



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MÉDICA
ESPECIALIDAD DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**“RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y
DEMOGRÁFICO CON DIAGNOSTICO CITOLÓGICO CERVICO UTERINO
ALTERADO, EN MUJERES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II DE ESSALUD,
ABANCAY – ENERO A JUNIO DE 2016”**

Presentado por la Bachiller:

RODRIGUEZ CCARHUAS ALICIA

TESIS

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN TECNOLOGÍA
MÉDICA EN LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLOGICA**

ASESOR:

Dr. Isnel Renán Ramos Morón

Abancay - Apurímac

2016

DEDICATORIA

A Dios por darme vida, fortaleza y porque es quien siempre me guía e ilumina en todo lo que hago.

A mis padres y hermanos que con su amor y abnegación supieron darme la fuerza y el coraje necesario para culminar con una más de mis metas.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a la Universidad Alas Peruanas – Filial Abancay y la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud, Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional de éxito.

A los trabajadores del servicio de anatomía patológica del hospital II de ESSALUD Abancay por su apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

CONTENIDO	Página
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice.....	iii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	x
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2 Delimitación de la investigación.....	15
1.2.1 Delimitación temporal.....	15
1.2.2 Delimitación geográfica.....	15
1.3 Formulación del problema.....	16
1.3.1 Problema principal.....	16
1.3.2 Problemas secundarios.....	16
1.4 Objetivos de la investigación.....	17
1.4.1 Objetivo general.....	17
1.4.2 Objetivos específicos.....	17
1.5 Hipótesis de investigación.....	18
1.5.1 Hipótesis general.....	18
1.5.2 Hipótesis secundarias.....	18
1.6 Justificación e importancia de la investigación.....	19
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes de la investigación.....	20
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	22
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	26
2.2 Bases teóricas.....	32
2.2.1 Anatomía Cervico uterino.....	32
2.2.1.1 El Cérvix.....	32

2.2.1.2 Estroma cervical.....	33
2.2.1.3 Epitelio cervical Endocérvix.....	34
2.2.1.4 Exocérvix.....	35
2.2.1.5 Control hormonal y función de la secreción mucosa.....	35
2.2.1.6 Renovación y diferenciación de las células del cuello uterino:	
Endocérvix:	37
2.2.1.7 Exocérvix.....	37
2.2.1.8 Unión escamocolumnar y zona de transformación.....	38
2.2.2 Histología cervico uterino.....	39
2.2.2.1 El exocérvix.....	40
2.2.2.2 El canal endocervical o endocérvix.....	41
2.2.2.3 La zona de transformación.....	42
2.2.3 Citología Cervical.....	44
2.2.3.1 Citología Cervical Uterina Alterada	44
2.2.3.2 Prueba de Papanicolaou.....	44
2.2.4 Sistema Bethesda 2001.....	55
2.2.4.1 Lesiones Intraepiteliales Epidermoide de bajo grado.....	55
2.2.4.2 Lesiones Intraepiteliales Epidermoide de alto grado.....	56
2.2.4.3 Células Escamosas Atípicas.....	56
2.2.5 Factor de Riesgo.....	57
2.2.5.1 Factores de Riesgo Reproductivos:.....	57
2.2.5.2 Factores Relacionados con la Reproducción.....	59
2.2.5.3 Factores Psicosociales	59
2.3 Definición de términos básicos.....	60
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
3.1 Tipo de investigación.....	62
3.2 Diseño de la investigación	62
3.3 Población y muestra de la investigación.....	63
3.3.1 Población.....	63
3.3.2 Muestra.....	63

3.4	Variables, dimensiones e indicadores.....	63
3.4.1	Para el objetivo general.....	63
3.4.2	Para el objetivo específico 1.....	63
3.4.3	Para el objetivo específico 2.....	63
3.4.4	Para el objetivo específico 3.....	63
3.4.5	Para el objetivo específico 4.....	63
3.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	64
3.5.1	Técnicas.....	64
3.5.2	Instrumentos.....	64
3.6	Procedimientos.....	64
3.7	Procesamiento de las muestra.....	64
3.8	Plan de tabulación y análisis de datos.....	66
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS		
4.1	Resultados.....	67
4.2	Discusión de los resultados.....	91
	Conclusiones.....	94
	Recomendaciones.....	96
	Referencia bibliográfica.....	97
	ANEXOS.....	101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 01: Sexarquia.....	68
Tabla 02: Número de abortos.	69
Tabla 03: Uso de métodos de anticonceptivos	70
Tabla 04: Uso de tipo de anticonceptivos	71
Tabla 05: Edad.....	72
Tabla 06: Número de hijos.....	73
Tabla 07: Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	74
Tabla 08: Correlaciones Sexarquia y Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	78
Tabla 09: Correlaciones número de abortos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	79
Tabla 10: Correlaciones entre uso de métodos de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	80
Tabla 11: Correlaciones entre uso de tipo de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	81
Tabla 12: Correlaciones entre la edad y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	82
Tabla 14: Correlaciones entre factores de riesgo reproductivo y demográfico y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01: Sexarquia.....	68
Figura 02: Número de abortos.....	69
Figura 03: Uso de métodos de anticonceptivos	70
Figura 04: Uso de tipos de anticonceptivo.....	71
Figura 05: Edad.....	72
Figura 06: Número de hijos.....	73
Figura 07: Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	74
Figura 08: Correlaciones entre Sexarquia y Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	78
Figura 09: Correlación entre número de abortos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	79
Figura 10: Correlación entre uso de métodos de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	80
Figura 11: Correlaciones entre uso de tipo de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	81
Figura 12: Correlaciones entre la edad y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	82
Figura 13: Correlaciones entre número de hijos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	83
Figura 14: Correlaciones entre factores de riesgo reproductivo y demográfico y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino.....	84

RESUMEN

El cáncer se presenta como un importante problema de salud, dada la alta morbilidad y mortalidad que produce. Es uno de los procesos más complejos de la naturaleza y resulta el más complicado en la esfera de la medicina por su origen multicausal, la complejidad de sus mecanismos patogénicos y la variedad de formas y tipos que pueden originarse en el ser vivo.

OBJETIVO: Determinar la relación entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay.

MÉTODO: El tipo de investigación fue prospectiva, longitudinal y observacional, siendo su nivel de investigación aplicado, la población fueron 122 mujeres con citología cervical alterada atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital II de ESSALUD, Abancay en el periodo de enero a junio de 2016. Técnicas: Observación y Análisis de laboratorio

RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

Con el procesamiento de la información, se ha obtenido un coeficiente de correlación de 0,446, esto significa correlación moderada; vale decir existe relación significativa entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay.

Palabras claves: Citología cervical, Lesión Intraepitelial, Neoplasia Cervical Intraepitelial, Factores de riesgo reproductivo, factores de riesgo demográficos.

ABSTRACT

Cancer presents as an important health problem, given the high morbidity and mortality it produces. It is one of the most complex processes in nature and is the most complicated in the field of medicine because of its multicausal origin, the complexity of its pathogenic mechanisms and the variety of forms and types that can originate in the living being.

OBJECTIVE: To analyze the relationship between reproductive and demographic risk factors in women with altered uterine cervical cytology diagnosed at the Hospital II of ESSALUD, Abancay -enero to June, 2016.

METHODS: Prospective, longitudinal and observational studies were carried out, with 122 women with altered cervical cytology being treated at the Hospital of ESSALUD, Abancay Hospital in the period from January to June. 2016. Techniques:

Observation and Laboratory Analysis

RESULTS AND CONCLUSIONS:

With the processing of the information, a correlation coefficient of 0,446 has been obtained, this means moderate correlation; That is, there is a significant relationship between reproductive and demographic risk factors in women with altered cervical cytology diagnosed in women attended at Hospital II of ESSALUD de Abancay.

Key words: Cervical cytology, Intraepithelial lesion, Intraepithelial cervical neoplasia, Reproductive risk factors, demographic risk factors.

INTRODUCCIÓN

La Citología Cervical Anormal y el Cáncer del Cuello uterino son más frecuentes entre las mujeres de los países en desarrollo y ocupa el segundo lugar por orden de frecuencia en todo el mundo, con más de medio millón de casos nuevos al año. La detección mediante el frotis cervical en combinación con un seguimiento terapéutico adecuado permite reducir considerablemente las tasas de prevalencia y mortalidad. El frotis citológico puede revelar una lesión precancerosa, la displasia cervical, así como un cáncer in situ o un cáncer invasivo en sus primeras fases. El tratamiento de estas lesiones tempranas es sumamente eficaz, mientras que la enfermedad en sus fases más avanzadas puede ser mortal a despecho de cualquier tratamiento que se aplique.

En los últimos 25 años se han identificado los factores de riesgo para el cáncer cervical, incluyendo el inicio de relaciones sexuales a edad temprana (menor a los 18 años), compañeros sexuales múltiples, compañeros sexuales con múltiples compañeras sexuales, las enfermedades de transmisión sexual y el hábito de fumar. Estos factores se consideran como de calidad superior para producir a largo plazo esta enfermedad, pues su presencia en las diferentes lesiones intra epiteliales ha sido demostrada en muchos estudios

El cáncer cervical es una enfermedad que muchas veces se puede prevenir por una detección a tiempo, y su incidencia ha declinado dramáticamente desde el advenimiento del examen del Frotis de Papanicolaou (PAP) rutinario en los años cuarenta. En la última década se ha establecido gran interés a nivel profesional y público en múltiples aspectos de las infecciones por virus papiloma humano (VPH) y su relación con lesiones pre invasivas del tracto genital inferior en la cual intervienen muchos factores.

El tipo de investigación fue retrospectiva, longitudinal y observacional, siendo su nivel de investigación aplicado. La población estuvo formada por 122 mujeres con citología cervical alterada atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital II de ESSALUD, Abancay en el periodo de enero a junio de 2016.

Así en el capítulo I tratamos el problema de investigación, donde describimos la realidad, delimitación de la investigación, formulamos el problema, así como los objetivos, para luego redactar las hipótesis, luego justificamos la investigación, el capítulo II trata del marco teórico donde se detallan los antecedentes de la investigación, para luego sustentar y terminar con el marco conceptual.

El capítulo III tratamos la metodología, se desarrolla el tipo y diseño de la investigación, población y variables, dimensiones e indicadores, continuamos con las técnicas e instrumentos utilizados, describiendo paso a paso el procedimiento de la investigación; para luego en el siguiente capítulo se describen los resultados, discusión y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El cáncer cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución. Éstas pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada o severa, y pueden evolucionar a cáncer in situ y/o invasor cuando la lesión traspasa la membrana basal. (1)

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente de las mujeres en el mundo y constituye la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina en los países en desarrollo. (2)

De los cerca de 500.000 casos nuevos que se presentan cada año, alrededor del 80% ocurren en estos países. La implementación de programas adecuados de tamización con citología cervical en los países desarrollados ha disminuido la incidencia y la mortalidad en cerca de un 75%. (3)

El panorama es distinto en los países pobres donde los programas de tamizaje no se han implementado o han sido inadecuados y la incidencia y mortalidad siguen siendo un problema de primer orden. (4)

En Latinoamérica es considerado como un problema de salud pública; cerca del 30% del total de neoplasias en la mujer afecta, sobre todo, al grupo etario en edad reproductiva y económicamente menos favorecido. (5)

En Perú, según datos de la Organización Mundial de la Salud (WHO) del año 2009 (6), el cáncer de cuello uterino es el más común entre las neoplasias que afectan a la mujer. En los países desarrollados en promedio la mortalidad por esta neoplasia ha disminuido el 80 % debido fundamentalmente al uso de la citología exfoliativa del cuello uterino, en los países subdesarrollados el carcinoma del cuello uterino sigue siendo uno de los asesinos número uno ya que su diagnóstico no se hace en sus estadios iniciales, porque no tienen programas de detección temprana o si los tienen son deficientes, en América latina, Perú tiene la más alta incidencia a nivel mundial, le sigue Colombia, Honduras y Paraguay. (6)

La Citología en países en vías de desarrollo es el único método de tamizaje utilizado, a pesar de su baja sensibilidad debido a la falta de recursos económicos; por su bajo costo, no necesita de un especialista entrenado, y está demostrado que es más sensible para detectar lesión intraepitelial de alto grado, que para las de bajo grado. Sin embargo, y aún en países desarrollados sigue siendo usado como el primer paso en la detección oportuna de cáncer cervico uterino. (7)

Las estadísticas señalan que actualmente en el Perú se desarrollan más de 5,400 casos cáncer cervico uterino anualmente y mueren de 6 a 8 mujeres diariamente. Durante el año 2010, la Liga Peruana Contra el Cáncer, realizó en Lima 47 mil 546 despistajes de cáncer cervico uterino, de los cuales, fueron detectados 585 casos. (8)

En el Perú, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas muestra que desde el año 2000 al 2004, el número de casos nuevos de cáncer de cuello de útero atendidos en esta institución ha variado poco de 1320 en el 2000 a 1380 en el 2004. (9)

En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres: tasa en Trujillo 43.9 y 35.2 en Arequipa. (10)

En resumen, en el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24.9%); el cual se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza. (11)

En nuestra región Apurímac y específicamente en Abancay no existe estudios de prevalencia y/o frecuencia con que se presenta dicha enfermedad, pero se sabe que constituye un problema de salud pública, y si analizamos teniendo en cuenta los párrafos anteriores y siendo Apurímac la región más pobre del Perú en donde las mujeres que asisten al Hospital II de ESSALUD de Abancay no tienen la costumbre de hacerse realizar los exámenes de detección, muchos de ellos por desconocimiento y otros por cuestiones de costumbres y/o factor cultural, el problema se agrava cuando muchas de ellas estando con alguna sintomatología compatible con SIL no recurren a hacerse los exámenes y primero se auto medican sean estos con productos farmacéuticos o naturales (hierbas) que en muchos casos agrava la situación. También no acuden porque sienten vergüenza de indicar que tienen un problema en el aparato genital y peor si van a ser revisadas, todavía existe ciertas taras producto de la incultura y/o ignorancia.

