido acético (IVAA) son pruebas precoces para detección de lesiones patológicas en mujeres y se encuentran como primera opción por encima de otras pruebas<sup>12, 13,3</sup>. A esto debemos agregar que aquellas mujeres que no se realizan un test de Papanicolaou en los últimos 3 años tienen 2,5 veces más probabilidad de ser diagnosticadas con cáncer cervical y 5 veces más de ser diagnosticadas en un estadio avanzado, en comparación con las mujeres que se realizan screening de forma regular.<sup>14,15,16,17</sup> Se ha demostrado que las realizaciones de estas pruebas en cada cierto periodo de tiempo te permiten ahorrar costos y disminuir la incidencia y la mortalidad en el último medio siglo<sup>18,19,20,21</sup>.

Dicho estudio nos permitirá identificar las características principales de aquellas mujeres que se realizaron pruebas de Papanicolaou o IVAA y conocer los factores que prevalecen en ellas para el desarrollo de una citología positiva en cérvix.

# CAPÍTULO I

## 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El cáncer es actualmente es considerado como uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, en el año 2018 se estimaron 3.9 millones de casos nuevos y 1.9 millones de muertes en Europa<sup>22</sup>, se considera que el cáncer de cérvix constituye una de las afecciones más frecuentes del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer<sup>23</sup>. Anualmente se producen en el mundo alrededor de 10 millones de casos nuevos y se espera que para el 2020 se produzcan un aproximado de 15 millones de casos<sup>24</sup>.

El cáncer cervicouterino (CCU) es la principal causa de muerte en mujeres a nivel mundial y está asociado a la infección por virus del papiloma humano 16 y 18 siendo como principal vía la transmisión sexual<sup>25</sup>.

Los programas para una detección temprana de cáncer de cuello uterino han sido beneficioso y con buenos resultados en países desarrollados, pero no se ha obtenido la misma efectividad en países con ingresos medios y bajos; el éxito de estos recae en la calidad y la disponibilidad de recursos para la detección temprana de los diferentes países<sup>25</sup>.

El tamizaje se realiza a mujeres con vida sexual activa en primer nivel de atención considerándose una edad aproximada de 21 años o con inicio de relaciones sexuales en intervalo de 3 años y a toda mujer que lo solicite, en caso de que el resultado de la citología cervical sea anormal, se envía a la paciente a clínica de displasias o módulo de colposcopia en un plazo no mayor a tres semanas<sup>25</sup>.

Autores como Magalis Puente y Mislény Martínez comparten la idea de que los factores que se asocian más al contagio de VPH está relacionada con el inicio temprano de las relaciones sexuales, el elevado número de parejas sexuales a lo largo de la vida, el no uso de métodos anticonceptivos de barrera, el cambio frecuente de parejas sexual, el contacto sexual con

una persona promiscua, o con varones que tienen contactos con mujeres que ejercen la prostitución, embarazo juvenil, multiparidad<sup>26, 27</sup>.

El uso prolongado de anticonceptivos orales es otro factor de riesgo, el cual se vincula con la persistencia de infecciones provocadas por el virus, lo mismo sucede con una alteración hormonal. Algunos estudios estiman que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales por más de cinco años duplican el riesgo de contraer cáncer cervicouterino por el exceso de hormonas<sup>28</sup>.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:**

### a) PROBLEMA PRINCIPAL.

¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de gineco-ostetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo 2016 –2018?

### b) PROBLEMAS SECUNDARIOS

1. ¿Cuál será la prevalencia de citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Ostetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo 2016 – 2018?
2. ¿Cuál será la asociación entre el número de hijos y abortos para obtener una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018?
3. ¿Cuál será el grupo etario de mayor prevalencia a obtener una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018?

4. ¿Cuál será la relación que existe en los pacientes de zona urbana y rural para obtener una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018?
5. ¿Cuál será la relación que existe entre el consumo de tabaco y la citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016-2018?
6. ¿Cuál será la relación existente entre en número de Papanicolaou realizados y la detección de una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco -obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha?

### **1.3 OBJETIVOS:**

#### **a) OBJETIVO PRINCIPAL**

Determinar cuáles son los factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.

#### **b) OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar la prevalencia de cáncer de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Ostetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo 2016 –2018.
2. Identificar la prevalencia de citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Ostetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha periodo 2016 – 2018.

3. Establecer la asociación que existe entre el número de hijos y abortos para obtener una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.
4. Determinar grupo etario de mayor prevalencia a obtener una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.
5. Establecer la relación que existe en los pacientes de zona urbana y rural para obtener una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-Obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.
6. Determinar la relación que existe entre el consumo de tabaco y la citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo de 2016-2018.
7. Establecer la relación existente entre en número de Papanicolaou realizados y la detección de una citología positiva de cérvix en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha.

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN:**

El cáncer de cuello uterino (CUU) es considerado en la actualidad como uno de los más grandes problemas de salud pública que afecta a la población femenina a nivel mundial, en especial a nuestro país Perú.<sup>8-9</sup> Es considera como una de la amenaza más grave para la vida de la población femenina y se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres donde la mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida<sup>29</sup>.

En el 2012 se diagnosticaron 528 000 casos nuevos, y 266 000 mujeres murieron a causa de esta enfermedad, casi el 90% de ellas fueron de países de ingresos bajos o medianos, se prevé que sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años<sup>29</sup>. Se estima que para 2030 aumentará hasta un 32% de personas diagnosticadas cada año como consecuencia del envejecimiento

dicha población, la constante exposición a los factores de riesgo y la transición epidemiológica<sup>30</sup>.

Según los estudios realizados a nivel nacional y mundial sobre el cáncer de cuello uterino, así como las estadísticas epidemiológicas brindadas nos determinan que dicha enfermedad es un tema que requiere una mayor énfasis en su estudio para poder disminuir el número de casos nuevos mediante la prevención como promoción de la salud sobre los factores de riesgo, así como un estudio oportuno para el diagnóstico temprano y un buen abordaje y que con los próximos años se pueda ayudar a disminuir la mortalidad a causa de esta, por el cual nuestro trabajo de investigación pueden ayudar a brindar datos epidemiológicos para las futuras investigaciones en nuestra región y conocer más sobre nuestro entorno.



## CAPITULO II

### 2.1. ANTECEDENTES:

#### INVESTIGACIONES EXTRANJERAS

**Soto Brito Y, et al (Cuba 2016).** Se hizo un estudio cuyo objetivos fuer determinar la circulación de genotipos del virus del papiloma humano (PVH) y los factores sociodemográficos, epidemiológicos y clínicos asociados con la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en un grupo de mujeres cubanas.: El tipo de estudio fue transversal en población femenina de 4 municipios de La Habana. Se incluyeron 519 mujeres entre 15 y 59 años con una citología cervical negativa en los dos años anteriores al estudio. Resultados: El 41,6% de la población estudiada se diagnosticó con citología positiva, de ellas el 58,8% con lesiones de alto grado. En el 66,3% de las mujeres estudiadas se detectó algún tipo de PVH, asociado significativamente con la citología positiva. Se identificaron 30 genotipos diferentes de PVH, con predominio de los genotipos oncogénicos PVH 16 (41,0%), 31 (11,6%) y 18 (10,2%). Los predictores de riesgo para la infección con estos genotipos fueron: el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años, la menarquía entre 10 y 14 años, el consumo de cigarrillos y de anticonceptivos orales. En mujeres menores de 20 años predominaron las lesiones de alto grado..<sup>31</sup>.

**Magalis P, Et Al (Cuba 2014):** Se realizó un estudio analítico, descriptivo y retrospectivo de 575 adolescentes, atendidas en la consulta externa a fin de determinar la incidencia de la infección por el virus del papiloma humano, obteniendo información de las microhistorias clínicas. Entre las variables analizadas figuraron: edad de comienzo de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales y protección utilizada durante el acto sexual. Se obtuvo como resultado que las mujeres de 18-20 años que ocuparon en 63.8% fueron las que más lesiones presentaron, siendo los factores más asociados a relaciones sexuales antes de los 16 años ocupando el 62.6%, seguido de las que tuvieron más de 2 parejas sexuales en los últimos 6 meses siendo el 52,5 % de la población y por último, las que tenían relaciones sexuales sin protección con un 56,2 %<sup>26</sup>.

**Cabrera Guerra et al (Cuba 2016).** El objetivo fue identificar los factores de riesgos asociados con la aparición de cáncer cérvico uterino en féminas. La muestra estuvo constituida por las 50 féminas mayores de 25 años del área con diagnóstico de la enfermedad. Los datos de los pacientes se obtuvieron a partir de una planilla de recolección de datos aplicada a los pacientes y su historia clínica, para tener una medida que mostrara las fuerzas de asociación entre la enfermedad y el factor de riesgo. La razón de productos cruzados y el Chi cuadrado, con una confiabilidad del 95% y una probabilidad menor de 0.05. Resultados: Los antecedentes patológicos familiares de cáncer, el hábito de fumar, la menarquía precoz, el inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años se constituyeron en factores de riesgo al obtenerse valores de OR significativos. El haber tenido contacto sexual con 3 o más compañero del sexo opuesto, el uso de anticonceptivos orales y la edad del primer parto antes de los 18 años se constituyeron en factores de riesgo, aunque no de forma significativa. La multiparidad, el tipo de parto, las infecciones de transmisión sexual, en la muestra de estudio no se asociaron con la aparición de la enfermedad <sup>32</sup>.