Algunas si acuden para ser examinadas, una vez que obtienen los resultados, si son positivos el Hospital II de ESSALUD los refieren a Cusco, no se les hace sus exámenes de histopatología para su confirmación; este proceso dura un tiempo que en muchos casos es largo por lo que es un peligro para su salud, debido a que el tratamiento específico se podría demorar mucho, lo cual puede traer efectos negativos y hasta mortales en las usuarias.

El reconocimiento temprano y tratamiento de una lesión intraepitelial de cérvix es importante en la prevención del cáncer de cérvix y dependiendo del resultado de la citología se tomará la conducta a seguir con la paciente, ya que de este resultado se pueden tomar diferentes decisiones de manejo.

La gran mayoría de la población de Abancay es de procedencia rural, por consiguiente la mayor cantidad que asiste al Hospital de ESSALUD es de procedencia rural, donde los niveles de educación son bajos; por lo que muchos de ellos no asisten a la toma de muestra de Papanicolaou, lo que está ligado con el grado de conocimientos generales en salud. Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles y es que realmente las acciones que desarrolla ESSALUD no llegan a sensibilizar o es deficiente la sensibilización a la población femenina acerca de la importancia de realizarse la prueba citológica por lo que su impacto es negativo y repercute directamente sobre la salud femenina con consecuencias sociales, humanas y económicas, convirtiéndose así en un problema importante de salud pública.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación Temporal

El estudio tuvo una duración de 6 meses, la misma que inició en enero y culminó en Junio de 2016.

1.2.2. Delimitación geográfica

El presente estudio se ejecutó en el Hospital II de ESSALUD Abancay, Apurímac, Perú.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema Principal

¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay?

1.3.2. Problemas Secundarios

- ¿Qué relación existe entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?
- ¿Qué relación existe entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?
- ¿Qué relación existe entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?
- ¿Qué relación existe entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?
- ¿Qué relación existe entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?
- ¿Qué relación existe entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay.

1.4.2. Objetivo Específicos

- Identificar la relación que existe entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Identificar la relación que existe entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Identificar la relación que existe entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Identificar la relación que existe entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Identificar la relación que existe entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Identificar la relación que existe entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

Existe relación directa entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervico uterino alterado, atendidas en el Hospital II de ESSALUD, Abancay –enero a junio de 2016.

1.5.2. Hipótesis secundarias

- Existe relación significativa entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Existe relación significativa entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Existe relación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Existe relación significativa entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Existe relación significativa entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- Existe relación significativa entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

1.6. Justificación de la investigación

Las lesiones pre malignas no presentan ningún signo ni síntoma clínico, por lo tanto el riesgo de cáncer cervical aumenta de manera significativa en las mujeres con factores de riesgo, así como en las que no se someten a control de rutina para detectar estas lesiones en etapas tempranas.

Los resultados de esta investigación será muy útil para el personal de salud, personal gerencial, para diseñar programas de fomento de la salud, dirigidos a mujeres con alto riesgo de padecer CA CU; trazar estrategias y/o planes de salud pública, así mismo puedan implementar y mejorar las medidas de calidad y atención en el área de Ginecología y Laboratorio de anatomía patológica.

Recordemos que el reconocimiento temprano y tratamiento de una lesión intraepitelial de cérvix es importante en la prevención del cáncer de cérvix y dependiendo del resultado de la citología se tomará la conducta a seguir con la paciente, ya que de este resultado se pueden tomar diferentes decisiones de manejo.

Finalmente esta enfermedad constituye una de las entidades con más impacto y repercusión sobre la salud femenina, particularmente en las mujeres jóvenes. Está considerada una enfermedad emergente desde hace escasos años y sus consecuencias sociales, humanas y económicas lo convierten en un problema importante de salud pública no solo para los habitantes de Abancay o la Región Apurímac, sino para la humanidad. Por lo que queda plenamente justificada su realización del presente trabajo de investigación.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Título: Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena

Autor: Barrios García Lía, Lecompte Osorio Paola Andrea, Leones Castillo Rodolfo Alberto, López Custode Francisco Rafael

Año: 2016

Lugar: Cartagena, Colombia

OBJETIVO: Describir los factores de riesgo presentes en un grupo de pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cérvix en una entidad de referencia para mujeres del régimen subsidiado en la ciudad de Cartagena entre los años 2007 y 2012.

MÉTODO: Estudio descriptivo. La población de estudio la conformaron pacientes con diagnóstico histológico de lesiones

intraepiteliales escamosas, que asistieron a la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, de Cartagena (Colombia). La muestra fueron 150 mujeres mayores de 18 años.

RESULTADOS: El promedio de edad fue 35,5 años, el 62% del grupo estudio se encontró entre los 20 y 39 años. El 78% presentó LIE de bajo grado y el 22% LIE de alto grado. El 74% tuvo dos o más embarazos, 44,1% su primer embarazo fue antes de los 20 años, 64% tuvieron dos o más partos, 94.66% de la población no era fumadora, 4% refirió consumir alcohol regularmente, 54% afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales, 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años, 22% usa anticonceptivos hormonales y 38% no utiliza métodos de planificación familiar.

CONCLUSIONES: La multiparidad, la cantidad de embarazos, la sexarquia temprana, el múltiple número de parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción, fueron los factores de riesgo con mayor frecuencia encontrados en las pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cerviz en Cartagena. (12)

Título: Presencia de LIE en mujeres escolares menores de 20 años, Medellín.

Autor: Lucia Stella Tamayo Acevedo, Aracelly Villegas, Martha Ibeth López, Carmen Agudelo, Marcela Arrubla

Año: 2013

Lugar: Medellín, Colombia

El PVH es causa necesaria, más no suficiente, en el cáncer de cuello uterino. La prevalencia de PVH en mujeres menores de 20 años alcanza cifras hasta del 27% en Medellín. Los tipos de PVH de alto

riesgo incrementan el riesgo de evolución de las alteraciones citológicas desde ASCUS a LIE de alto grado. Sin embargo, un alto porcentaje de estas lesiones tienden a regresar, y en menor proporción prospera a cáncer. Aun así, identificar las lesiones en estadios incipientes en adolescentes aporta al seguimiento y a las pautas de intervención en este grupo de población

OBJETIVO: Determinar la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas y prácticas sexuales de riesgo en adolescentes escolarizadas menores de 20 años en dos corregimientos de Medellín.

MÉTODO: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado en 2009–2011 en 197 adolescentes de los grados 9, 10 y 11 de dos corregimientos de Medellín. Bajo consentimiento informado se realizó citología, interpretación Bethesda, 2001, detección de ADN de PVH (Amplicor®), de *Chlamydia trachomatis* (Clamy-check-1) y gram y directo de flujo vaginal. Se aplicó un cuestionario que incluía factores de riesgo de comportamiento sexual.

RESULTADOS: Rango de edad entre 12 y 19 años. Prevalencia de LIE fue 13,3%. El 53,8% fueron ASCUS, el 42,3 LIE BG y el 3,9 LIE de alto grado. El 27,9% fue positivo a PVH, el 11,6% a *C. trachomatis*, 44,2% vaginosis bacteriana y 13,6% candidiasis. Se encontró relación, riesgos ajustados, de las LIE con relaciones sexuales con parejas diferentes a la formal (OR: 4,45, IC95%: 1,33–14,87; E. Wald: 5,883, $p=0,015$), la infección por PVH (OR: 4,39; IC95%: 1,57–12,31; E. Wald: 7,923, $p=0,005$) y la infección por *C. trachomatis* (OR: 3,44; IC95%: 1,06–11,16; E. Wald: 4,218, $p=0,040$) después de ajustar por vaginosis bacteriana, candidiasis, uso de condón, edad, edad de inicio de relaciones sexuales, entre otros. Por condiciones socio-económicas, ninguna escolar estaba inmunizada contra el PVH.

CONCLUSIONES: A pesar de la corta edad de las escolares en estudio, se encontró altas prevalencias tanto en factores de riesgo de

comportamiento sexual como en LIE, PVH, C. trachomatis y vaginosis bacteriana, lo cual no descarta el seguimiento de estas mujeres, con la consecuente intervención. Además, la inminente necesidad de plantear estudios sobre el tiempo de evolución e involución de estas lesiones. (13)

Título: Prevalencia de las lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente existencial (trabajo de Pregrado) Universidad de Antioquia, Medellín.

Autor: Rivera Rúa, Beatriz Elena; Quintero Tobon, Jaime Ado

Año: 2006

Lugar: Medellín

OBJETIVO: Estudiar la Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y Factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente asistencial.

MÉTODOS: Para esto se realizó un estudio descriptivo transversal con análisis de corte, con muestra representativa de 404 registros, correspondientes a mujeres que se realizaron la citología durante el año 2005.

RESULTADOS: Se obtuvo una prevalencia de LIES de 3.2% (13 casos), 5 fueron ASC-US, 3 LIES de bajo grado por PVH, 2 LIES de bajo grado, 1 LIES de alto grado, 1 ACG-NOS, y 1 ACG-H. Se encontró que más de la mitad de las usuarias tienen una flora normal correspondientes a un 67.3% (272 casos), el 24.6% (100 casos) presentaron alteraciones en la flora cervicovaginal, siendo la vaginosis bacteriana la más frecuente con un porcentaje (11.6%). Estas no se encontraron directamente asociadas a las lesiones intraepiteliales. Con respecto a los factores de riesgo solo se obtuvo

una significancia estadística con haber tenido más de 3 compañeros sexuales (OR=3,72, IC 95%=0.92-13.45, Ch2=3,89, p=0.0339).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de lesiones intraepiteliales fue del 3.2%, no se observó ningún caso de Ca invasor. Esta prevalencia se encuentra en el rango de las reportadas en otros estudios realizados por medio de la citología cervicovaginal, en población general del departamento de Antioquia, donde los resultados fluctúan entre 2 y 5%. No se encontró relación con significancia estadística entre las lesiones intraepiteliales y las infecciones cervicovaginales. Tampoco con la mayoría de los factores de riesgo reportados por literatura. Solo se obtuvo significancia estadística con haber tenido más de 3 compañeros sexuales con un riesgo relativo de 3.67. (14)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Título: Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero–junio del 2011

Autor: Lazo Piña, Erick Francisco y Aguilar Flores Frank Lenin.

Año: 2012

Lugar: Tarapoto, Perú

OBJETIVO: La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgos reproductivos de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de ginecología del Hospital II - 2Tarapoto, Enero – Junio del 2011.

MÉTODOS: Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada

por 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó la ficha de recolección de datos, basándose en la observación de las historias clínicas. La información obtenida se incorporó en una base de datos del paquete estadístico SPSS Versión 15.0, previa codificación. Para determinar el nivel de concordancia entre la presencia de lesión y las distintas variables epidemiológicas seleccionadas se empleó la prueba Chi-cuadrado de independencia y homogeneidad. En ambos casos se fijó un nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS: Los resultados encontrados fueron: En cuanto a la edad, el 33.33% (14) de la población tenía entre 35 a 54 años, el 64.29% posee instrucción primaria, se aprecia que el 50% corresponde a las mujeres de estado civil casada, el 54.76% de las pacientes atendidas proceden de la zona urbana, en el Distrito de residencia se observa que el 52.38% residen en otros distritos, el 30.95% en Tarapoto, el 93% tenían una menarquía entre los 12 y 14 años, el 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, el 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, el 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos, el 47.62% tenían de 3 a 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos, el 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo, el anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69%, el segundo más utilizado es el inyectable con 34.61%, el DIU y el preservativo solo con un 3.85%. Se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etario de 45 -54 siendo este el grupo más afectado, el 50% de las pacientes con citología cérvicouterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS, Con respecto al número de parejas sexuales se

observa que 33 (78.6%) pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU.

La relación entre las variables de estudio de Chi-cuadrado (χ^2) y de Pearson es de (0.078),

CONCLUSIONES: Llega a la conclusión que si existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas. (15)

Título: Diagnostico citológico cérvico-vaginal por el sistema Bethesda en Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.

Autor: Mengolé Amaya, Pedro y Mengolé Amaya, Teresa

Año: 2011

Lugar: Chosica

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de patología cérvico-uterina, sus diferentes formas de presentación y los factores de riesgo asociados. Diseño: Tipo prospectivo, transversal descriptivo.

MÉTODOS: Estudio realizado en el Hospital “José Agurto Tello” De Chosica, entre Enero a Julio del 2011 en 431 mujeres de que acudieron al servicio de ginecología. Para cada caso se utilizó una ficha de recolección de datos, luego se procedió a la toma de muestra cérvico-vaginal. Las muestras obtenidas fueron fijadas y luego coloreadas con el método de Papanicolaou. Las muestras fueron evaluadas microscópicamente según el protocolo del Sistema Bethesda 2001.

RESULTADOS: Las edades fluctuaron entre 16 y 82 años. La edad media fue de 36 años; el 40.4% presento grado de instrucción bajo; el 52% correspondió a estado civil conviviente. La actividad sexual

tiende a ser temprana, con un promedio de 18.5 años; el 66.6% informó sobre un solo compañero sexual; 68.7% no usa algún método anticonceptivo. El 59.4% nunca se tomó una muestra para despistaje de cáncer uterino. El diagnóstico citológico aplicando los criterios del Sistema Bethesda 2001 indicó que, de los 431 pacientes atendidos, 398 (92.4%) fueron Negativos para Lesión Intraepitelial o malignidad de los cuales 165(38.3%) presentaron epitelio normal y 233 (54.1%) presentaron cambios celulares reactivos asociados a inflamación. El 84.1% de estos casos corresponden a rangos de edades entre 21 a 50 años. La evaluación citológica reveló 233 casos (54.1%) con diversos cambios celulares benignos asociados a infección de los cuales 208 (48.3%) correspondieron a flora coco-bacilar y cocoide. Se encontraron 33 (7.6%) casos positivos; 9 (2.1%) LIEBG asociados a PVH, de los cuales 6 casos correspondieron a edades entre 31 a 40 años; 14 (3.2%) LIEBG – NIC I, de los cuales 7 casos correspondieron a edades entre 36 a 40 años; 7 (1.6%) LIEAG – NIC II, de los cuales 4 casos correspondieron a edades entre 46 a 55 años; 3 (0.7%) LIEAG – NIC III, que correspondieron a mujeres de 30, 39 y 65 años, respectivamente.

CONCLUSIONES: Los resultados citológicos muestran que las lesiones escamosas intraepiteliales tuvieron alta prevalencia (7.7%). Se observó una importante asociación entre la alta prevalencia encontrada y los factores de riesgo asociados en este grupo poblacional. (16)

Título: Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres de obreros de construcción civil vs mujeres control en la posta médica “construcción civil” ESSALUD de junio a setiembre de 2000.

Autor: Gustavo Adolfo Borja Velezmore y David Franco Villafuerte

Año: 2000

Lugar: Lima, Perú

OBJETIVOS: Demostrar que la población de mujeres de los obreros de Construcción Civil (C.C.) ostentan factores de riesgo de calidad superior para presentar citologías cervicales anormales que una población control.

MÉTODOS: De una población total de 258 pacientes atendidas en el Centro de Salud " Construcción Civil" - Essalud, 119 fueron del grupo control y 139 las de riesgo C.C. Se elaboraron unos cuestionarios de variables (anexos II), luego se procede a la toma de muestra cervicovaginal, para su procesamiento, lectura y confirmación por el método Papanicolaou bajo el Sistema Bethesda. Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Las poblaciones en estudio control y riesgo (C.C.) muestran diferencias entre los factores de riesgo para presentar citología cervical anormal, hallándose principalmente las siguientes diferencias, ETS: Pob. Control (OR=2,1 Min. 0,4 Máx. 11,4) C.C. (OR=3,5 Min. 0,8 Máx. 16,0); Pareja de Riesgo: Pob. Control (OR= 0,7 Min. 0,2 Max 2,5), Pob. Riesgo (OR= 3,2 Min. =,7 Máx. 14,6); PRS antes de los 18 años: Pob. Control (OR=2,2 Min. 0,7 Máx. 6,9), C.C. (OR= 1,8 Min. 0,7 Máx. 4,3); Compañeros sexuales más de 1:

Pob. Control (OR=0,7 Min. 0,2 Máx. 2,6), C.C. (OR=2,4 Min.1, 0 Máx. 5,8)

CONCLUSIONES: Las mujeres de C.C. presentan mayor cantidad de factores de riesgo de calidad superior que la población control, y que las ETS provocadas debido a la promiscuidad sexual, afirman que el factor de riesgo por parte de la pareja influye en los resultados. (17)

Título: Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima.

Autor: Valderrama C, María; Campos, Francisco; Cárcamo, César; García, Patricia J

Año: 2007

Lugar: Lima, Perú

OBJETIVO: Determinar la prevalencia y factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano (VPH) en mujeres estudiantes en educación superior de 18 a 26 años de Lima.

MÉTODOS: Se realizó un estudio de corte transversal, en dos universidades y un instituto superior tecnológico de Lima, durante los meses de agosto a diciembre del 2001. Se aplicó un cuestionario y se colectaron muestras para Papanicolaou (PAP) y detección del ADN de los VPH 6, 11, 16, 18 por el método de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Se incluyeron en el análisis 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a quienes se tomó muestras para PAP y VPH.

RESULTADOS: La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p=0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR: 8,8; IC95:1,9-39,6). La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística.

CONCLUSIONES: Las lesiones cervicales o presencia del VPH son frecuentes en esta población de mujeres jóvenes. La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad se asociaron a las lesiones cervicales o presencia del VPH. (18)

Título: Factores de riesgo reproductivo de mujeres con Citología Cérvico Uterina Alterada, Hospital Regional de Loreto. 2009”.

Autor: Magallanes Castilla, Jesús; Vásquez Vásquez, Javier; Camacho Flores, Beder; Villanueva Benites, Maritza; Reyes Dávila, Jorge; Núñez Román, Andrés; Meza Sánchez, Graciela; Coral Gonzales, Carlos; Elgegren Lao, Julio

Año: 2009

Lugar: Loreto, Perú. Universidad: Nacional de la Amazonía Peruana

OBJETIVO: Determinar algunos factores de riesgos reproductivos de las mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el Consultorio de Oncología del Hospital Regional de Loreto, durante el año 2009.

MÉTODOS: Se realizó una encuesta estandarizada en una muestra por conveniencia conformada por 182 usuarios. El tipo de muestreo fue por conveniencia. Los datos fueron procesados en SPSS Versión 15.0.

RESULTADOS: Los resultados mostraron, el perfil del usuario del servicio de oncología: la media aritmética de la edad fue de 38.21 años \pm 10.43 años, el 34.6% de la población tenía entre 35 y 44 años, el 26.9% correspondió a 25 a 34 años. El 63.7% residen en área urbana, el 36.8% residen en Punchana e Iquitos respectivamente. El 53.8% es de estado civil conviviente, el 62.1% posee instrucción secundaria. El 79.1% tuvo una menarquia entre los 12 y 15 años. La edad de inicio de relaciones sexuales fue a los 11 años. Casi el 60% tenían 3 y más partos (multíparas). El 11.5% presenta antecedente de algún familiar con cáncer, siendo el más frecuente el cáncer de cervix (81%), el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% ya tenían NIC I (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado - LEIB), el 8.8% presentan NIC II (Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado - LEIA) y solo el 1.6% presentaron NIC III / Cá in Situ.

Existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la citología Cervico uterina alterada

CONCLUSIONES: Conclusión: El predominio de las mujeres comprendidas entre los 35 y 44 años de edad así como la alta incidencia de ASCUS y NIC I como citología anormal encontrada con la más alta frecuencia asociadas al inicio de las relaciones sexuales precoces a los 17 años o menos con una elevada multiparidad constituyen algunos de los hallazgos más importantes del presente estudio. (19)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Anatomía Cervico uterino

2.2.1.1. El Cérvix

El cuello uterino, o cérvix, constituye la porción inferior del útero. Está constituida por una parte interna o endocérvix, en contacto con el cuerpo uterino, y otra externa o exocérvix, que asoma a la vagina. El endocérvix está tapizado por un epitelio cilíndrico simple que segrega un moco que está bajo control hormonal por parte de los estrógenos y la progesterona, lo que hace que sus características presenten variaciones cíclicas a lo largo del ciclo menstrual. El moco regula la entrada de esperma en la cavidad uterina y participa en la capacitación de los espermatozoides, a los que protege de la acidez vaginal. Las características del moco nos permiten conocer el periodo del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer y, por lo tanto, corroborar cuando nos encontramos ante el momento óptimo para que ocurra la fecundación. Además, el moco constituye una barrera a la entrada de microorganismos que ascienden desde la vagina. También contribuye a lubricar la vagina durante el acto sexual. La inadecuada secreción de moco o la secreción de un moco con una inadecuada composición de sus componentes contribuyen a dificultar el movimiento de los espermatozoides y puede ser un importante factor en la infertilidad. (20)

El cuello uterino, o cérvix, constituye la porción inferior del útero que asoma a la vagina. En términos generales se puede decir que tiene forma cilíndrica midiendo unos 3 cm. de longitud y unos 2,5 cm. de anchura. Su forma cambia tras la gestación. En el cérvix se distinguen dos partes:

Una interna que se denomina endocérvix y que constituye un canal que se dispone entre la cavidad uterina y la vagina, y otra externa, orientada hacia la vagina, que se denomina exocérvix. Además de por su topografía, ambas partes presentan diferencias morfológicas y funcionales a nivel de su mucosa, siendo su estroma similar.

La transición entre el útero y el cérvix se realiza a nivel del orificio cervical interno, lugar donde cambia el epitelio y el estroma. La transición entre el endocérvix y el exocérvix tiene lugar a nivel del orificio cervical externo. La transición entre el epitelio endo y exocervical se modifica a lo largo de la vida sexual de la mujer. (1)

2.2.1.2. Estroma cervical

Tanto a nivel del endo como el exocérvix el estroma sobre el que descansan los epitelios es de tipo conectivo denso, rico en fibras de colágeno, con presencia de fibras elásticas y fibras musculares lisas, siendo estas últimas más abundantes en la porción superior, donde se continúan con las fibras musculares del miometrio, y muy escasas en la porción más distal. Todo esto le confiere una consistencia firme y elástica.

La proporción entre los componentes varía con la edad, de tal manera que en mujeres post-menopáusicas predomina el tejido denso, confiriéndole al cérvix un aspecto fibroso y duro.

El estroma es sensible a los estímulos hormonales que se producen hacia el final del embarazo, periodo durante el cual modifica sus propiedades. (20)

2.2.1.3. Epitelio cervical Endocérvix

El endocérvix ocupa los 2/3 superiores del cérvix. Posee una forma ligeramente cilíndrica dejando en su interior un canal estrecho menor de un centímetro de diámetro. El endocérvix aún se estrecha más en sus porciones superior e inferior, zonas que se denominan: orificio cervical interno y externo, respectivamente. La mucosa endocervical normal consiste en una zona arborescente formada por hendiduras y túbulos que se invaginan en el estroma, y que inicialmente se pensó que eran glándulas por su aspecto en las secciones histológicas.

El endocérvix está revestido por un epitelio cilíndrico simple, con células epiteliales mucosas y algunas ciliadas interpuestas en la parte superior del cérvix. Este epitelio cubre la superficie de la mucosa y reviste sus pliegues, hendiduras y túbulos.

Los núcleos son pequeños y se localizan en el polo basal durante la fase proliferativa precoz. El citoplasma claro contiene abundante moco, especialmente en la fase proliferativa avanzada. Por debajo de las células cilíndricas suele verse una capa discontinua de células de reserva.

En el lugar de transición entre la mucosa endocervical y endometrial (denominado istmo) las glándulas de tipo endometrial se entremezclan con las endocervicales. El endocérvix se abre al exocérvix (y por lo tanto a la vagina) mediante el orificio cervical externo, el cual en mujeres nulíparas es circular y tras el parto adquiere forma de hendidura, hablándose de un labio anterior y otro posterior.

(20)

2.2.1.4. Exocérvix

El exocérvix se continua desde el orificio cervical externo y asoma hacia la vagina (la porción que se ve desde la vagina al realizar una colposcopia se denomina hocico de tenca). Está revestido por un epitelio plano estratificado no queratinizado que se continúa con el de la vagina. La zona de transición entre el epitelio mucoso endocervical y el escamoso exocervical es brusca.

El epitelio exocervical está sometido a influencias hormonales. Debido a la falta de estímulo hormonal, antes de la menarquia y después de la menopausia el epitelio es más fino, con menos capas de células menores y poco diferenciadas y sin glucógeno en su citoplasma. Durante la edad reproductiva el epitelio es más grueso y está bien diferenciado. Las células situadas en la región intermedia del epitelio contienen abundante glucógeno citoplasmático.

2.2.1.5. Control hormonal y función de la secreción mucosa

El endocérvix segrega un moco alcalino y claro que está bajo control hormonal por parte de los estrógenos y la progesterona. Esto hace que sus características presenten variaciones cíclicas a lo largo del ciclo menstrual. El moco regula la entrada de espermatozoides en la cavidad uterina. Además, participa en la capacitación de los espermatozoides y les protege de la acidez vaginal. El moco constituye una barrera a la entrada de microorganismos que ascienden desde la vagina. También contribuye a lubricar la vagina durante el acto sexual.

Antes de la pubertad y después de la menopausia la cantidad de moco es escasa. Durante la fase proliferativa endometrial (donde predominan los estrógenos) el moco es

más alcalino, abundante y poco viscoso (muy hidratado), lo que permite que el esperma ascienda más fácilmente en los días inmediatamente posteriores a la ovulación. Durante la fase ovulatoria, el moco presenta una gran hidratación y un alto contenido en iones, tales como sodio, cloro y potasio. Estas características son responsables de que en fresco el moco sea suavemente pegajoso y elástico (lo que permite estirarlo y se conoce como filancia) y de que cuando se seca el moco cristalice con la apariencia de ramas de helecho en lo que se denomina “patrón en helecho” fácilmente observable al microscopio. Estos rasgos se utilizan en la clínica para corroborar que nos encontramos ante el momento óptimo para que ocurra la fecundación. Hasta que no se produzca este flujo mucoso unos días antes de la ovulación, la mujer es infértil.