**M.Á.Ramos-Barrón, et al (España 2014):** Se hizo un estudio donde se hizo un programa teniendo en cuenta las características de la historia natural de esta enfermedad, su incidencia y mortalidad. Se han estimado costes y beneficios en diversos escenarios variando la periodicidad de las pruebas que abarca de 3-5 años, la edad de acceso al programa (21, 25 o 30 años), la cobertura de este (60-80%), y tasas de descuento (0-3-6%). Y se obtuvo como resultados que con una cobertura del 80% realizar las pruebas cada 3 años genera unos costes anuales de 893.000 E (tasa de descuento del 3%) respecto al protocolo oportunista actual. Los escenarios de pruebas cada 5 años generan unos beneficios anuales superiores a 618.000 E, dependiendo de la edad de entrada en el programa<sup>33</sup>.

**Pérez-Ponce P. Et Al (México 2016):** Hicieron un estudio retrospectivo en una atención médica ambulatoria para determinar las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino en un periodo de 3 años, estudiándose a 1663 mujeres con diagnóstico de displasia detectados en una primera vez, obteniendo como resultados casos probables, casos

confirmados y cáncer invasor. Hubo un total de 983 (59.1%) casos probables y 608 (40.9%) casos confirmados, de los cuales el 9.32% corresponden a mujeres menores de 25 años, 63,75% a mujeres entre 25 y 44 años, 25,31% a mujeres entre 45 y 64 años, 1,62% a mayores de 65 años; concluyendo que la edad con mayor predisposición es entre los 25 y 44 años en dicho estudio<sup>25</sup>.

**Castillo M, et al (España 2017):** Realizaron un estudio retrospectivo donde incluyeron 374 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, obteniéndose la población mediante una base de datos del Servicio de anatomía patológica, cuyo objetivo principal fue evaluar el impacto a la mujer de cáncer de cuello uterino por ausencia de programas de cribado para detección oportuna. De las 374 mujeres incluidas, 288 mujeres se encontraban en un rango de edad de los 25-70 años y que 189 mujeres no se realizaron ninguna citología al menos 5 años y medio antes de diagnóstico. Este porcentaje se relacionó con la mayor edad al diagnóstico, la presencia de síntomas asociados y con un estadio tumoral avanzado en el momento del diagnóstico. En las mujeres diagnosticadas con una edad mayor de 70 años se objetivó que el 83,3% no habían realizado ninguna citología con anterioridad al momento del diagnóstico. Se concluye que la implementación oportuna de un programa de cribado de cáncer de cuello uterino y el buen uso de estas contribuirá a disminuir la incidencia y la mortalidad a consecuencias del cáncer de cuello uterino<sup>34</sup>.

**Ersilia Parra, Et Al.(Cuba 2017):** Hicieron un estudio a 92 pacientes que asistían a consulta de Patología Benigna de Cuello, obteniendo como resultados de la distribución de las pacientes según la edad de inicio de las relaciones sexuales donde se observó que predominaron las que iniciaron entre 15 y 18 años (51,9%). Al analizar la distribución de las pacientes según número de parejas sexuales predominaron las de dos a cuatro parejas (39,2%) pero, es interesante señalar que el 74,7% correspondió de manera general a las de más de dos parejas sexuales<sup>24</sup>.

**Mercado Gutierrez, et al (España 2017):** Se realizó un estudio observacional transversal en el servicio de anatomía patológica cuya finalidad fue estudiar la edad relacionada con los genotipos HR-HPV en citologías con lesión intraepitelial escamosa (SIL). Se realizó 67,935

citologías ginecológicas en un período de cuatro años, se seleccionaron muestras citológicas con SIL y se clasificó a las mujeres en un grupo menor de 35 años y otro grupo de mayores de 35 años y se obtuvo como resultado que la prevalencia de HR-HPV fue del 59,7% siendo el 64,6% en mujeres menores de 35 años. Las especies de HR-HPV alfa 9 tipo 16 (HR-HPV 16) y alfa 5 tipo 51 (HR-HPV 51) fueron las más prevalentes (60,9% y 51,7%). Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (H-SIL) fueron dos veces más altas en mujeres menores de 35 años. El 88,8% de H-SIL se asoció con HR-HPV 16, lo que aumenta la probabilidad de H-SIL contra lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (L-SIL) independientemente de la edad<sup>35</sup>.

**OPS (2018):** En 2018, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la Región de las Américas. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud<sup>36</sup>.

**ML Medina, MG Medina, (MADRID 2018):** Se hizo un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en estudiantes de la facultad de odontología donde quedaron incluidos 61 estudiantes; 47 (77 %) mujeres y 14 (23 %) hombres. La edad media fue 22 años. Se observó que 36 mujeres del estudio (59%) tuvieron relaciones sexuales precozmente, (13 años). En 41 mujeres (67 %) refirió haber tenido dos o más parejas sexuales. Se observó que 26 mujeres (43 %) nunca o rara vez usaron preservativo. Del total 33 (54 %) refirió sexo oral; 25 (41 %) no consumió anticonceptivos orales<sup>28</sup>.

## **INVESTIGACIONES NACIONALES**

**FIGO (2006):** Según el 26to Reporte Anual de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer en el 2006 se diagnosticaron en el mundo 493 mil nuevos casos de cáncer cervical, con una prevalencia de 1,4 millones de casos y 273 mil defunciones, el 80 % de ellos en el Sur y Sudeste Asiático, el África Sub-sahariana y Latinoamérica<sup>37</sup>.

**OMS (2009):** La OMS de abril de 2009 en el que se señala que mientras la incidencia de cáncer invasor en países con programas de tamizajes es de 92,3 por 100 mil mujeres, en aquellos que no cuentan con tales intervenciones la incidencia se eleva a 257,2 casos<sup>38</sup>.

**INEN (2012):** El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) nos indica que las neoplasias de las mujeres residentes en Lima Metropolitana (Perú) durante el periodo 2010-2012, el cáncer de cuello uterino fue el segundo más frecuente. Se registró 3.163 casos nuevos, y una tasa de incidencia estandarizada de 21.1% casos por 100.000 mujeres, siendo el grupo etario más afectado de 30-54 años. Asimismo, el cáncer de cuello uterino representó el de 9,6% todas las neoplasias malignas en mujeres. Ocupó el cuarto lugar dentro de todas las neoplasias malignas estudiadas, además se registró 1.201 muertos por cáncer de cuello uterino en el periodo 2010-2012, con un tasa de mortalidad de 8.0% por 100.000 mujeres<sup>39</sup>.

**Jorge Ybaseta-Medina et al. (PERU 2014):** Se realizó el estudio en 27 pacientes que contaron con diagnóstico confirmado a través de biopsia de cérvix compatible con cáncer de cuello uterino. Entre las principales características sociodemográficas destacan que la mayoría de la población tiene una edad mayor de 35 años el cual ocuparía el 77,8% del total, de las cuales eran convivientes el 40,8% de la población, con nivel de instrucción secundario el 48,2% seguido del nivel primario de 29,6%, con ocupación al momento del diagnóstico el 66,7% de las mujeres, de procedencia urbana el 70,4% de las personas, y con nivel socioeconómico medio el 44,5%. Entre las características ginecológicas y obstétricas destaca que el cáncer de cuello uterino se presentó con más frecuencia en el 59,3% de las multigestas, el 55,6% de las mujeres multíparas y el 40,7% de las secundíparas, y en aquellas en que la menarquia se inició después de los 15 años (33,3%). En cuanto al factor de la edad de inicio de relaciones sexuales, el cáncer de cuello uterino en nuestra serie se presentó mayormente en un inicio precoz entre los 13 y 14 años (para cada caso 18,5%). De igual forma el tener dos parejas fue más frecuente (37,1%) o más de dos parejas sexuales (29,6%). Sobre los antecedentes de importancia las más frecuentes fueron: antecedente familiar 7,4%, ETS 44,5%, higiene defectuosa 29,6%, uso de método

anticonceptivo (MAC) 29,6%, consumo de tabaco 14,8% y en cuanto al Papanicolaou (PAP) el 85,2% no tuvieron control y sólo un 14.8% presentó controles previos al Diagnóstico<sup>40</sup>.

**INEN (2014–2015):** Caso nuevo de cáncer registrado en la INEN en el periodo 2014 y 2015 nos muestra que el CCU ocupa el primer lugar con 1484 y 1579 casos nuevos respectivamente<sup>41</sup>.

**Sobrevilla-Ricci (Perú 2015):** La cohorte hipotética de CCU es de 990 personas para el año 2014 (Incidencia de CCU en Perú: 26.1 x 100,000). El costo total para CCU es de 7,725,864 dólares correspondiendo al Estadio Ia: 40,009 dólares, CCU Estadio Ib a IIIb: 3,975,922 dólares y para CCU Estadio IVa y IVb: 3,709,934 dólares. El costo total correspondiente a prevención y diagnóstico es 425,646 dólares (5.5%), tratamiento 6,911,310 dólares (89.5%) y para seguimiento 388,908 dólares (5.0%). El costo fijo correspondió a 6,164,423 dólares (79.8%) y el costo variable a 1,561,441 dólares (20.2%). El costo anual total para Cáncer de Cuello Uterino en el Perú se estimó en 7,725,864 dólares. Este monto representa el 4.2% del presupuesto anual en el programa presupuestal de prevención y control del cáncer del país<sup>42</sup>.