Por el contrario, durante la fase secretora endometrial (donde predomina la progesterona) el moco es menos alcalino, menos abundante y más viscoso, lo que hace que la ascensión de los espermatozoides sea mucho más difícil y asegurando así la infertilidad en este período. Este moco cierra el cérvix (forma lo que conoce como tapón mucoso) durante la mayor parte del ciclo (antes de la fase fértil y después de la ovulación).

Es importante tener en cuenta que el moco también puede actuar como reservorio de espermatozoides, pudiendo estos permanecer almacenados en las hendiduras y criptas del canal endocervical durante varios días: en presencia de moco “fértil” (estrogénico) los espermatozoides pueden llegar a sobrevivir hasta 7 días y en su ausencia sólo entre 4 y 6 horas. Esta función de reservorio es determinante cuando se quiere conocer el período de fertilidad de la pareja. Así, si tomamos el día de “pico mucoso” como

marcador de ovulación tendremos unos 12 días de ventana de potencial fertilidad, localizándose la mayor probabilidad de fecundación a los 5 ó 6 días centrales de la misma.

Las células ciliadas presentes en el endocérnix participan en la movilización del moco hacia la vagina, contribuyendo a su renovación. (20)

2.2.1.6. Renovación y diferenciación de las células del cuello uterino: Endocérnix:

Las células de reserva del epitelio endocervical, además de presentar rasgos citológicos propios de las células de reserva (pequeñas, con poco citoplasma y sin signos de diferenciación), tienen un citoesqueleto diferente del de las células cilíndricas mucosas.

Ambos tipos celulares dan positiva la reacción para citoqueratinas de amplio espectro. En este sentido, las células cilíndricas mucosas del endocérnix se tiñen con los anticuerpos anticitoqueratina propios de las células epiteliales de tipo glandular (tipo 1, 7, 8, 18 y 19) y no lo hacen con los anticuerpos para las citoqueratinas escamosas (anti KA1). Sin embargo, las células de reserva no se tiñen positivamente para las citoqueratinas glandulares y sí lo hacen para las citoqueratinas escamosas (anti KA1).

Además, parece ser que las células de reserva son bipotenciales y por lo tanto capaces de producir tanto queratina como mucina. (1)

2.2.1.7. Exocérnix

Como es de esperar, las distintas capas celulares del exocérnix son positivas para citoqueratinas propias de las

células de los epitelios escamosos (citoqueratinas 4, 10, 13 y 14). Sin embargo, sus células basales muestran citoqueratinas de tipo epitelial glandular (citoqueratinas PKK 1, 18 y 19) y no expresan las citoqueratinas 4 y 13.

La diferente composición en citoqueratinas de las células de reserva y sus capacidades bipotenciales para diferenciarse pueden explicar por qué y cómo ambos epitelios en la unión escamosa-columnar responden a las influencias regeneradoras y reparativas iniciadas por la eversión del endocérvix (ectropión), y la especial sensibilidad de la zona de transformación (el 95% de los cánceres se originan en la zona de transformación). (1)

2.2.1.8. Unión escamocolumnar y zona de transformación.

La unión entre el epitelio mucoso del endocérvix y el escamoso del exocérvix es brusca y normalmente se localiza a nivel del orificio cervical externo. La localización se modifica a lo largo de la vida de la mujer.

La influencia de las hormonas sexuales hace que en la pubertad el epitelio mucoso endocervical se asome hacia la vagina, formando lo que se denomina un ectropión. La acidez existente en la vagina (como consecuencia de la degradación del glucógeno del epitelio escamoso vaginal y exocervical por parte de los bacilos de Döderlein) origina un cambio en la diferenciación (transdiferenciación) de las células de reserva del epitelio endocervical de esta zona, transformándose en escamoso. Esto implica la existencia de lo que se denomina zona de transformación, que se localiza entre el restante epitelio mucoso endocervical y el primitivo epitelio escamoso exocervical. En los estadios precoces, este epitelio regenerativo está constituido por células epiteliales diferenciadas y pobres en glucógeno pero

posteriormente, cuando madura normalmente y de forma completa, resulta imposible distinguir el epitelio escamoso metaplásico y regenerativo del epitelio exocervical primitivo adyacente. La transdiferenciación viene precedida por la hiperplasia de una o varias capas de células de reserva que, de acuerdo con su dotación de citoqueratinas, sufren un cambio y se diferencian a epitelio escamoso.

Esto conlleva que la unión escamocolumnar existente antes de la pubertad no sea la misma y, además, en mujeres mayores esta unión tiende a desplazarse hacia dentro del canal endocervical. (1)

A menudo en este proceso se ocluyen los orificios de las glándulas endocervicales con lo que el moco se queda retenido y las glándulas se dilatan y se hacen quísticas, denominándose quistes de Naboth.

La gran importancia médica de esta zona de transformación radica en su sensibilidad a infectarse por determinados tipos de virus (como el virus del papiloma humano). Representa una infección de transmisión sexual que produce condilomas (acuminados o planos) y algunas de cuyas cepas (16 y 18 sobre todo) representan un factor etiológico muy importante en el carcinoma del cuello uterino (casi todos los cánceres se asocian con la presencia de estas cepas, aunque sólo una pequeña proporción de mujeres infectadas por ellas desarrollan cáncer).

2.2.2. Histología cervico uterino

El cuello uterino tiene dos porciones bien delimitadas: la que protruye dentro de la vagina: “el exocérvix”, y el canal endocervical.

2.2.2.1. El exocérvix

Está tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado similar al epitelio vaginal. Este epitelio se divide en tres estratos:

- El estrato basal / parabasal o estrato germinal, constituido por una sola hilera de células basales que presentan núcleos alargados que se disponen en forma perpendicular a la membrana basal. Las células parabasales constituyen las dos hileras superiores y son células con mayor cantidad de citoplasma y más grandes que las basales. Estas células son las encargadas del crecimiento y la regeneración epitelial. (21,22)
- El estrato medio o estrato espinoso, formado por células que están madurando, se caracteriza por el aumento del tamaño del citoplasma. Los núcleos son redondos con cromatina finamente granular. Estas células son las llamadas intermedias en la citología exfoliativa. Ellas pueden tener glucógeno en su citoplasma y dar la imagen característica de una vacuola clara en el citoplasma. (21,22)
- El estrato superficial: es el compartimento más diferenciado del epitelio. Las células son chatas, presentan abundante citoplasma y un núcleo picnótico característico. La función de estas células es de protección y evitar de infecciones. Su descamación se debe a la escasez de desmosomas. (23)

Por debajo del epitelio escamoso se encuentra tejido conectivo con una fina vascularización que nutre al epitelio suprayacente. Además se pueden encontrar terminaciones nerviosas. (22)

En la edad reproductiva la acción de los estrógenos y de la progesterona produce el crecimiento, la maduración y la descamación del epitelio. Éste se renueva totalmente en 4 a 5 días y si se le agregan estrógenos en sólo 3 días. (23)

En la posmenopausia este epitelio se atrofia, disminuye su grosor y no se observan vacuolas de glucógeno intracitoplasmáticas. La maduración normal de la edad reproductiva está ausente y este epitelio pierde su función de protección siendo frecuentes las infecciones y los sangrados. Los retinoides también actúan sobre el epitelio, la deficiencia de vitamina A da como resultado metaplasia escamosa y queratinización epitelial y el exceso de esta vitamina promueve la formación de epitelio mucíparo. (22)

2.2.2.2. El canal endocervical o endocérvix

Está formado por una hilera de células cilíndricas mucíparas que revisten la superficie y las estructuras glandulares. Estas estructuras glandulares son invaginaciones tortuosas del epitelio superficial, no son glándulas verdaderas. (23)

Las glándulas verdaderas presentan diferentes tipos de epitelio en sus partes secretoras y en sus ductos. En el endocérvix el epitelio mucíparo es el mismo. La ramificación y los cortes determinan que estas ramificaciones presenten un aspecto nodular llamado Tunnel clusters. (21,22)

Las células cilíndricas presentan un núcleo basal con su eje perpendicular a la membrana basal y un citoplasma alto, finamente granular lleno de pequeñas vacuolas mucinosas. Estas vacuolas están constituidas por mucopolisacáridos, lo que puede apreciarse con la técnica de azul Alcian. También cabe observar células cilíndricas ciliadas –que se encargan del transporte del moco– y células argentafines, cuya función se desconoce. (22)

Las mitosis son muy raras de observar en este epitelio y la regeneración epitelial, se cree, está dada por células de reserva que se encuentran diseminadas en todo el epitelio.

Por debajo del epitelio cilíndrico mucíparo se encuentra una gruesa y desarrollada trama de vasos capilares en un estroma con mayor inervación que el exocérnix. Pueden hallarse tanto en el endocérnix como en el exocérnix folículos linfoides con o sin centros germinativos con células dendríticas, células de Langerhans, linfocitos T, responsables de la respuesta inmunitaria. (21,22)

El moco producido por este epitelio también responde a estímulo hormonal. Los estrógenos producen estimulación de las células que dan como resultado un moco abundante, alcalino y acuoso que facilita la penetración espermática. La progesterona produce la disminución del moco, que es ácido y grueso con numerosos leucocitos que no dejan penetrar a los espermatozoides. (21,22)

2.2.2.3. La zona de transformación

La unión escamocolumnar es el punto en el cual el epitelio escamoso del exocérnix se une al epitelio cilíndrico mucíparo del endocérnix. En el momento del nacimiento, el punto de unión entre el epitelio escamoso y el cilíndrico se encuentra

en el orificio cervical externo y se denomina unión escamocolumnar original.

El desarrollo del cuello uterino durante la infancia y la pubertad produce su alargamiento con la consiguiente salida del epitelio mucíparo que forma un ectropion fisiológico. Éste presenta su máximo desarrollo durante la menarca y los primeros años de la vida reproductiva. Posteriormente este epitelio mucíparo es reemplazado por un epitelio escamoso de tipo metaplásico. La unión entre este nuevo epitelio escamoso y el epitelio cilíndrico vuelve a encontrarse en el orificio cervical externo y se llama ahora unión escamocolumnar fisiológica o funcional.

La zona comprendida entre la unión escamocolumnar original y la funcional se denomina zona de transformación. Está revestida por epitelio escamoso de tipo metaplásico y es el lugar de asiento de todas las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. Todo lo anterior motiva la importancia de conocerla y estudiarla adecuadamente. (22,21)

Llamamos metaplasia escamosa al reemplazo del epitelio cilíndrico mucíparo por epitelio escamoso. Esto ocurre por dos mecanismos: por epitelización o crecimiento del epitelio escamoso en la zona de la unión y por proliferación de células de reserva que se diferencian hacia el epitelio escamoso. Este último proceso es generalmente llamado metaplasia escamosa. (24)

Cuando la metaplasia escamosa comienza a producir las células de reserva son muy inmaduras y en general se debe establecer el diagnóstico diferencial con lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado. El resultado final de ambos procesos es un epitelio escamoso maduro que

responde a los estímulos hormonales y en el que asientan las lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino. (24)

2.2.3. Citología Cervical

La citología cervical o Cérvico-vaginal o cervico-uterina estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer Cérvico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70%.2. (25)

2.2.3.1. Citología Cervical Uterina Alterada

Una citología cervical uterina alterada significa simplemente que se han hallado células anormales. Generalmente estas células anormales sólo presentan pequeñas alteraciones y no precisan ningún tratamiento. Sin embargo, algunas de estas células podrían seguir alterándose por lo cual todas las mujeres con citología anormal precisan un seguimiento ginecológico riguroso. En ocasiones se puede encontrar un cáncer en la citología aunque esta situación es poco probable en las mujeres que realizan revisiones ginecológicas periódicas. (26)

2.2.3.2. Prueba de Papanicolaou

El test de Papanicolaou es una técnica de detección citológica que permite identificar lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino, mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical, para la realización de un estudio microscópico.

El examen de Papanicolaou es la más efectiva prueba de detección de cáncer en la historia de la medicina.

La XXX Conferencia del Colegio Americano de Patólogos: “Sobre la Calidad y el tema de los Riesgos en los Exámenes de Papanicolaou” ha permitido un análisis crítico de la problemática involucrada.

Bien vale, por lo tanto, glosar algunos de los comentarios y afirmaciones emitidos en tan importante evento. (27)

El doctor R.M. DeMay, de la Universidad de Chicago, subrayó que ningún laboratorio, por excelente que sea, está exento de errores, y que los más importantes son los falsos negativos. “Los falsos negativos ocurren en una, bien documentada, y seguro irreducible, tasa de cinco a diez por ciento, lo que, mirado por el lado optimista, significa que la ordinaria prueba de Papanicolaou tiene una seguridad de detectar el 90% a 95% de las lesiones. Tan alto grado de seguridad no la tiene ninguna otra prueba de detección de cáncer”. (27)

Concluye, por ello, el doctor DeMay: “No se ha inventado una prueba diagnóstica para prevenir el cáncer tan eficaz como el Papanicolaou para el cáncer cervical uterino”.

De otro lado, el doctor R. M. Austin, de la Universidad de South Carolina, basado en los resultados obtenidos en las comunidades de Jefferson County, Ky., Shelby Country Tenn., British Columbia y otras localidades, donde se logró someter a exámenes anuales a, prácticamente, toda la población susceptible, por varios lustros, afirma categóricamente: “El Papanicolaou es la única prueba diagnóstica que ha logrado disminuir en un 70 a 80% la tasa

de mortalidad de un cáncer prevalente, en poblaciones enteras". (27)

En la Conferencia se discutió también problemas citológicos, enfatizando las morfología de más difícil diagnóstico; el rol del ginecólogo: "nada substituye a un buen juicio clínico"; el tema de los litigios y reclamaciones judiciales, señalando pautas para el manejo de los casos; las ventajas de la preparación de las muestras con el "Thin prep. Pap", "aunque recién está comenzando a utilizarse de manera rutinaria"; y el rol del tamizado automático (PAPNET, NEOPATH, AUTOCYTE), "que requiere todavía más experiencias para saber hasta dónde puede o no complementar al Pap convencional".

Podemos, pues, a esta altura del debate, concluir que el Papanicolaou continúa siendo el método de excelencia para la detección del cáncer cervical uterino. Como todo procedimiento diagnóstico tiene sus alcances y limitaciones que es nuestra obligación reconocer y explicar a las pacientes.

La prueba de Papanicolaou o citología cervico uterino ha sido exitosa para reducir la incidencia de cáncer cervico uterino en un 79% y la mortalidad en un 70% en los Estados Unidos de América desde su introducción a partir de 1950. (28)

La sensibilidad de la citología para detectar lesiones premalignas escamosas y glandulares es difícil de establecer, pero claramente está lejos de lo adecuado. Los pocos estudios relativamente libres de error muestran una media para la sensibilidad de la prueba de Papanicolaou de 47% (30% - 80%) y una media para la especificidad de 95% (86% - 100%). (29)

La Sensibilidad de esta prueba para detectar NIC 2 y 3 o lesiones intraepiteliales de alto grado varía desde un 47% hasta un 62% y su especificidad de 60% hasta un 95%, estos valores varían entre diferentes centros de diagnóstico ya que pueden ocurrir errores en la toma de la muestra, su fijación o su interpretación. Es necesario ser conscientes de la sensibilidad imperfecta del Papanicolaou y la necesidad de detección periódica para compensarla, de igual manera los profesionales de la salud tiene que usar en forma apropiada esta prueba como herramienta de detección en mujeres asintomáticas. (28)

Hasta 70% de los casos de cáncer cervico uterino en las poblaciones estudiadas se relaciona con detección inadecuada o vigilancia incorrecta de los resultados anormales, y 30 a 40 de estos ocurren en mujeres con resultados positivos. Los resultados falsos negativos pueden ser consecuencia de un error en la toma de la muestra, en su detección o errores de su interpretación en que las células anormales se clasifican erróneamente como benignas. (19)

A. Fundamentos de la técnica:

Según Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. (30)

Colorante nuclear:

Hematoxilina: Es el primer colorante de la batería. Su componente activo es la hemateína que combinada a metales como el aluminio puede unirse, mediante uniones electrostáticas a grupos aniónicos del DNA del núcleo y al RNA presente en el núcleo y citoplasma. Además tiñe a nucleoproteínas ácidas y al moco.

Colorantes citoplasmáticos: Orange G, Eosina, Light Green.

Orange G: Es el segundo colorante de la batería y es un colorante proteico ácido de color amarillo-anaranjado. Se utiliza por su capacidad de competir con la eosina y en menor medida con el Light Green. Tiñe principalmente proteínas del citoplasma, y en menor medida al núcleo, sobre todo si este es picnótico. Además puede colorear eritrocitos, cristales de hemosiderina, cuerpos de asbesto y células con citoplasma queratinizado como por ejemplo células paraqueratóticas, coilocitos y células de un carcinoma escamoso poco diferenciado.

Eosina: Se la utiliza junto al Light Green en lo que se conoce como EA, que es el tercer colorante de la batería. Es un ácido puro que se une principalmente a proteínas. Existe como monómero que da una coloración rosada a roja o formando dímeros que otorgan una coloración más anaranjada. Utilizado solo, colorea a las células escamosas superficiales de color rojo en forma de monómero y a los eritrocitos de color naranja en forma de dímeros. También colorea de rojo las proteínas del nucleolo. A su vez puede teñir en su forma dimerizada todos los componentes que el orange G colorea de amarillo, compitiendo así con este. También puede unirse en forma de monómeros de eosina a los núcleos picnóticos, dando junto con la hematoxilina diferentes tonos de púrpura. Compite con el orange G en eritrocitos y células queratinizadas dando un tinte mixto, amarillento anaranjado. En cambio la competencia con el Light Green es diferente, no existiendo mezcla de colores sino que el citoplasma de

cada células se tiñe con eosina monomérica de rojo o con Light Green de verde, dando un patrón en “tablero de ajedrez” Este efecto se ve sobre todo en la infección por HPV por la irregularidad en el proceso de queratinización que el virus provoca. Dado que las moléculas de colorante poseen diferentes tamaños, pueden teñir de manera selectiva grupos de células. De esta manera las moléculas de eosina al ser más pequeñas penetran más fácilmente y tiñen las células del centro del grupo mientras que el Light Green colorea las de la periferia por su mayor tamaño molecular. Las células secadas al aire tienden a colorearse con eosina en vez de Light Green.

Light Green: Es el otro componente de la solución EA. Es un colorante ácido que también posee grupos básicos, es decir que es anfófilo. El agregado de ácido fosfotúngstico (PTA) le confiere un efecto mordiente, permitiendo la actividad del colorante en la solución EA a un pH más alto. A su vez el PTA puede actuar como contrastante al competir en su unión a proteínas con la eosina.

La competencia de los colorantes Light Green y eosina dependen no solo del pH, sino también de la concentración de los mismos, así como también de la concentración de PTA. coloreando el citoplasma de las células intermedias, metaplásicas y endocervicales, siendo más intensa la coloración en las células metaplásicas. El nucléolo puede teñirse de verde en ausencia de eosina ya que en pequeñas cantidades puede ingresar al núcleo.

Resultado de las tinciones celulares:

- Núcleos-----en azul.
- Células acidófilas-----rojo a naranja.
- Células basófilas-----verde o azul verdoso.
- Células o fragmentos de tejido impregnados de sangre-
---naranja o naranja verdoso

B. Valoración de la idoneidad de la muestra para su estudio diagnóstico

- Frotis **adecuado** para diagnóstico con presencia de: células endocervicales conservadas; células de metaplasia escamosa.
- Frotis **limitado** por: datos incompletos; material celular escaso; fijación deficiente; hemorragia; presencia de exudado inflamatorio; ausencia de células endocervicales
- Frotis **inadecuado** para diagnóstico por: presencia de hemorragia intensa; mala fijación

C. Tipo de muestra

En la actualidad se usan dos técnicas para la citología cervico uterino: (19)

- Frotis convencional (Pap convencional)
- Base líquida.

La prueba de Papanicolaou convencional es un frotis de células que se hace directamente del dispositivo de recolección al portaobjetos al momento de obtener la muestra, esta técnica tiene el inconveniente de que la mayor parte del material celular permanece en el

dispositivo de recolección y se desecha después de preparar un sólo frotis convencional.

La recolección para Papanicolaou en medio líquido es un método nuevo, el cual recolecta las células en un medio de transporte líquido que luego se procesa para producir una capa sencilla uniforme de células sobre un portaobjetos, además se eliminan casi por completo la sangre, moco, detritos y superposición celular que ocultan las células, finalmente se dispone con la mayor parte o todo el material recolectado para su procesamiento en el laboratorio, y las muestras residuales pueden someterse a otras pruebas para HPV u otros agentes infecciosos. Por lo indicado, la recolección en medio líquido tiene ventajas y se dice que puede alcanzarse una detección hasta 65% mayor de Lesiones Intraepiteliales de alto grado, además de disminuir los índices de muestras insatisfactorias.

D. Procedimiento de la técnica de Papanicolaou (PAP)

Según Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. (30)

a) Toma de muestra de citología cervical:

Si bien NO existe contraindicaciones para el examen de PAPANICOLAOU se debe evitar cuando:

- Sangrado Menstrual.
- Ducha vaginal en las 72 horas previas.
- Medicamentos por vía vaginal durante la semana anterior.
- Relaciones sexuales las 24 horas previas.
- Si ha sido sometida a exploración bi-manual, o manipulaciones sobre el cuello (legrados,

colocación o retirada de DIU) dentro de las últimas 48 horas.

b) Preparación del material y equipo:

Antes de atender a la usuaria, verificar que el material y equipo que se utilizará, esté completo y esterilizado (en el caso de los espéculos).

- Espátula de Ayre
- Citobrush
- Porta objetos con borde esmerilado
- Fijador citocelular
- Espéculo
- Camilla ginecológica

c) Rotulado de la lámina:

Rotular antes de tomar la muestra, apoyándose en una superficie plana y fija, tomar el lápiz GRAFITO con fuerza y deslizarlo para marcar firme y claramente en el tercio superior (esmerilado) las iniciales de APELLIDO PATERNO; APELLIDO MATERNO; NOMBRE.

Antes de extender la muestra, verificar que la lámina esté libre de polvo, grasa u otros materiales contaminantes.

d) Técnica para la obtención de muestra:

Paciente en posición ginecológica, contar con una adecuada fuente lumínica que permita visualizar adecuadamente el conducto vaginal y el cuello.

Utilización de guantes en ambas manos (eliminando el exceso de talco) y pechera plástica.

Colocación del espéculo vaginal "sin LUBRICANTE", si es necesario lubricar se puede utilizar agua destilada o solución salina.

El paso más importante para un buen examen es “visualizar” el cuello y el orificio exocervical.

Una vez visualizado se puede eliminar el exceso de moco, exudados purulentos o sangre de la superficie del cuello “sin raspar”, mediante toques aplicados con una tórula de algodón humedecida en agua destilada o solución salina antes de tomar la muestra.

f) Técnica para la toma de la muestra:

Toma con la “Espátula de Ayre”

La muestra del cuello uterino con la espátula de Ayre modificada, se realiza en dos partes:

- i. Muestra Exocervical: con el extremo ondeado de la espátula apoyado sobre el orificio externo, girando en 360° con presión ligera sobre el cuello.
- ii. Muestra Endocervical: Puede ser obtenida con el “citobrush” o el extremo en punta de la espátula de Ayre.
 - El “citobrush” se introduce lentamente por el orificio cervical hasta alcanzar con suavidad la mayor profundidad posible, luego se hace girar dentro del canal endocervical 90° una vez (no es necesario girar en 360°).
 - La espátula de Ayre se introduce de igual manera (con el extremo en punta) luego se hace girar en 360° (se recomienda girar solo una vez, de izquierda a derecha). Girar demasiadas veces podría provocar sangrado y contaminar la muestra.

La muestra obtenida debe ser transferida de forma INMEDIATA al portaobjetos (lámina de vidrio).

g) Extendido de la muestra:

La lámina puede dividirse en forma teórica de la siguiente forma:

- a. La más pequeña, corresponde a la zona esmerilada (para la rotulación).
- b. La segunda o central es utilizada para el extendido de la muestra EXOCERVICAL.
- c. La tercera (opuesto al esmeril), para el extendido ENDOCERVICAL.

El extendido debe hacerse en forma UNIFORME Y DELGADO evitando la superposición celular, con el fin de obtener una película delgada, que permita una fijación adecuada. El paso de la espátula de Ayre sobre la lámina debe hacerse UNA SOLA VEZ en forma continua.

h) Técnica de Fijación de la muestra citológica:

La fijación es un proceso indispensable para obtener una muestra de buena calidad, es utilizado para preservar las células.

La desecación de las muestras ocurre a los pocos segundos de tomada la muestra, por eso es imprescindible fijar de forma inmediata después de hacer los extendidos.

Lo más común es la fijación con fijador citológico en aerosol, para este caso se debe colocar la lámina de muestra a una distancia de 30 cm del instrumento de

fijación con la intención de crear una película protectora de las células, homogénea y delgada (el fijador debe ser removido químicamente en el laboratorio de patología para el posterior estudio).

NO utilizar laca de pelo (no es fijador citológico).

Evite el contacto entre varias láminas fijadas por riesgo de adherencia y transferencia de material de estudio.

Las láminas fijadas NO requieren condiciones especiales de conservación (solo protección de polvo, humedad y físico).

2.2.4. Sistema Bethesda 2001

De acuerdo al Sistema Bethesda 2001, una muestra adecuada se clasifica como satisfactoria o no satisfactoria para su evaluación. Si la muestra es no satisfactoria se debe repetir la citología en 6 a 12 meses. (28) Las tres categorías generales son: negativo para lesión intraepitelial o malignidad, anormalidades de las células epiteliales y otros. Las lesiones con potencial de malignidad se pueden clasificar en tres categorías: lesiones intraepiteliales de bajo grado, lesiones intraepiteliales de alto grado y células escamosas atípicas, como ya se describió previamente. (28)

Las principales lesiones con potencial maligno son:

2.2.4.1. Lesión Intraepitelial Escamoso de bajo grado.

La Lesión Intraepitelial Escamoso de bajo grado (SIL) de bajo grado se encuentra en aproximadamente 2% de todos los extendidos de Papanicolaou. La mayoría de estas lesiones desaparecen espontáneamente, pero algunas persisten por largos períodos. Aproximadamente 21% progresan a una SIL de alto grado, pero es posible que

alguna de estas fueran inicialmente subdiagnosticadas como SIL de bajo grado. El 18% de las mujeres con una prueba de Papanicolaou que indica SIL de bajo grado resultan tener una SIL de alto grado en su biopsia. Menos del 1% de las SIL de bajo grado no tratado progresa a cáncer cervico uterino. El manejo de una mujer con una citología que indique SIL de bajo grado depende generalmente de las circunstancias. Excepto en adolescentes y mujeres post menopausia donde la colposcopia es recomendada. En mujeres embarazadas se recomienda diferir la colposcopia hasta mínimo 6 semanas después del parto. (29)

2.2.4.2. Lesión Intraepitelial Escamoso de alto grado.

La Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado se encuentran en 0.5% de todas las muestras de Papanicolaou. El 97% de las mujeres con una SIL de alto grado refieren un resultado positivo para una prueba de detección de HPV de alto riesgo. Si estas lesiones no se tratan, existe un alto riesgo de progresión a cáncer cervico uterino. Se recomienda realizar colposcopia y biopsia a todas las mujeres con este tipo de lesión. Si la colposcopia confirma un SIL de alto grado, luego del tratamiento se recomienda un seguimiento por 2 años. (29)

2.2.4.3. Células Escamosas Atípicas.

Esta categoría no incluye cambios benignos, reparativos o reactivos que son clasificados como normales en el Sistema Bethesda 2001. Los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso, o una lesión potencialmente maligna, por lo tanto no pueden ser clasificados inequívocamente. (31)

Este puede ser un diagnóstico común alcanzando de un 3% hasta un 25% en algunos centros.