## INVESTIGACIONES LOCALES

**MINSA (2013):** En Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA) para el año 2013, el cáncer de cérvix ocupó el primer lugar de las neoplasias (14.9%), seguido del cáncer de estómago y cáncer de mama. También, se han estimado 1603 defunciones por neoplasia maligna, siendo los departamentos con mayores tasas, Loreto (29.4%), Ucayali (28.6%) y Madre de Dios (28.5%). Sin embargo, en Lima se ha evidenciado que el 13.1% de la población de mujeres presenta esta patología<sup>43</sup>.

**Dinelda Dp, Adela Pv (Ucayali 1994):** Se realizó una tesis donde nos muestran que dicho estudio fue identificar los factores de riesgo para adquirir cáncer de cuello uterino (CCU) que afecta a las mujeres en edad fértil de nuestra región. En la tesis realizada en 1994 de método descriptivo, prospectivo y longitudinal, La población estudiada fue de 511 mujeres en edad fértil (15 a 45 años) que asistieron al programa de Citología del Hospital Regional

de Pucallpa, Los resultados obtenidos, demuestran que los factores de riesgo más saltantes del cáncer del cuello uterino en las mujeres de edad fértil son: Gran multiparidad, edad, bajo grado de instrucción, inicio de relaciones sexuales a temprana edad. Los resultados de menor trascendencia fueron: El uso de drogas (alcohol y tabaco), el aborto, el uso de métodos anticonceptivos hormonales (oral), multiplicidad de parejas sexuales. La presencia de cáncer de cérvix: encontrado en el estudio es del 2% (9 casos). El 98% se registraron como casos negativos<sup>44</sup>.

**Rivera Romero Et Al (Ucayali 2018):** En la tesis realizada en el 2018 nos muestran los factores que dificultan la toma de examen de Papanicolaou, dicho estudio se realizó en la asociación pro vivienda Melita Ruiz de Padilla Pucallpa - región Ucayali, mediante el método descriptivo, de tipo transversal, no experimental. La población estuvo constituida por 350 mujeres y la muestra con 120 mujeres entre 15 a 45 años, obteniendo como resultado que la población estudiada en un 68% tenían bajo nivel de conocimiento, 26% conocimiento medio y 6% conocimiento alto, así como que el 70% de la población tienen grado de instrucción primaria, 27% secundaria, 3% sin instrucción. De la población estudiada también se concluye que el 57% fueron convivientes, 28% de las mujeres eran casadas, 15% permanecían solteras, además de que el 65% de la población estudiada tenía miedo al dolor y vergüenza, 63% miedo al dolor y temor a los resultados<sup>45</sup>.

## **2.2. BASES TEÓRICAS:**

### **1. CUELLO UTERINO NORMAL.O CERVIX UTERINO NORMAL**

Mide aproximadamente 2.5 cm en la mujer no gestante, es estrecha de forma cilíndrica y abarca la tercera parte del útero. Se encuentra dividida en 2 partes: una parte supra vaginal, que se encuentra entre el istmo y la vagina separándose de la vejiga por tejido conectivo laxo en la parte anterior y del recto por el fondo de saco recto uterino en la parte posterior.; y una parte vaginal que protruye dentro de la vagina. <sup>47</sup>

El cuello uterino y la vagina, están tapizados por dos tipos de epitelio: El exocervical, es plano pavimentoso no queratinizado, y el endocervical, que es cilíndrico mucosecretor tiene funciones específicas, está regulada por efecto de estrógenos y la progesterona y la unión de ambos tipos de epitelios se llama zona de unión escamo-columnar que puede ser muy variable según la edad de la mujer, y es dependiente de la acción hormonal de los ovarios, de la edad de presentación de la menarquia, del coito y del embarazo. Se llama zona de unión escamo-columnar, que es dinámica, influenciada por fenómenos proliferativos y de remodelación que transforman el epitelio cilíndrico mucosecretor en un epitelio de tipo pavimentoso. El cambio de epitelio se denomina metaplasia. <sup>23, 48,49,</sup>

## **2. LESIONES PREMALIGNAS DEL CUELLO UTERINO.**

### **NOMENCLATURA.**

A inicios de la década de 1940, George N. Papanicolaou publica el resultado de sus investigaciones realizadas en la Escuela de Medicina de Cornell, sobre citología exfoliativa para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino con el título "Valor diagnóstico del frotis vaginal en carcinoma del útero" en el American Journal of Obstetrics and Gynecology<sup>50</sup>.

En 1943, Papanicolaou fue el primero en clasificar los extendidos de manera más descriptiva, los clasificó en cinco tipos<sup>51</sup>:

- I. Ausencia de células anormales o atípicas.
- II. Citología atípica sin evidencia de malignidad.
- III. Citología sugestiva, pero no concluyente de malignidad. (NIC I-II-III)
- IV. Citología fuertemente sugestiva de malignidad. Cancer in situ
- V. Citología concluyente de malignidad. Cancer de cuello uterino.



Ya en 1954, Reagan es quien introduce el término displasia como definición de lesión precursora. Divide este término en tres tipos: displasia leve, displasia moderada, displasia grave, y adicionalmente carcinoma in situ<sup>52</sup>.

En 1968, Richard crea el término neoplasia de neoplasia intraepitelial cervical y la clasifica en grado I que corresponde a displasia leve, grado II correspondiente a displasia moderada y grado III correspondiente a displasia grave y carcinoma in situ<sup>53</sup>.

Luego de estas propuestas en 1988, el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos decidió convocar patólogos, citólogos y ginecólogos para el desarrollo de una terminología uniforme para la citología cervical<sup>54</sup>. De esa manera nace el sistema Bethesda, que ha sido modificado posteriormente en 1999 y la última en abril-mayo del 2001<sup>55</sup>.

<b>Terminología de displasia</b>	<b>Terminología NIC</b>	<b>Terminología NIC modificada</b>	<b>Bethesda</b>
Normal	Normal	Normal	Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
Atipia	Atipia coliocítica, condiloma plano	NIC de bajo grado	ASCUS/ASC-H
Displasia leve	NIC 1	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia moderada	NIC 2	NIC de alto grado	H-LIE
Displasia severa	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma in situ	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma epidermoide o escamoso invasivo

FUENTE: Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de Bethesda 2001<sup>56</sup>

### 3 CLASIFICACIÓN DE BETHESDA 2001

#### **Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.**

##### **Microorganismos**

- Tricomonas vaginales.
- Organismos consistentes con Candida sp.
- Desviación en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana.
- Bacterias consistentes morfológicamente con Actinomyces sp.
- Cambios celulares consistentes con Herpes.

##### **Otros cambios no neoplásicos**

- Cambios celulares reactivos.
  - Inflamación y reparación.
  - Cambios de radiación.
  - Cambios asociados a dispositivo intrauterino.
- Presencia de epitelio glandular en mujeres histerectomizadas.
- Atrofia.
- Presencia de células endometriales fuera de ciclo en mujeres mayores de 40 años.

##### **Anomalía de células epiteliales**

###### Célula escamosa:

- Células escamosas atípicas de significado incierto. **(ASCUS.)**
- Células escamosas atípicas no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado. **(ASC-H.)**
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado **(L-LIE.)**
- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado **(H-LIE.)**
- Carcinoma invasivo de células escamosas.

###### Glandular:

- Células glandulares atípicas:
  - Endocervicales, no especificadas.
  - Endometriales, no especificadas.
  - Glandulares, no especificadas
- Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (endocervicales o glandulares en general)
- Adenocarcinoma in situ
- Adenocarcinoma: Endocervical, endometrial, extrauterino, no especificado.

##### **Otras neoplasias malignas.**

FUENTE: Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de bethesda 2001<sup>56</sup>

### **3. CLASIFICACIÓN BETHESDA 2001 DETALLADO<sup>56</sup>.**

- **NEGATIVO PARA LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD:** No evidencia citológica de neoplasia.
- **MICROORGANISMOS:**
  - Tricomonas vaginales.
  - Hongos morfológicamente consistentes con Cándida.
  - Desviación en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana. Bacteria morfológicamente consistente con Actinomyces.
  - Cambios celulares consistentes con Herpes. .
- **OTROS CAMBIOS NO-NEOPLÁSICOS:**
  - Cambios reactivos asociados con:

Inflamación.

Radiación.

Dispositivo intrauterino

Células glandulares después de histerectomía.

Atrofia.

Presencia de células endometriales en mujeres mayores de 40 años.

**Cambios de radiación:** Este apartado merece especial atención. El tamaño celular está marcadamente aumentado sin aumento en la relación núcleo/citoplasma. Puede haber binucleación y multinucleación con hiper cromasia leve. También vacuolización citoplásmica. Algunas veces se aprecian formas aberrantes que pueden ser sospechosas de malignidad. En estos casos es siempre importante saber si hay historial de radiación para evitar diagnosticar estos cambios como malignos.

**DIU:** Las células pueden estar solitarias o en grupos de 5 a 15 células. La cantidad de citoplasma varía y este frecuentemente presenta vacuolas de gran tamaño que pueden inclusive desplazar el núcleo. Existe degeneración nuclear y puede haber nucléolo prominente. En algunos casos pueden observarse cuerpos de psamoma.<sup>56</sup>

- **ANORMALIDADES DEL EPITELIO ESCAMOSO:**

**Células escamosas atípicas: (ASC-US / ASC-H):** Esta categoría implica cambios que son sugestivos de displasia pero que cuantitativa o cualitativamente son insuficientes para este diagnóstico.

**ASC-US:** El núcleo es aproximadamente 2 ½ a 3 veces más grande que el núcleo de una célula intermedia. La relación núcleo/citoplasma está levemente aumentada con hiper cromasia e irregularidad leve. Para queratosis atípica se incluye en este grupo. (Son cambios sospechosos de displasia de bajo grado o displasia no clasificable.)

**ASC-H:** Las células en esta categoría se pueden encontrar solitarias o en grupos. Tienen el tamaño de las células metaplásicas con un núcleo entre 1 ½ a 2 ½ veces mayor de lo normal. La relación núcleo/citoplasma es parecida a las células de displasia de alto grado. Estas células son sospechosas pero no definitivas para el diagnóstico de displasia de alto grado<sup>56</sup>.

**Displasia de bajo grado (L-LIE):** Aquí se incluyen dos categorías; los cambios celulares atribuibles a efecto citopático de VPH (coilocitosis) y la displasia leve, NIC I.

Morfológicamente estos cambios ocurren en células maduras (superficiales.) Las células son grandes con citoplasma abundante. El núcleo también está aumentado de tamaño (más de 3 veces el área del núcleo de una célula intermedia), sin embargo la relación núcleo/citoplasma se mantiene. Existe hipercromasia variable, formas nucleares anormales, binucleación, membrana nuclear irregular etc. Halos perinucleares son frecuentes pero su sola presencia no es suficiente para el diagnóstico de displasia<sup>56</sup>

**Displasia de alto grado (H-LIE):** Esta categoría incluye NIC II y III, displasia moderada y severa/ carcinoma in situ. Los cambios afectan células menos maduras que la displasia de bajo grado. Estas pueden estar solas o en grupos, presentan hipercromasia, relación núcleo/citoplasma aumentada. La membrana nuclear es irregular con indentaciones prominentes en muchos casos. El citoplasma es inmaduro, delicado o denso metaplástico, en algunos casos hay queratinización prominente. Se debe prestar mucha atención en casos problemáticos con la presencia de células atípicas aisladas. En estos casos si la sospecha es alta se recomienda el diagnóstico de ASC-H. En algunas ocasiones células benignas pueden simular displasia de alto grado.<sup>56</sup>

**Carcinoma invasivo de células escamosas:** La mayoría de los cánceres escamosos de cuello son no queratinizados, sin embargo según el sistema de Bethesda no es necesario separar estas dos categorías. En estos casos se presentan las características de displasia de alto grado (células solitarias o en grupos)<sup>56</sup>.

- **ANORMALIDADES DEL EPITELIO GLANDULAR:**

**Células endocervicales atípicas/ no especificadas:** Células organizadas en grupos con desorganización, irregularidad, aumento de tamaño nuclear (3 a 4 veces en comparación con el núcleo de una célula endocervical normal), hipercromasia leve, puede apreciarse nucléolo, raramente mitosis, aumento en la relación núcleo/citoplasma. Los cambios no son suficientes para el diagnóstico de malignidad<sup>56</sup>.

**Células endometriales atípicas/ no especificadas:** Células organizadas en grupos de 5 a 10 células con aumento de tamaño nuclear, hipercromasia leve, citoplasma escaso y frecuentemente vacuolado, bordes celulares poco definidos. Puede haber un nucléolo pequeño. En el caso del epitelio endometrial no existe una categoría “probablemente

neoplásica”, la mayoría de las veces las células endometriales muestran signos de degeneración y es muy difícil hacer esta distinción<sup>56</sup>

**Células endocervicales atípicas/ probablemente neoplásicas:** Todas las características anteriores además de irregularidad nuclear, hipercromasia, agrupamiento y desorganización más acentuada<sup>56</sup>.

**Células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas:** No hay criterio suficiente para decidir si las células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas son de origen endometrial o endocervical<sup>56</sup>.

**Adenocarcinoma endocervical in situ:** Se observan grupos glandulares con atipia de alto grado, estratificación nuclear, presencia de mitosis. Los grupos celulares tienen apariencia de palizada con núcleos que parecen protruir en la periferia. No hay diátesis tumoral<sup>56</sup>

#### **Adenocarcinoma**<sup>56</sup>

**Endocervical:** Características citológicas del adenocarcinoma endocervical in situ además de grupos tridimensionales compactos con mayor irregularidad nuclear y pleomorfismo y signos de invasión (diátesis tumoral.)

**Endometrial:** Células en grupos o solitarias. El tamaño celular aumenta conforme aumenta el grado del tumor. Características citológicas indiscutibles de malignidad y diátesis tumoral.

**Extrauterino:** Cuando se observan células diagnósticas de adenocarcinoma pero no hay diátesis tumoral o la morfología es inusual para un tumor de origen uterino.

**No especificado.**

#### **4. FACTORES DE RIESGO:**

##### **INFECCIÓN POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH).**

Se considera el principal factor de riesgo para cáncer de cuello uterino y las lesiones premalignas de la misma. Este virus produce una infección de la piel y mucosa genital, la cual puede ser asintomática o asociarse a neoplasias de tipo benigna o maligna<sup>57</sup>.

Actualmente se han identificado más de 100 tipos, de estos 40 afectan el tracto anogenital femenino, así como en las personas masculino que actúa como reservorio del virus, pues rara vez presenta manifestaciones clínicas u ocasiona problemas severos

de salud, lo cual impide un diagnóstico preciso y oportuno, favoreciendo la diseminación del papilomavirus.<sup>65</sup>

Aproximadamente 15 se consideran de alto riesgo oncogénico, de ellos el VPH 16 y 18 son causantes del aproximadamente 70% de los casos de cáncer cervico-uterino a nivel mundial, a los que le siguen el VPH 31 y 45<sup>58</sup>.

Grupo	Tipo de VPH
16-18-31-33-35-39-45-51-52-56-58-59	Grupo de alto riesgo
26-53-66-68-73-82	Probable grupo de alto riesgo
6-11-40-42-43-44-54-61-70-72-81	Grupo de bajo riesgo

**Fuente: Muñoz et al. 2006**

Se considera que en promedio deben transcurrir catorce años para que una neo infección conduzca a la manifestación neoplásica más primaria. Pero no se ha podido demostrar si lo más importante es el tamaño de la carga viral o la persistencia de la infección<sup>59,60</sup>.

El 60% de las lesiones del Virus de Papiloma Humano (HPV) y Neoplasia Intraepitelial Cérvico-uterino (NIC I) bajo grado regresan en unos 2 a 3 años. Solo 15% desarrolla lesiones de mayor grado en 3 a 4 años y de este grupo entre 30 y 70% progresa en unos 10 años hacia cáncer invasor<sup>23</sup>

### **CONDUCTA SEXUAL.**

Se relaciona que un inicio temprana de las relaciones sexuales hace que una persona sea propensa a tener múltiples compañeros sexuales. Además en la adolescencia el tejido cervicouterino es más susceptible a la acción de carcinógenos, aparte que el tiempo de exposición será mucho mayor. Se ha visto que existe un riesgo de 2,4 veces mayor cuando el coito comienza a los 17 años o antes que cuando se inicia a los 21 años<sup>61</sup>.

### **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS.**

En cuanto a la paridad, se ha observado que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor que las nulíparas de presentar lesión intraepiteliales; si tienen más de cuatro hijos el riesgo se triplica, con más de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces<sup>62</sup>. En el estudio de Bosch se observó que la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino<sup>63</sup>.

### **TABAQUISMO.**

Se ha visto que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepiteliales con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente ha sido demostrada la presencia de nicotina, cotinina y otros derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepiteliales<sup>64</sup>.

### **MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

El empleo de anticonceptivos orales como factor de riesgo es controversial actualmente<sup>63</sup>. En cuanto a los métodos de barrera como el condón, el diafragma y los espermicidas han mostrado disminuir la posibilidad de cáncer cervicouterino, posiblemente por su efecto sobre la transmisión del VPH<sup>63</sup>.

## **2.3 VARIABLES DE ESTUDIO**

### **VARIABLE DEPENDIENTE**

Citología positiva de cérvix

### **VARIABLE INDEPENDIENTE**

Factores epidemiológicos:

- Edad
- Grupo etario
- Hijos
- Ubicación geográfica
- Aborto
- IVAA
- NUMERO DE PAP ANTERIOR

## **CAPÍTULO III**

### **3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el consultorio de Cáncer (CACU) que es uno de los programas dentro de Gineco-Obstetricia del HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha en la Ciudad de Pucallpa en el Departamento de Ucayali.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El estudio es NO EXPERIMENTAL

### **3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de investigación en el presente estudio es correlacional, ya que se trabajó asociando las variables dependientes con las independientes.

### **3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN**

El método de investigación que se utiliza en el presente trabajo de investigación es el método cualitativo no experimental, analítico.

### **3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

El diseño de investigación es no experimental, relacional de corte longitudinal o transversal.

X  $\longrightarrow$  Y

donde:

X= Variable dependiente

Y= Variable independiente



- o **Observacional:** Ya que no se experimenta con la población.
- o **Transversal:** Debido a que la medición se realizará en un solo momento.
- o **Analítico, correlacional:** Porque se buscará la asociación entre los factores epidemiológicos que se asocian a citología positiva de cérvix en el Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2016– 2018.