Cuando se utilizan criterios diagnósticos estandarizados su frecuencia debería ser sólo de un 3% a 5%. Las células escamosas atípicas se dividen en dos categorías: células escamosas atípicas de significancia incierta (ASCUS) y las células escamosas atípicas que no pueden excluir malignidad (ASC-H). (26)

Una citología con diagnóstico de ASCUS se asocia a un 10 a 20% de incidencia de lesiones intraepiteliales de bajo grado y con un riesgo de 3 a 5% para lesiones intraepiteliales de alto grado. Para las ASC-H se ha demostrado que en su histología puede encontrarse lesiones intraepiteliales de alto grado en más del 25%. (19)

2.2.5. Factor de Riesgo

Una de las revoluciones en el pensamiento sanitario de este siglo consiste en el nacimiento del concepto de factor de riesgo.- un factor de riesgo es cualquier característica del paciente o de su entorno que hace más probable la aparición de una enfermedad. Análogamente existen factores de protección, que serían los que cuando actúan o se dan, evitan casos de enfermedad. (15)

2.2.5.1. Factores de Riesgo Reproductivos:

Entre ellos se citan a los siguientes

- Características de la conducta sexual

- **Número de compañeros sexuales;** las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanente u ocasional. (15)

- **Edad del primer coito;** en la adolescencia los tejidos Cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años. (32)
- **Características del compañero sexual;** en un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar. (33)
 - **Infecciones de transmisión sexual;** se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con infección de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia. La coinfección con el VIH facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH. (34)

2.2.5.2. Factores Relacionados con la Reproducción

- **Paridad:** Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las

nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. (35)

- **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. (36)
- **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.
- **Métodos Anticonceptivos**
 - **Anticonceptivos Orales:** Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente.
 - **Métodos de Barrera:** Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH.

2.2.5.3. Factores Psicosociales

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

- **Tabaquismo:** En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotonina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervico uterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local.

2.3. Definición de términos básicos

- **Atipias:** Este término se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada. ASCUS (Atipias epiteliales de significado indeterminado), ASGUS (Atipias glandulares de significado indeterminado) Cambios citológicos relacionados con exposición a Radio – Quimioterapia.
- **ASCUS:** Células Escamosas Atípicas de Significado Incierto. (De sus siglas en inglés Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance). Lo que quiere decir es que se observan células anormales, pero no se puede precisar bien su origen o significado. A veces la alteración está relacionada con alguna infección, presencia de pólipos, o con la falta de hormonas en la menopausia.
- **AGUS:** Células Glandulares Atípicas de Significado Incierto. (De sus siglas en inglés Atypical Glandular of Undetermined Significance). Las células anormales que el patólogo está observando son del tipo glandular del cuello uterino, que es la zona interna o no visible.
- **Carcinoma de células escamosas:** Quiere decir que el patólogo no tiene duda que las células que ha evaluado son definitivamente cancerosas.

- **Categorización BETHESDA:** Células del epitelio escamoso sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, con alteraciones por inflamación moderada, con alteraciones por inflamación severa.
- **Diagnóstico citológico:** Resultado de reporte de diferentes hallazgos celulares del cuello uterino. Se reportan utilizando la Clasificación Sistema Bethesda.
- **SIL de Bajo Grado:** Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado. De bajo grado significa que se han observado los primeros cambios en el tamaño y en la forma de las células epiteliales. Las LIE de bajo grado se consideran anomalías leves causadas por una infección por VPH o NIC 1. Antiguamente se les llamaba displasias leves.
- **SIL de Alto Grado:** Lesión Intraepitelial Escamosa de alto grado. De alto grado significa que hay cambios más marcados en el tamaño y en la forma de las células epiteliales anormales y ya se les considera pre-cancerosas. Son anomalías más graves y tienen una probabilidad más alta de que se conviertan en cáncer. A veces las LIE de alto grado se reportan como NIC-2, NIC-3, o NIC-2/3, lo cual indica que las células anormales podrían ocupar la mayoría de las capas del revestimiento del cuello uterino. Esto debe ser confirmado por una biopsia.

CAPÍTULO III

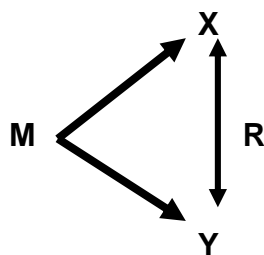
METODOLOGÍA

3.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue Prospectiva, Transversal, Observacional y correlacional.

3.2. Diseño de investigación

El nivel de investigación fue No experimental.



M: mujeres con diagnóstico citológico cervico uterino alterado atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital II de ESSALUD, Abancay en el periodo de enero a junio de 2016.

X: Factores de riesgo reproductivo – Caracteres demográficos

Y: citología cervical alterada.

r : Relación entre variables de estudio.

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

La población estuvo formada por 122 exámenes citológicos de mujeres con citología cervicouterino alterada atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital II de ESSALUD, Abancay en el periodo de enero a junio de 2016.

3.3.2. Muestra

La muestra la constituyeron los 122 exámenes citológicos de mujeres con citología cervicouterino alterada (100% de la población).

3.4. Variables, dimensiones e indicadores

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR
VI : Factores de riesgo	Reproductivo	Número de abortos
		Sexarquia
		Uso de método anticonceptivo tipo de anticonceptivo
	Demográfico	Edad
		Número de hijos
VD : Alteración celular	Alteración celular	ASCUS
		AGUS
		L-SIL
		H-SIL
		CCE

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

La técnica usada en la investigación fue la observación y análisis de laboratorio (examen citológico -prueba de Papanicolaou-)

3.5.2. Instrumentos

El instrumento utilizado es la ficha de recolección de información de la historia clínica del paciente y los resultados del examen citológico (prueba de Papanicolaou).

3.6. Procedimientos

- Se socializó el proyecto a los directivos del Hospital II de ESSALUD, Abancay, así mismo se solicitó autorización para acceder a los archivos de la institución y recabar en las Historias Clínicas que contenían la información requerida para el estudio.
- Se capacitó a las personas respecto al contenido y proceso de la recolección de la información y otra respecto a la naturaleza de la obtención de la muestra, en la que se tuvo participación activa.
- La ficha de recolección de datos fue llenada minuciosamente previa revisión de historias clínicas a fin de recabar íntegramente toda la información necesaria.

3.7 Procesamiento de las muestras

- En cada caso, las muestras fueron obtenidas en el área de ginecología siguiendo las Normas e Instrucciones para la obtención de material cervicouterino de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la salud. (37,38,39)
- Posteriormente fueron remitidas al servicio de anatomía patológica.
- Se aplicó la coloración de Papanicolaou. El procesamiento se desarrolló en el Laboratorio del servicio de anatomía patológica del Hospital II de ESSALUD, Abancay.
- Con respecto a las muestras citológicas éstas cumplieron con las normas según el Sistema Bethesda: cantidad suficiente, bien fijadas y debidamente identificadas. (40)

- Posterior a ellas se realizaron las lecturas de acuerdo a las Normas de Detección Sistema Bethesda como sigue: (40)

Anormalidades de células epiteliales:

- a. Células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS: siglas en inglés)
- b. Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo grado (L-SIL), incluye:
 - Papiloma Virus Humano (PVH)
 - Displasia Leve.
- c. Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto grado (H-SIL), incluye:
 - Displasia Moderada.
 - Displasia Severa.
 - Carcinoma in situ.
- d. Carcinoma de células escamosas (CCE).
- e. Células Glandulares atípicas de significado indeterminado (AGUS)
 - Endocervicales
 - Endometriales
 - Glandulares

3.8. Plan de tabulación y análisis de datos.

La información obtenida se incorporó en una base de datos en el paquete estadístico SPSS Versión 22.0, previa codificación. El análisis se realizó mediante la descripción y comparación de los participantes, en el análisis descriptivo se usará medidas de tendencia central y de dispersión.

Con la finalidad de analizar la asociación de todas las variables implicadas en el estudio con la variable dependiente, se aplicó el análisis de correlación bivariada de R de Pearson, este coeficiente resume la magnitud y direccionalidad de la asociación entre variables.

.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Los resultados que se presentan en el informe de investigación, constituyen evidencias de las observaciones que se realizaron a las unidades de estudio.

Los consolidados se presentan en tablas de frecuencias y en figuras estadísticas, además para contrastar las correlaciones entre variables, se utilizan las tablas de correlación con sus respectivas figuras, estos valores nos muestran el nivel de correlación y asociación entre variables.

Por otro lado se debe precisar que las hipótesis se contrastaron con los valores de significación que arrojaron las tablas de correlación de Pearson, por ser una investigación con enfoque cuantitativo.

4.1. Resultados descriptivos

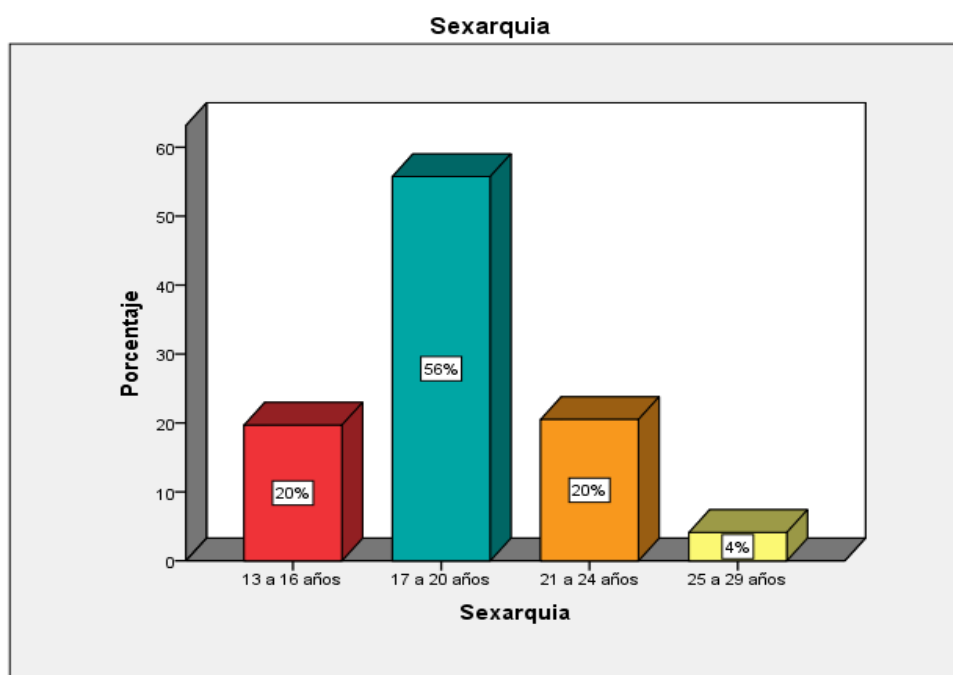
4.1.1 Sexarquia

Tabla 01: Sexarquia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
13 a 16 años	24	19,7	19,7	19,7
17 a 20 años	68	55,7	55,7	75,4
21 a 24 años	25	20,5	20,5	95,9
25 a 29 años	5	4,1	4,1	100,0
Total	122	100,0	100,0	

Fuente: base de datos

Figura 01:



En la tabla 01 se muestra los resultados sobre la edad en que iniciaron sus relaciones sexuales las mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 55,7% manifiesta haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 17 y 20 años; sin embargo existe un grupo de 19,7% que inició sus relaciones sexuales entre los 13 y 16 años.