### 3.6. POBLACIÓN, MUESTRA, MUESTREO

#### POBLACIÓN.

La población estará representada por pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia que se realizaron prueba de Papanicolaou (PAP) en el periodo de 2016 – 2018.

2016-MESES	PACIENTES
Enero	68
Febrero	67
Marzo	60
Abril	90
Mayo	56
Junio	52
Julio	74
Agosto	56
Setiembre	40
Octubre	18
Noviembre	42
Diciembre	33
<b>TOTAL</b>	<b>656</b>
2017-MESES	
Enero	44
Febrero	77
Marzo	50
Abril	65
Mayo	50
Junio	60
Julio	33
Agosto	41
Setiembre	57
Octubre	76

<b>Noviembre</b>	58
<b>Diciembre</b>	40
<b>TOTAL</b>	651
<b>2018-MESES</b>	
<b>Enero</b>	44
<b>Febrero</b>	50
<b>Marzo</b>	40
<b>Abril</b>	50
<b>Mayo</b>	38
<b>Junio</b>	30
<b>Setiembre</b>	40
<b>Octubre</b>	45
<b>Noviembre</b>	52
<b>Diciembre</b>	30
<b>TOTAL</b>	419
<b>POBLACION TOTAL</b>	1726

## UNIDAD DE ANÁLISIS

Estará representado por los pacientes de consulta externa que se realizaron la prueba de Papanicolaou (PAP) durante el periodo 2016 - 2018.

## MUESTRA Y MUESTREO

Se recolectarán la información de las historias clínicas del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha durante el periodo 2016-2018, no se excluirá ninguna historia clínica dentro de nuestro estudio y se utilizará un muestreo de tipo censal.

El tamaño de la muestra será calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula: (Aguilar S. , 2005)

$$n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}$$

**Dónde:**

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

Z = 1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{1726 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(1726 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 315$$

### 3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó para la recolección de datos fue las fichas de recolección de datos, las cuales se aplicaron a las historias Clínicas de las pacientes que se realizaron el Papanicolaou (PAP) en los servicios de Gineco-obstétrica del Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 - 2018.

### 3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se presentó el oficio respectivo al Decano de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Ucayali (UNU), el cual gestiono con el Hospital Amazónico de Yarinacocha para poder acceder a las historias clínicas de todas las pacientes que acudieron al consultorio externo y se realizaron Papanicolaou (PAP) e inspección visual de ácido acético (IVVA) en el periodo 2016- 2018 , avalados oficialmente mediante documento.

### **3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Los datos obtenidos serán incluidos en una base de datos la cual será una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Los resultados descriptivos se mostrarán con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias absolutas y relativas. La asociación entre la variable dependiente (Citología Cervical) y las variables independientes (factores epidemiológicos) se pondrán a prueba en un análisis bivariado con la prueba estadística Chi Cuadrado, según corresponda; Para el estudio estadístico se utilizó ANOVA.

## CAPITULO IV

### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla n° 01

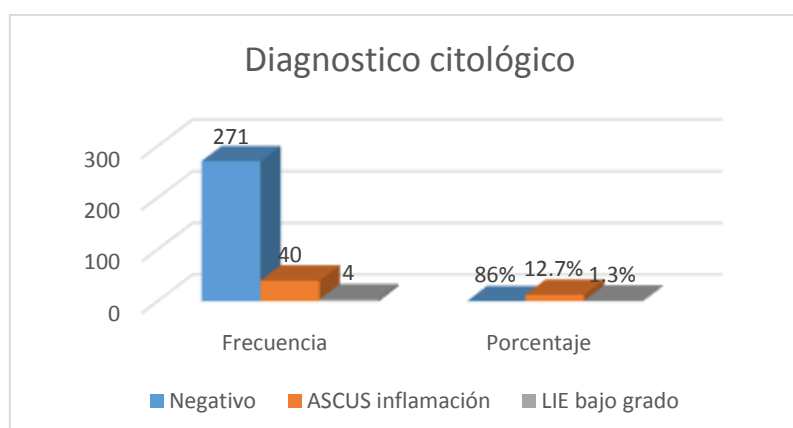
Diagnostico citológico en los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.

Diagnostico citológico	Frecuencia	Porcentaje
<b>Negativo</b>	271	86,0.
<b>ASCUS inflamación</b>	40	12,7
<b>LIE bajo grado</b>	4	1,3
<b>Total</b>	315	100,0

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa

Grafico n° 01

Diagnostico citológico en los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.



FUENTE: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el 86% de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha dieron negativo a citología; un 12,7% ASCUS inflamación y un 1,3% una LIE bajo grado.

**Tabla nº 02**

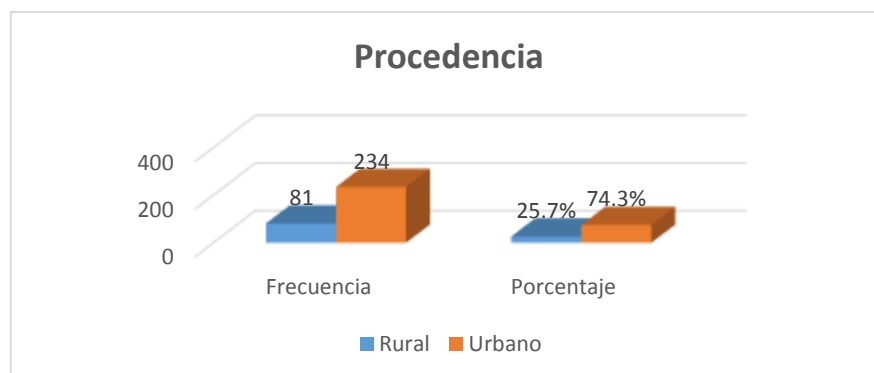
**Procedencia de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	81	25,7
Urbano	234	74,3
Total	315	100,0

*FUENTE: Historias Clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa*

**Grafico nº 02**

**Procedencia de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018**



FUENTE: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

Se evidencia que el 74,3% de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha son de zonas urbanas y un 25,7% de zonas rurales.

**Tabla nº 03**

**Relación entre la procedencia y la obtención de una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

Procedencia	Diagnostico citologico			Total	Chi cuadrado	
	Negativo	ASCUS inflamacion	LIE bajo grado		Valor	“P”
Rural	74	7	0	81		
Urbano	197	33	4	234	3,157	0,206
Total	271	40	4	315		

Elaboration propia

### INTERPRETACIÓN:

La buscar la relación entre la procedencia y la obtención de una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, podemos evidenciar que el valor “P” es de 0,206 lo cual manifiesta que no existe significancia estadística entre ambas variables.

**Tabla n° 04**

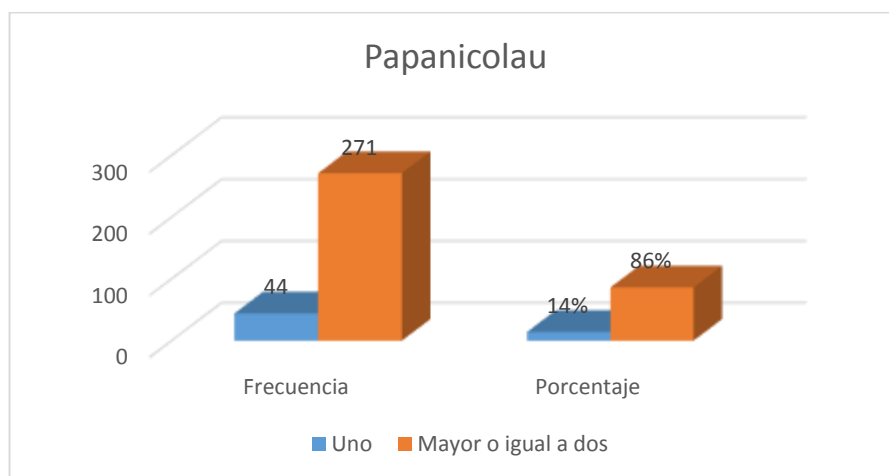
**Papanicolaou de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

Papanicolaou	Frecuencia	Porcentaje
Uno	44	14,0
Mayor o igual a dos	271	86,0
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Historias Clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa*

**Gráfico n° 03**

**Papanicolaou de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**



FUENTE: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:**

Se evidencia que el 86% de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha tuvieron más de dos tomas de Papanicolaou y un 14% solo tiene una sola muestra realizada.



**Tabla n° 05**

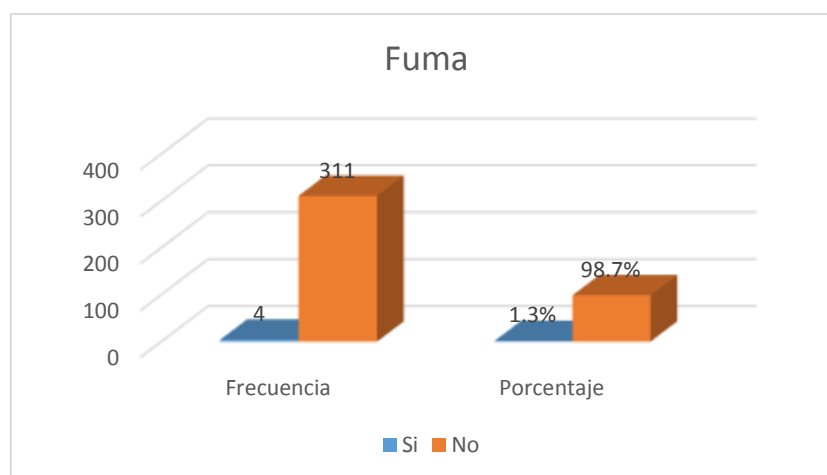
**Hábito de fumar en los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

Fuma	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	1,3
No	311	98,7
<b>Total</b>	<b>315</b>	<b>100,0</b>

*FUENTE: Historias Clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa*

**Grafico n° 04**

**Hábito de fumar en los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**



FUENTE: Elaboración propia

**INTERPRETACIÓN:**

Se evidencia que el 98,7% de los pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha no fuman y un 1,3% de mujeres si fuman.