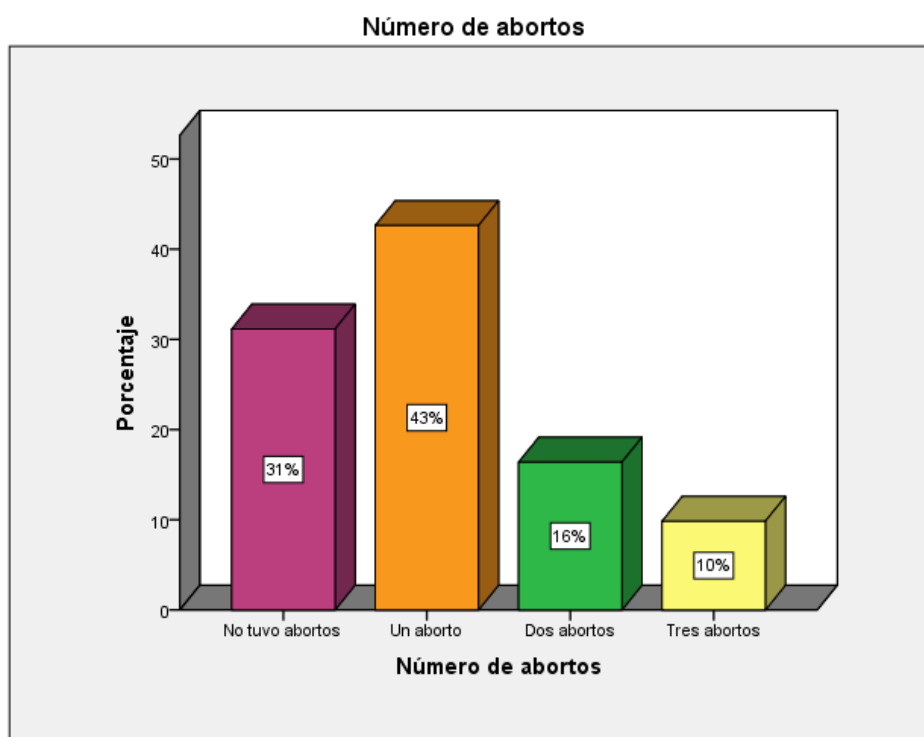
4.1.2 Número de abortos

Tabla 02: Número de abortos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tuvo abortos	38	31,1	31,1	31,1
	Un aborto	52	42,6	42,6	73,8
	Dos abortos	20	16,4	16,4	90,2
	Tres abortos	12	9,8	9,8	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Figura 02:



En la tabla 02 se muestra los resultados sobre el número de abortos que tuvieron las mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 42,6% manifiesta haber tenido un aborto y el 31,1% indica no haber tenido abortos; sin embargo el 16,4% manifiesta haber tenido dos abortos.

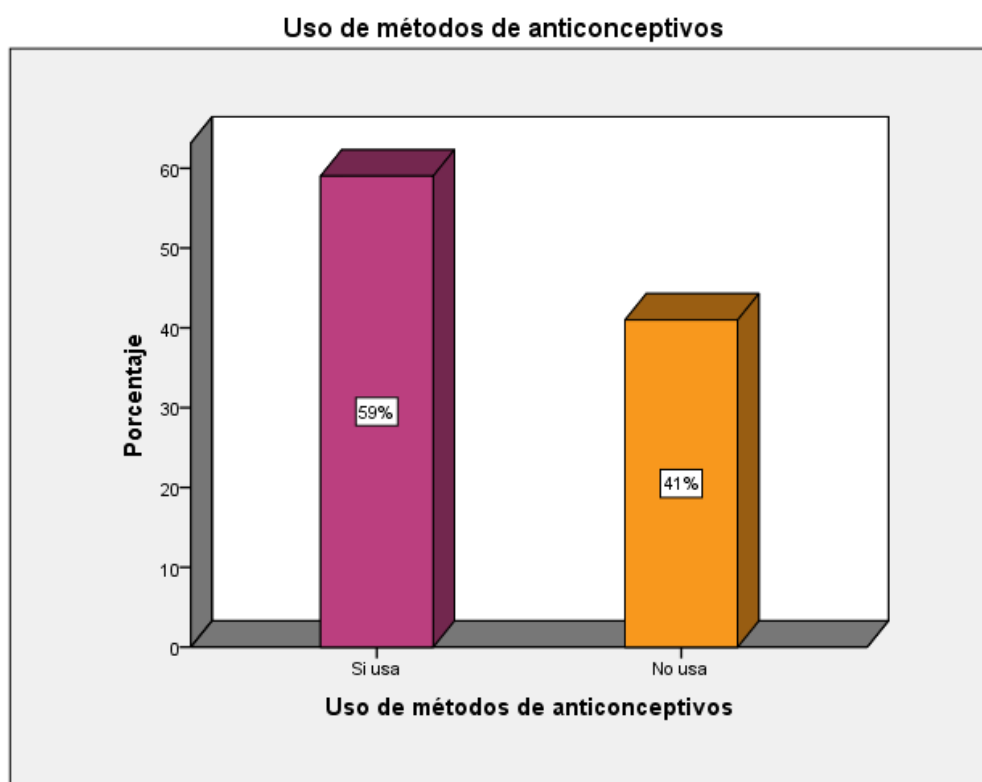
4.1.3 Uso de métodos de anticonceptivos

Tabla 03: Uso de métodos de anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si usa	72	59,0	59,0	59,0
	No usa	50	41,0	41,0	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Figura 03:



En la tabla 03 se muestra los resultados sobre el uso de métodos anticonceptivos en las mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 59% manifiesta que sí usan métodos anticonceptivos y el 41% indican que no usan los métodos anticonceptivos.

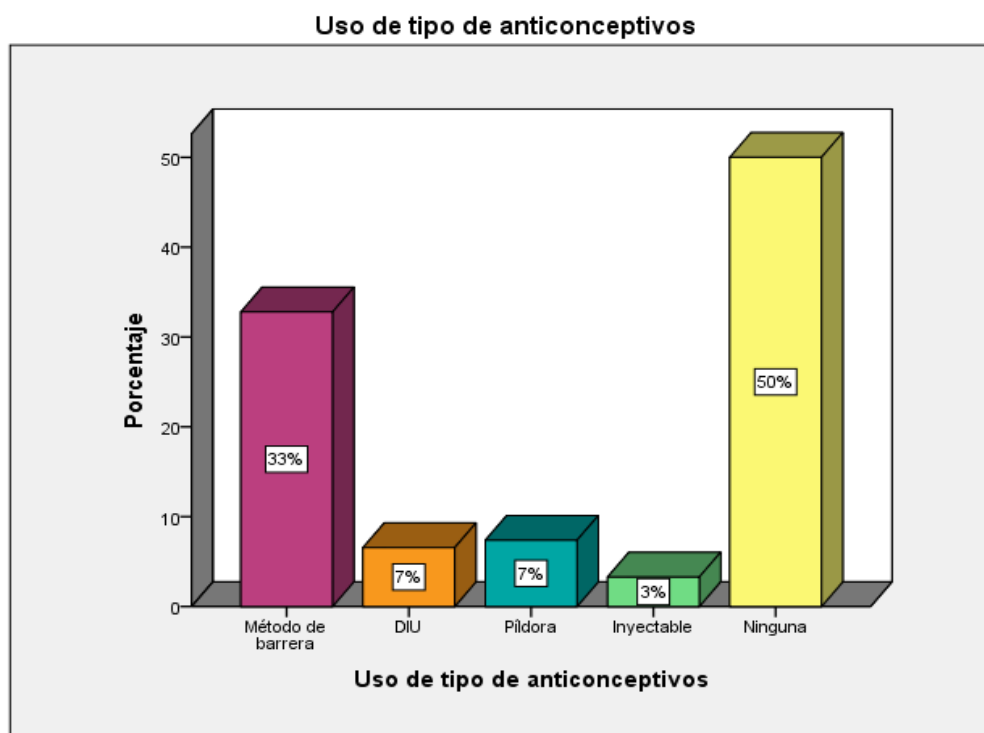
4.1.4 Uso de tipos de anticonceptivos

Tabla 04: Uso de tipo de anticonceptivos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Método de barrera	40	32,8	32,8	32,8
	DIU	8	6,6	6,6	39,3
	Píldora	9	7,4	7,4	46,7
	Inyectable	4	3,3	3,3	50,0
	Ninguna	61	50,0	50,0	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Figura 04:



En la tabla 04 se muestra los resultados sobre el uso de tipos de anticonceptivos en las mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 50% manifiesta que no usan ninguno de los tipos de anticonceptivos; sin embargo el 32,8% utilizan los métodos de barrera.

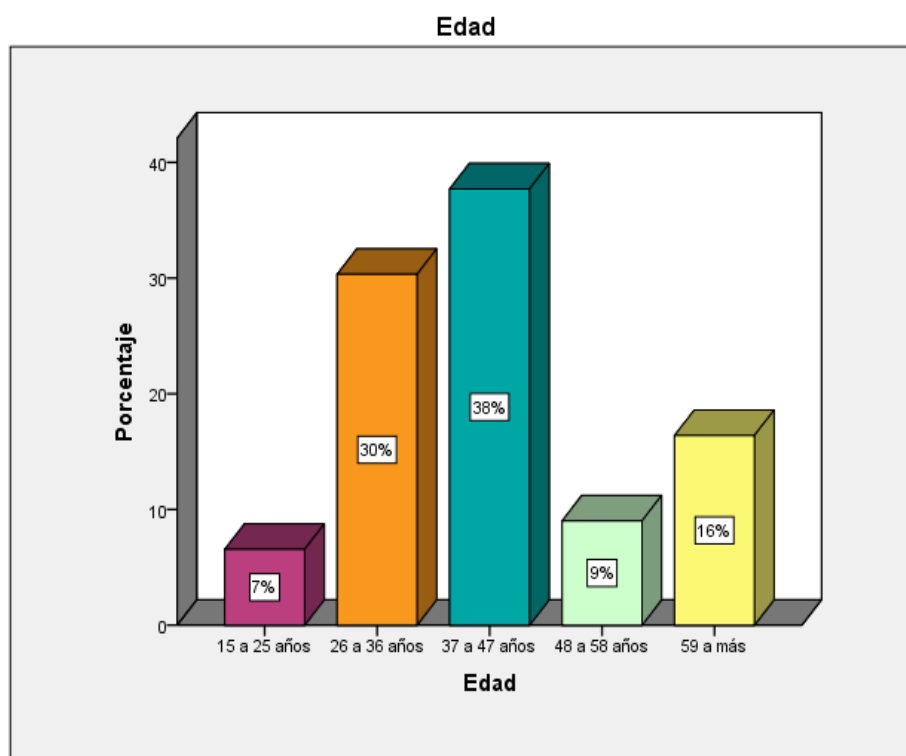
4.1.5 Edad

Tabla 05: Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	15 a 25 años	8	6,6	6,6	6,6
	26 a 36 años	37	30,3	30,3	36,9
	37 a 47 años	46	37,7	37,7	74,6
	48 a 58 años	11	9,0	9,0	83,6
	59 a más	20	16,4	16,4	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Figura 05:



En la tabla 05 se muestra los resultados sobre la edad que tienen las mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 37,7% tienen entre 37 a 47 años de edad y el 30,3% tienen entre 26 a 36 años de edad.

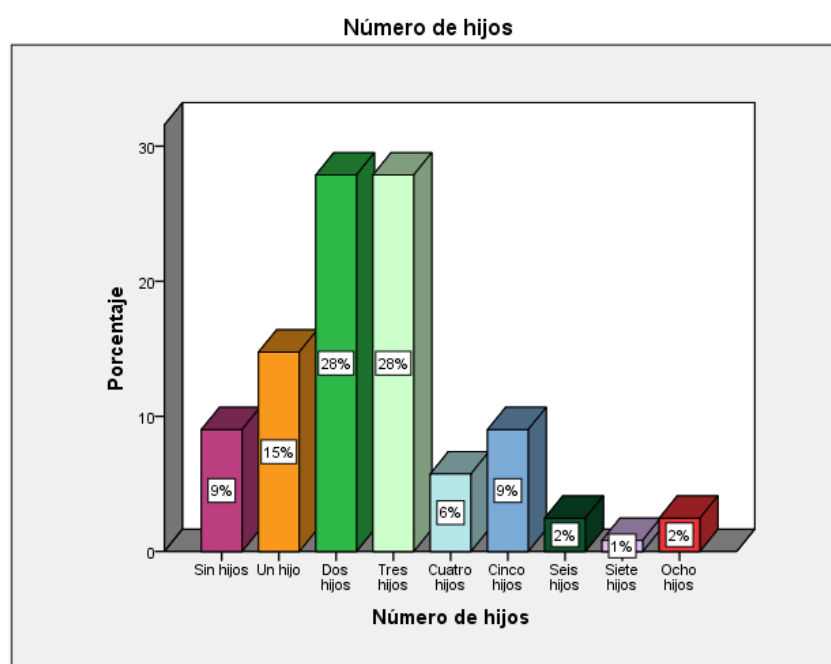
4.1.6 Número de hijos

Tabla 06: Número de hijos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin hijos	11	9,0	9,0	9,0
	Un hijo	18	14,8	14,8	23,8
	Dos hijos	34	27,9	27,9	51,6
	Tres hijos	34	27,9	27,9	79,5
	Cuatro hijos	7	5,7	5,7	85,2
	Cinco hijos	11	9,0	9,0	94,3
	Seis hijos	3	2,5	2,5	96,7
	Siete hijos	1	,8	,8	97,5
	Ocho hijos	3	2,5	2,5	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Figura 06:



En la tabla 06 se muestra los resultados sobre el número de hijos que tienen las mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 27,9% tienen dos y tres hijos.