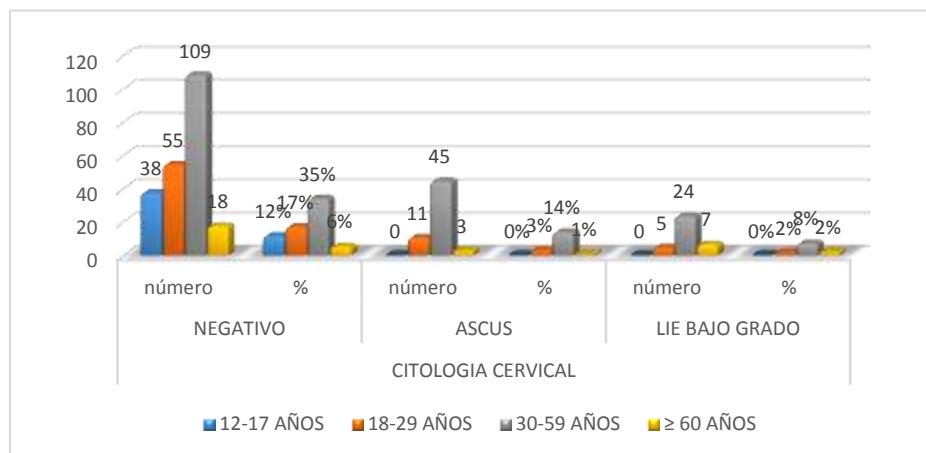
Tabla n°06

**Grupo etario de mayor prevalencia que se asocia a una citología cervical anormal en consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

GRUPO ETARIO	CITOLOGIA CERVICAL					
	NEGATIVO		ASCUS		LIE BAJO GRADO	
	número	%	número	%	número	%
12-17 años	38	12%	0	0%	0	0%
18-29 años	55	17%	11	3%	5	2%
30-59 años	109	35%	45	14%	24	8%
≥ 60 años	18	6%	3	1%	7	2%
SUB TOTAL	220	70%	59	19%	36	11%
TOTAL	N=315					

FUENTE: Historias Clínicas del Hospital Amazónico de Yarinacocha-Pucallpa

Gráfico n°05



FUENTE: Elaboración propia

### INTERPRETACIÓN:

Podemos ver en el gráfico n°06 que el grupo etario de 30-59 años 45 mujeres presentaron ASCUS equivalente al 14%. Seguido del grupo etario de 18-29 años donde 11 mujeres tuvieron ASCUS equivalente a 3% y finalmente el grupo mayor igual a 60 donde 3 mujeres presentaron ASCUS equivalente al 1%. Respecto al LIE DE BAJO GRADO el grupo etario de 30-59 años presentaron 24 mujeres (8%), seguido del grupo etario de 18-29 años con un 2% y por último el grupo etario mayor igual a 60 con un 2%.

**Tabla nº 07**

**Asociación entre la edad y la citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

ANOVA

Diagnostico citologico	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	22,276	37	,602	6,315	0,000
Dentro de grupos	26,410	277	,095		
Total	48,686	314			

*FUENTE: Elaboration propia*

#### **INTERPRETACIÓN:**

La buscar la Asociación entre la edad y la obtención de la citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, podemos evidenciar que el valor "P" es de 0,000 lo cual manifiesta que existe significancia estadística entre ambas variables.

Tabla nº 08

Asociación entre el número de hijos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.

ANOVA

Diagnostico citológico	Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	6,554	8	0,819	5,950	<b>&lt;0,001</b>
Dentro de grupos	42,132	306	0,138		
Total	48,686	314			

FUENTE: *Elaboration propia*

#### INTERPRETACIÓN:

Al buscar la Asociación entre el número de hijos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, podemos evidenciar que el valor "P" es de <0,001 lo cual manifiesta que existe significancia estadística entre ambas variables.

**Tabla nº 09**

**Asociación entre el número abortos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

**ANOVA**

<b>Diagnostico citologico</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>gl</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Entre grupos</b>	2,979	4	,745	5,052	0,001
<b>Dentro de grupos</b>	45,706	310	,147		
<b>Total</b>	48,686	314			

Elaboration propia

**INTERPRETACIÓN:**

La buscar la Asociación entre el número de abortos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, podemos evidenciar que el valor "P" es de 0,001 lo cual manifiesta que existe significancia estadística entre ambas variables.

**Tabla nº 10**

**Factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.**

<b>Factores epidemiológicos</b>	<b>Significancia asintótica bilateral o valor P</b>
<b>número de hijos</b>	<b>&lt;0,001</b>
<b>número de abortos</b>	<b>0,010</b>
<b>Procedencia</b>	<b>0,206</b>
<b>Edad</b>	<b>&lt;0,001</b>

*FUENTE: Elaboración propia*

**INTERPRETACIÓN:**

El número de hijos, el número de abortos y la edad son factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.

## DISCUSIÓN:

Se evidenció que el 86% de nuestra población estudiada dieron una citología negativa a las muestras realizadas; un 12,7% presentaron ASCUS inflamación y un 1,3% presento una LIE bajo grado y en un estudio similar realizado por Matos Berroa<sup>19</sup> el cual se realizó 1.028 citologías obtuvo como resultados que el 81,9% eran normales, 166 presentaron inflamación, en 7 se detectó ASCUS, en 6 SIL de bajo grado y en 4 SIL alto grado. Se puede corroborar que la población en ambos estudios obtuvo un gran porcentaje de citología negativa seguida de ASCUS.

En el estudio se evidenció que el 74,3% de la población femenina estudiada que acudieron por consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha de la Ciudad de Pucallpa y que se realizaron Papanicolaou proceden de zonas urbanas y solo un 25,7% proceden de zonas rurales. La relación entre la procedencia y la obtención de una citología positiva de cérvix uterino en nuestra población estudiada podemos evidenciar que el valor "P" es de 0,206 lo cual indica que no existe relación de la zona de procedencia con un diagnóstico citológico positivo de cérvix. Un estudio de Jorge Y<sup>40</sup>. nos indican que el 70.4% de su población estudiada de mujeres con diagnostico establecido de cáncer de cérvix procedían de zona Urbana el cual lo estableció como una característica sociodemográfica de mayor riesgo no viéndose relacionado con nuestro estudio.

Se mostró en el estudio que 271 mujeres el cual ocupó el 86% de la población estudiada se realizaron de dos a más muestras de Papanicolaou previos y que el 14 % solo tenía una sola muestra realizada, estos porcentajes son importante tener en cuenta considerando el estudio realizado por Castillo M.<sup>34</sup> que tuvo como objetivo evaluar el impacto a la mujer de cáncer de cérvix por ausencia de programas de cribado donde los porcentajes dentro de los resultados nos indican una mayor edad y un estadio tumoral avanzado al momento del diagnóstico y otro estudio realizado por Jorge Ybaseta<sup>40</sup> nos muestra que el 85,2% de la población de su estudio de mujeres con diagnostico establecido de cáncer de cuello uterino no tuvieron control alguno y solo el 14.8% presento controles previos al diagnóstico el cual dicho resultado nos muestra la importancia de programas de cribado para el acceso a toda

la población vulnerable y un diagnóstico temprano para lograr disminuir incidencia y mortalidad a causa de estas

El 98,7% de la población de las mujeres de nuestro estudio no presentaron tener hábito de fumar y solo 4 personas el cual representa 1,3% de mujeres estudiadas si mostraron tener dicho hábito, dichos resultados muestra importancia al tener en cuenta los estudio realizado por Cabrera G<sup>32</sup>, Soto Brito<sup>31</sup>, Jorge Y<sup>40</sup> donde indico que el consumo del tabaco y el hábito de fumar están relacionado con una citología cervical anormal no viéndose tan relacionados con los resultados de nuestro estudio.

En nuestro trabajo se demostró que la mayor población estudiada ocupo el intervalo de edad entre 30-59 años cuyo resultados citológico presento ASCUS el 14% y LIE de bajo grado el 8%, el siguiente grupo con mayor población abarco entre los 18-29 años donde nos indica que el 3% presento ASCUS y el grupo etario que abarco a mayores de 60 años nos indica el mayor casos de LIE de bajo grado (2%) con respecto a la poca población que presento. En la asociación entre la edad y la obtención de la citología positiva de cérvix uterino en nuestro estudio podemos evidenciar que el valor "P" es de <0,001 lo cual nos indica que la edad está relacionada a un diagnóstico citológico positivo. Estudios realizados por Pérez P<sup>25</sup>, Castillo M<sup>34</sup>, Mercado G<sup>35</sup> y Jorge Y<sup>40</sup> indican la edad como factor predisponente a obtener resultados anómalos sobre todo en intervalo que abarca entre 35 a 45 años, mientras que Soto B<sup>31</sup> y Magalis P<sup>26</sup>.muestran mayor relación a una edad de 20 años.

Al buscar la Asociación entre el número de hijos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, podemos evidenciar que el valor "P" es de <0,001 el cual indica que a mayor número de hijos estará asociado con una citología cervical anormal. Según el estudio de Marcos Cotera S<sup>30</sup> y Jorge Y<sup>40</sup> indicaron que las mujeres multigestas y la multíparas son considerados como factor de riesgo a igual que los antecedentes familiares y Cabrera G<sup>32</sup> indico que un primer parto antes de los 18 años es considerado también como un mayor factor de riesgo.

La Asociación entre el número de abortos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en la población estudiada, podemos evidenciar que el valor "P" es de 0,001 el cual



indica que ambas variables están relacionadas. Según Flavia Milian Vega<sup>46</sup>, el 51,11 % de los casos incluidos en el grupo de resultados normales y el 62,86 % de los incluidos en el de resultados citológicos anormales refieren el antecedente de al menos un aborto provocado, así también Rivera R<sup>45</sup> nos indica que el aborto es un factor de riesgo pero de menor trascendencia que contribuyen a anomalías en el cuello uterino.

## CONCLUSIONES

- La prevalencia de citología cervical positiva en usuarias de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha fue de 14% , de las cuales ASCUS Y LIE de bajo grado ocuparon el 12.7% y 1.3% respectivamente.
- Las usuarias de consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha de 30-59 años presentaron una mayor población por lo que se evidencia mayor porcentaje de LIE de bajo grado con un 8%, el mismo grupo etario presento ASCUS un 14%.
- Las usuarias de consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha con más hijos o las multíparas están asociadas a una citología cervical anormal.
- Las usuarias de consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha con mayor número de abortos están asociados a tener un resultado citológico cervical anormal.
- El lugar de procedencia de las usuarias de consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha, no está asociado a una citología cervical anormal.
- El hábito de fumar en las usuarias de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, no estuvo asociado a una citología cervical anormal.

## RECOMENDACIONES

- Fortalecer los programas de Educación sexual dirigido a adolescentes para un desarrollo de su sexualidad de forma segura y responsable, como medio preventivo para evitar citologías cérvico uterinas alteradas.
- Enfatizar la importancia del tamizaje de Papanicolaou en usuarias a partir de la adolescencia y mayor accesibilidad a todas las que lo requieran.
- Priorizar la atención a usuarias multíparas y gran multíparas, puesto que están en mayor riesgo de hacer lesiones intraepiteliales de bajo a alto grado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Tapera R, Manyala E, Erick P, Maswabi TM, Tumoyagae T, Letsholo B, et al. Knowledge and Attitudes towards Cervical Cancer Screening amongst University of Botswana Female Students. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017;18(9):2445-50.
2. Barré S, Massetti M, Leleu H, De Bels F. Organised screening for cervical cancer in France: a cost-effectiveness assessment. *BMJ Open.* 2017;7(10):e014626.
3. Colletti SM, Tranesh GA, Nassar A. Significance of finding benign endometrial cells in women 40-45 versus 46 years or older on Papanicolaou tests and histologic follow-up. *Cytojournal.* 2017;14:22.
4. Qian Y, Gao J, Zhou Z, Yan J, Xu Y, Yang X, et al. An equity analysis of health examination service utilization by women from underdeveloped areas in western China. *PLoS ONE.* 2017;12(10):e0186837.
5. Al-Rifai RH, Loney T. Factors Associated with a Lack of Knowledge of Performing Breast Self-Examination and Unawareness of Cervical Cancer Screening Services: Evidence from the 2015 Egypt Health Issues Survey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2017; 18(10): 2763-9.
6. Jácome-Galarza I, Ito-Nakashimada MA, Figueroa-Aguilar G, García-Latorre E, Salazar MAI, López-Orduña E, et al. Prevalence of Human Papillomavirus in Women from the State of Michoacan, Mexico, Showed High Frequency of Unusual Virus Genotypes. *Rev Invest Clin.* 2017; 69(5): 262-9.

7. Tiruneh FN, Chuang K-Y, Ntenda PAM, Chuang Y-C. Individual-level and community-level determinants of cervical cancer screening among Kenyan women: a multilevel analysis of a Nationwide survey. *BMC Womens Health*. 2017;17(1):109.
8. Franco DDN, Tomás ACV, Gravena AAF, Pelloso SM, Consolaro MEL. Screening Cervical Cancer by the Pap Test – Relevance of Age Ranges Recommended by the Brazilian Programme for Prevention and Control. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(9):2431-5.
9. Barbosa IR. Regional and Socioeconomic Differences in the Coverage of the Papanicolaou Test in Brazil: Data from the Brazilian Health Survey 2013. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2017;39(9):480-7.
10. Sawaya GF, Huchko MJ. Cervical Cancer Screening. *Med Clin North Am*. 2017;101(4):743-53.
11. Krashias G, Koptides D, Christodoulou C. HPV prevalence and type distribution in Cypriot women with cervical cytological abnormalities. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):346.
12. Urrutia MT, Gajardo M. [Factors affecting compliance with pap smear screening]. *Rev Med Chil*. 2016; 144(12): 1553-60.
13. White A, Thompson TD, White MC, Sabatino SA, de Moor J, Doria-Rose PV, et al. Cancer Screening Test Use - United States, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2017; 66(8): 201-6.
14. Kone ES, Balili AD, Papparisto PD, Ceka XR, Petrela ED. Vaginal Infections of Albanian women Infected with HPV and their impact in intraepithelial cervical lesions evidenced by Pap test. *J Cytol*. 2017;34(1):16-21.
15. Fernandez LM, Becker JA. Women's Select Health Issues in Underserved Populations. *Prim Care*. 2017; 44(1): 47-55.
16. Gispert R, Barés Mde A, PuigdeFábregas A. Avoidable mortality consensus list of causes to update the indicator in Spain. *Gac Sanit*. 2006;20:184-93.
17. Rodríguez-Iglesias M. Diagnóstico molecular de papilomavirus humano: nuevos desafíos en un escenario diferente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2012.

18. An Advisory Committee Statement (ACS) National Advisory Committee on Immunization (NACI). Update on Human Papillomavirus (HPV) Vaccines. *Can Commun Dis Rep.* 2012;38:1--62.
19. Berroa, S. Matos, Et Al. "¿ Debemos Redefinir La Población Diana En El Cribado De Cáncer Cervical Con La Técnica De Papanicolaou?." *Clínica E Investigación En Ginecología Y Obstetricia* 42.4 (2015): 150-156.
20. Véase en : <http://www.ligacancer.org.pe/tiposdecancer.html>)
21. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología; 2013
22. Elena Salamanca, Miguel Rodriguez B, Maria Jose. La dieta como causa del cáncer: principal aportaciones científicas del Estudio Prospectivos Europeo sobre Nutrición y Cancer. *Nutr Clin Med* 2018; XII (2): 61-79
23. Jorge Luis Medina Espinosa, Mairene Álvarez Rubido, Yoire Isvel Llamas Arcia, (2018). « Cómo disminuir factores de riesgo de cáncer cérvico uterino » [en línea]; *Revista Vinculando*. URL: <http://vinculando.org/salud/disminuir-factores-de-riesgo-de-cancer-cervico-uterino.html>
24. Ersilia Parra, Juan Gutiérrez, Mercy D. Rodrigue, Martha Santiesteban. La pesquisa del cáncer cervicouterino a través de la videocolposcopia, *Holguín ene.-mar. 2017*, vol.21.
25. Pérez-Ponce P, López-Ledezma L, Méndez-González MG. Cáncer cérvicouterino, reporte de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria. *Aten Fam [Internet].* 2016 [citado 4 enero 2018];23(1):4-7. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300694>
26. Puente Perpiñán M, Haber Reyes MP, de los Reyes Losada A. Adolescentes e infección por virus del papiloma humano. *Medisan [Internet].* 2014 [citado 5 enero 2018];18(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000600004)
27. Martínez Pérez M, De la Concepción Cárdenas JC, Pérez González A. La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. *Rev Méd Electrón [Internet].* 2014 May-Jun [citado 5 enero

- 2018];36(3).Disponible en:  
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol3%202014/tema08.htm>
28. Medina, ML, Medina, MG, & Merino, LA. (2018). Principales conductas de riesgo sobre Papilomavirus Humano en universitarios argentinos. Avances en Odontoestomatología, 34(6), 311-319. Recuperado en 18 de febrero de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852018000600005&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852018000600005&lng=es&tlng=pt).
29. OMS (2015): Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales.Disponible en:  
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
30. OPS (2018) El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede Prevenir. Disponible en:  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14947:cervical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14947:cervical-cancer-is-the-third-most-common-cancer-among-women-in-latin-america-and-the-caribbean-but-it-can-be-prevented&Itemid=1926&lang=es)
31. Yudira SB, Celia LL, Vivian KC, Adibel GM, Virginia CP, Mayra MJ. Papilomavirus humanos y otros factores asociados al desarrollo de lesiones cervicouterinas en mujeres cubanas. Panorama Cuba y Salud [Internet]. 2016 [citado 01 feb 2019];11(1):24-33. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/4773/477355397005.pdf>
32. Cabrera-Guerra I, Ortiz-Sánchez Y, Suárez-Gómez Y, Socarrás-Rodríguez R, Vázquez-Rosales N. Factores de riesgo asociado al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [citado 2019 Feb 27]; 20(5):[aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392>
33. M.Á.Ramos-Barrón, J.A. Vázquez-Rodríguez y A.B. García-Garrido, Análisis coste-beneficio de un programa poblacional de diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino diseñado para Cantabria, Semergen. 2014;40(6):296---304

34. Marta Castillo, Aurora Astudillo, Omar Clavero, Julio Velasco, Raquel Ibáñez y Silvia de Sanjosé, Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. Aten Primaria. 2017.
35. Mercado Gutiérrez MR, Arean Cuns C, Gómez Dorransoro ML, Paniello Alastruey I, Mallor Giménez F, Lozano Escario MD, Santamaría Martínez M. Influencia de la edad en la prevalencia de virus de papiloma humano de alto riesgo en mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la Comunidad Navarra. Rev Esp Salud Pública.2017;91
36. OPS (2018). Cáncer cervical, Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es)
37. Ferlay J, Bray F, Pisan P, Parkin DM. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base 5(2.0), Lyon: IARC Press, 2004
38. Cheng WF, Huang CY, You SL, Chen CJ, Hu CH, Chen CA. Clinical significance of cytologic atypical squamous cells of undetermined significance. Obstet Gynecol. 2009 Apr;113(4):888-94
39. Véase en: <http://portal.inen.sld.pe/registro-de-cancer-en-lima-metropolitana/>
40. Ybaseta-Medina J, Paccori-Rodrigo F, Vilca-Yange A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev méd panacea.2014; 4 (3):61-65.
41. INEN 2014-2015 , Véase en: <http://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria/>
42. Sobrevilla-Ricci, A., et al. "Costo De Cáncer De Cuello Uterino En Los Establecimientos De Salud Del Perú." Value in Health18.7 (2015): A820.
43. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología; 2013.
44. Diaz Paredes, Dinelda, and Adela Pinedo Vásquez. "Factores de riesgo y presencia de Cáncer de Cérnix en mujeres en edad fértil que acuden al programa de Citología del Hospital Regional de Pucallpa-1993." (1994).

45. Rivera Romero, Norka Fiorella, and Delia Ruth Rodriguez Pezo. "Factores que dificultan la toma de examen de Papanicolaou en mujeres de la asociación pro vivienda Melita Ruiz de Padilla Pucallpa-región Ucayali 2016." (2016).
46. Flavia Milián Vega. Estudio de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales. Rev Cubana Obstet Gineco [Internet].2019. [citado 01 feb 2019];25(3):181-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v25n3/gin08399.pdf>
47. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. 5a ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2007.
48. Alonso P, Lazcano EC, Hernández M. Cáncer cervicouterino: diagnóstico, prevención y control. 2ª ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2005.
49. Lacruz C, Fariña J. Citología ginecológica: de Papanicolaou a Bethesda. España: Editorial Complutense; 2003
50. Gabriela Raquel Aguilar Palomino, Factores De Riesgo Asociados A Cáncer De Cérvix En Pacientes Atendidas En El Hospital Vitarte Durante El Año 2015.(2017)
51. Maguire NC. Current use of the Papanicolaou system in gynecologic cytology. Diagn Cytopathol 1988; 4: 169-76
52. Reagan. The cellular morphology of carcinoma in situ, dysplasia and atypical hyperplasia of the uterine cervix. Cancer, Philad 6th, 224. 1953.
53. Richart RM. Cervical Intraepithelial Neoplasia: a review. En: Sommers SL (ed). Pathology Annual. Appleton-Century- Croft. East Morwalk: 301-28, 1973.
54. NCI. National Cancer Institute Workshop: the 1998 Bethesda system for reporting cervical vaginal cytologic diagnosis. JAMA 1989; 262: 931-4.
55. Tatti SA. Colposcopia y patologías del tracto genital inferior. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2008.
56. Amir Mohammadi, MD, REVISION SOBRE CITOLOGIA DE CUELLO UTERINO CON ENFASIS EN LA CLASIFICACION DE BETHESDA 2001.Disponible:[http://www.conganat.org/9congreso/vistaImpresion.asp?id\\_trabajo=794&tipo=1](http://www.conganat.org/9congreso/vistaImpresion.asp?id_trabajo=794&tipo=1)
57. Apgar BS, Brotzman G. HPV testing in the evaluation of the minimally abnormal Papanicolau smear. Am Fam Physician 1999;59:2794-801.

58. Castellsagué X et al. Worldwide Human Papillomavirus Etiology of Cervical Adenocarcinoma and Its Cofactors: Implications for Screening and Prevention For the International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. 2006.
59. Meijer CJ, Snijders PJ, van den Burle AJ. Screening for cervical cancer: should we test for infection with high-risk HPV? *CMAJ* 2000;163:535-8.
60. Lorincz AT, Castle PE, Sherman ME, Scott DR, Glass AG, Wacholder S, et al. Viral load of human papillomavirus and risk of CIN3 or cervical cancer. *Lancet* 2002;360:228-9.
61. Bosch FX, Manos MM, Muñoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796-802.
62. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Méx* 1998;40:330-8.
63. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
64. Thun MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *JAMA* 2000;284:706-12
65. 4. González Bango MA, Blanco Pereira ME, Ramos Castro G, Martínez Leyva G, Rodríguez Acosta Y, Dr. Hernández Ugalde F. Educación sobre cáncer cervicouterino en la adolescencia. *Rev Méd Electrón [Internet]*. 2018 Jul-Ago [citado: fecha de acceso];40(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2668/3963>
66. Cotera, Marcos, Shyrle Krizz, and Liz Erika Sedano Castañeda. "Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino mediante el estudio de papanicolaou en el hospital regional docente clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión de Huancayo de Julio a Octubre 2016." (2018). Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/UPLA/330>



## **ANEXOS**

## ANEXO 01: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos de recolección de datos Perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico uterino anormales, atendidas en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016-2018.

Número de Ficha: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### I. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

#### a. Edad:

12-17 años ( )      18-29 años ( )      30-59 años ( )       $\geq$  60 años ( )

#### b. Procedencia:

Urbano ( )      Rural ( )

#### c. Numero de Papanicolaou:

Uno ( )       $\geq$  a dos ( )

#### d. Paridad:

Primípara: 1 parto ( )      Multípara:  $\geq$  a 2 partos ( )

#### e. Número de abortos

Uno ( )       $\geq$  a dos ( )

#### f. Usuaria drogodependiente (fumadora):

SI ( )      NO ( )

### II. RESULTADO CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINO ALTERADOS

#### a. NEGATIVO

#### b. ASCUS ( )

#### c. LIE bajo grado ( )

## ANEXO 02: MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS ASOCIADOS A CITOLOGÍA POSITIVA DE CERVIX UTERINO EN PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOA PERIODO 2016 - 2018**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN/ MUESTRA	DISEÑO METODOLÓGICO	INSTRUMENTO	ANÁLISIS ESTADÍSTICO
¿Cuáles son los factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018?	<p><b>OBJETIVO PRINCIPAL</b> Determinar cuáles son los factores epidemiológicos asociados a citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> - ¿Establecer la asociación entre el número de hijos y abortos para obtener una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018? - ¿Establecer la relación de pacientes de zona urbana y</p>	<p><b>HIPÓTESIS PRINCIPAL</b> <b>H1:</b> Los factores epidemiológicos influyen para desarrollar citología positiva de cuello uterino en pacientes que son atendidos en consultorio externo del Hospital Amazónico de Yarinacocha.</p> <p><b>HIPÓTESIS NULA</b> <b>H0:</b> Los factores epidemiológicos no influyen para desarrollar</p>	<p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b> -Citología positiva de cérvix</p> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b> -Edad -Grupo etario -Estado civil -Hijos -Número de hijos -Ubicación geográfica -Aborto -Número de aborto -IVVA -PAP ANTERIOR -Número de PAP</p>	<p><b>POBLACIÓN.</b> La población estará representada por pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia que suman 1726</p> <p><b>MUESTRA</b> El tamaño de la muestra será calculado con un coeficiente de confianza al 95%, y con un error del 5%. Para ello se utilizará la siguiente formula: (Aguilar S. , 2005) <math display="block">n = \frac{N \cdot Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2(N - 1) + Z_{\sigma}^2 \cdot P \cdot Q}</math> Donde n= es la MUESTRA n=315</p>	<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> No experimental.</p> <p><b>NIVEL DE ESTUDIO</b> El nivel de estudio es relacional</p> <p><b>DISEÑO</b> Transversal, analítico</p> <p><b>ESQUEMA</b> <math>X_1 \rightarrow Y_n</math></p> <p>X=variable dependiente Y=variable independiente</p>	<p><b>TÉCNICA</b> Analítico</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> Fichas de recolección de datos</p>	<p>- Prueba de distribución de frecuencia - Para el análisis de las variables se usó el Chi cuadrado y ANOVA</p>

	<p>rural para obtener una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018?</p> <p>- ¿Identificar la edad con más asociación de una citología positiva de cérvix uterino en pacientes de consulta externa de Gineco-obstetricia en el Hospital Amazónico de Yarinacocha en el periodo 2016 – 2018?</p>	<p>citología positiva de cuello uterino en pacientes que son atendidos en consultorio externo del Hospital Amazónico de Yarinacocha</p>		<p><b><u>MUESTREO</u></b></p> <p>Probabilístico Aleatorio Simple</p>			
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------	--	--	--