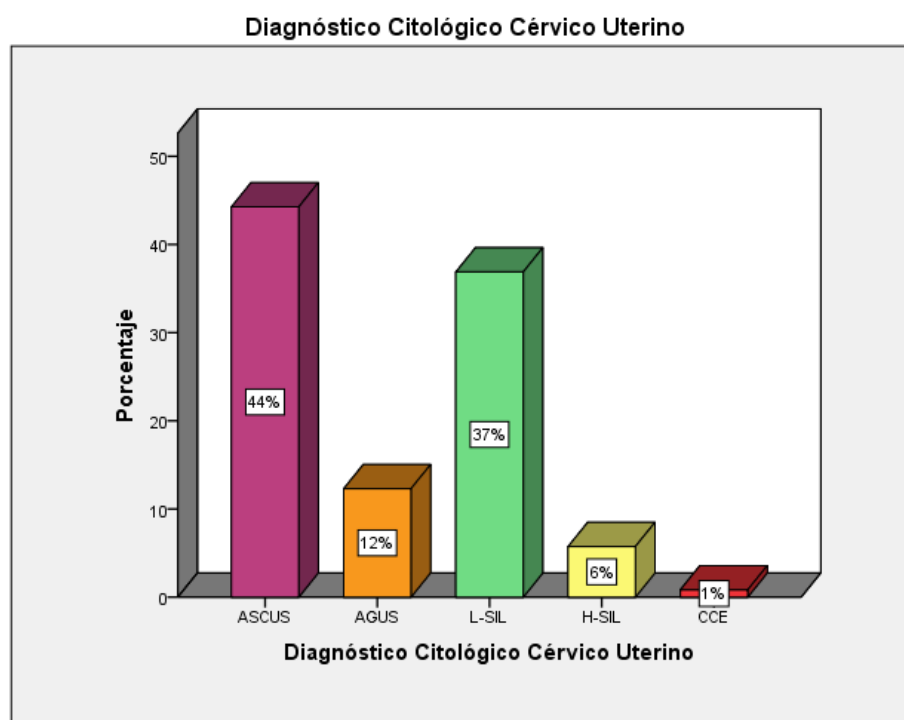
4.1.7 Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

Tabla 07: Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASCUS	54	44,3	44,3	44,3
	AGUS	15	12,3	12,3	56,6
	L-SIL	45	36,9	36,9	93,4
	H-SIL	7	5,7	5,7	99,2
	CCE	1	,8	,8	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos

Figura 07:



En la tabla 07 se muestra los resultados sobre el diagnóstico citológico cérvico uterino de las mujeres atendidas en el hospital II de ESSALUD de Abancay. De las 122 mujeres, el 44,3% tiene el ASCUS, el 36,9% tiene el L-SIL y el 12,3% tiene el AGUS, 6,1% tiene H-SIL, 0,8% tiene carcinoma invasor de células escamosas.

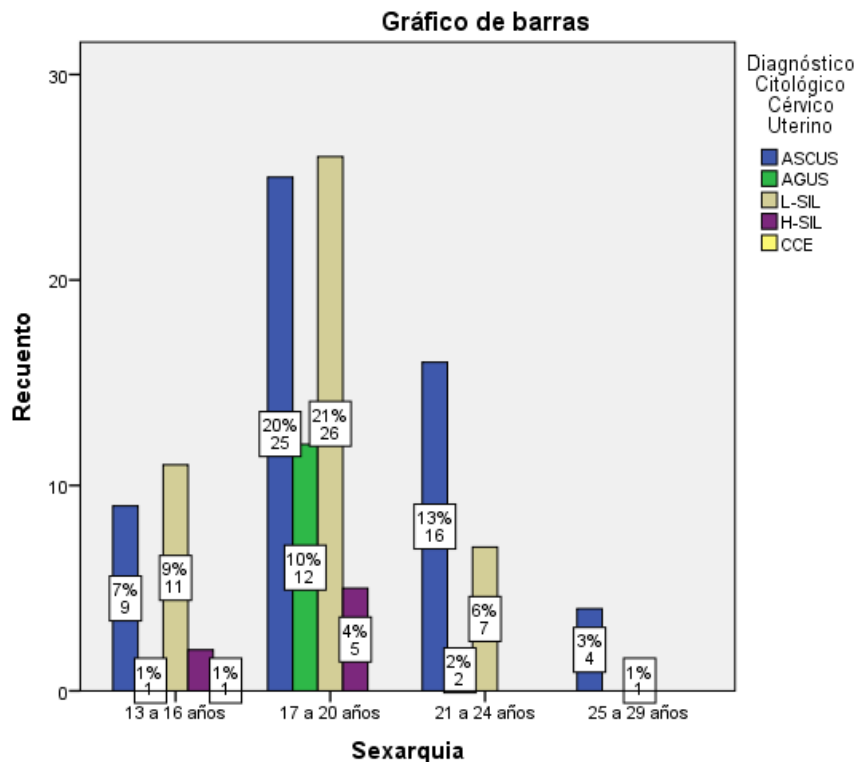
4.2 Tablas cruzadas

4.2.1 Sexarquia Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Tabla 08: Sexarquia*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

		Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino						
		ASCUS	AGUS	L-SIL	H-SIL	CCE	Total	
Sexarquia	13 a 16 años	Recuento	9	1	11	2	1	24
		% dentro de Sexarquia	37,5%	4,2%	45,8%	8,3%	4,2%	100,0%
	17 a 20 años	Recuento	25	12	26	5	0	68
		% dentro de Sexarquia	36,8%	17,6%	38,2%	7,4%	0,0%	100,0%
	21 a 24 años	Recuento	16	2	7	0	0	25
		% dentro de Sexarquia	64,0%	8,0%	28,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	25 a 29 años	Recuento	4	0	1	0	0	5
		% dentro de Sexarquia	80,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	54	15	45	7	1	122
		% dentro de Sexarquia	44,3%	12,3%	36,9%	5,7%	0,8%	100,0%

Figura 08:



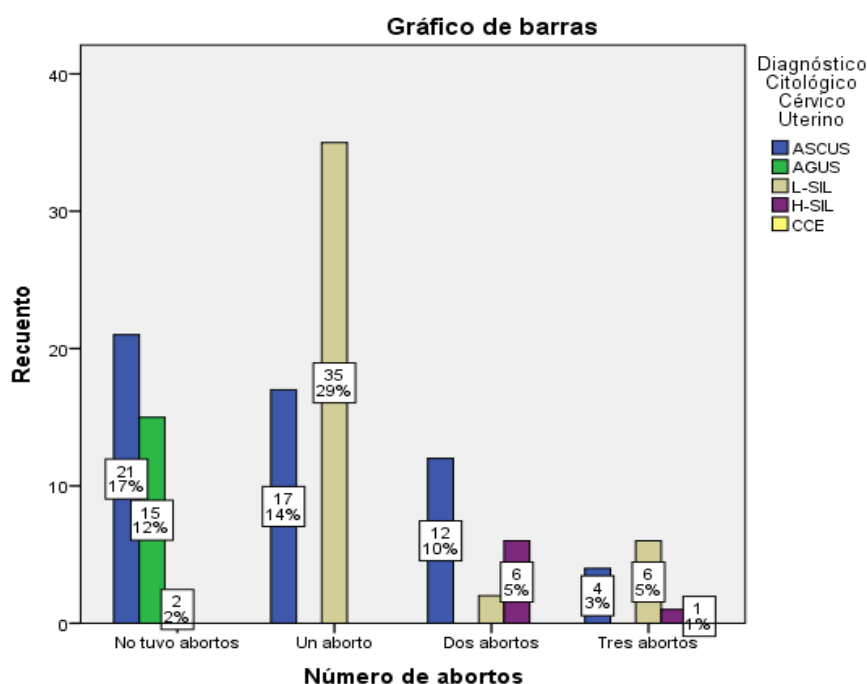
En la tabla 08 se muestra que el 38,2% de mujeres que iniciaron relaciones sexuales, son de 17 a 20 años e hicieron L-SIL, de igual forma este grupo de mujeres en un 36,8% hicieron ASCUS.

4.2.2 Número de abortos Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Tabla 09: Número de abortos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Número de abortos	Recuento	%	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino					Total
			ASCUS	AGUS	L-SIL	H-SIL	CCE	
No tuvo abortos	21	55,3%	15	2	0	0	38	
Un aborto	17	32,7%	0	35	0	0	52	
Dos abortos	12	60,0%	0	2	6	0	20	
Tres abortos	4	33,3%	0	6	1	1	12	
Total	54	44,3%	15	45	7	1	122	

Figura 09:



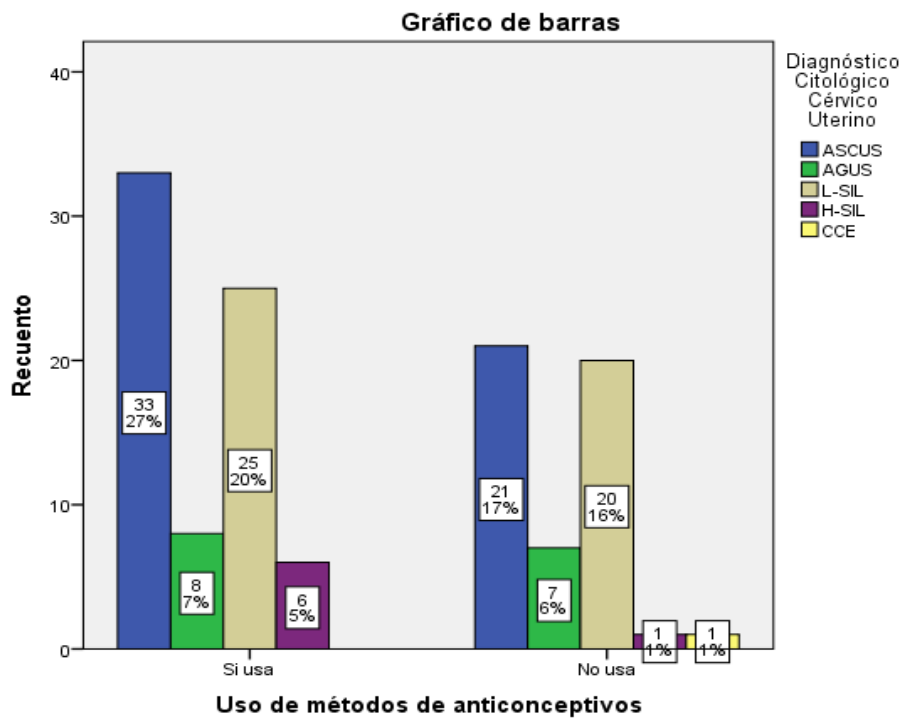
En la tabla 09: se muestra del total de mujeres, tuvieron un aborto en un 67.3% e hicieron L-SIL; además el 60% tuvieron dos abortos e hicieron ASCUS.

4.2.3 Uso de métodos de anticonceptivos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Tabla 10: Uso de métodos de anticonceptivos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

		Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino					Total	
		ASCUS	AGUS	L-SIL	H-SIL	CCE		
Uso de métodos de anticonceptivos	Si usa	Recuento	33	8	25	6	0	72
		% dentro de Uso de métodos de anticonceptivos	45,8%	11,1%	34,7%	8,3%	0,0%	100,0%
	No usa	Recuento	21	7	20	1	1	50
		% dentro de Uso de métodos de anticonceptivos	42,0%	14,0%	40,0%	2,0%	2,0%	100,0%
Total		Recuento	54	15	45	7	1	122
		% dentro de Uso de métodos de anticonceptivos	44,3%	12,3%	36,9%	5,7%	0,8%	100,0%

Figura 10:



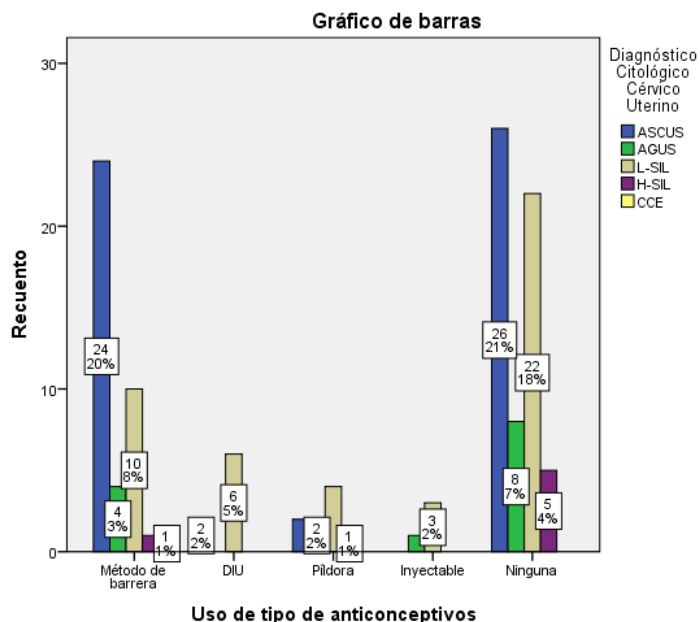
En la tabla 10: se muestra del total de mujeres, indican en un 45,8% que sí usan métodos anticonceptivos e hicieron ASCUS. Además el 42% de los que no usan métodos anticonceptivos hicieron ASCUS.

4.2.4 Uso de tipo de anticonceptivos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Tabla 11: Uso de tipo de anticonceptivos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

		Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino					Total	
		ASCUS	AGUS	L-SIL	H-SIL	CCE		
Uso de tipo de anticonceptivos	Método de barrera	Recuento	24	4	10	1	1	40
		% dentro de Uso de tipo de anticonceptivos	60,0%	10,0%	25,0%	2,5%	2,5%	100,0%
	DIU	Recuento	2	0	6	0	0	8
		% dentro de Uso de tipo de anticonceptivos	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Píldora	Recuento	2	2	4	1	0	9
		% dentro de Uso de tipo de anticonceptivos	22,2%	22,2%	44,4%	11,1%	0,0%	100,0%
	Inyectable	Recuento	0	1	3	0	0	4
		% dentro de Uso de tipo de anticonceptivos	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Ninguna	Recuento	26	8	22	5	0	61
		% dentro de Uso de tipo de anticonceptivos	42,6%	13,1%	36,1%	8,2%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	54	15	45	7	1	122	
	% dentro de Uso de tipo de anticonceptivos	44,3%	12,3%	36,9%	5,7%	0,8%	100,0%	

Figura 11:



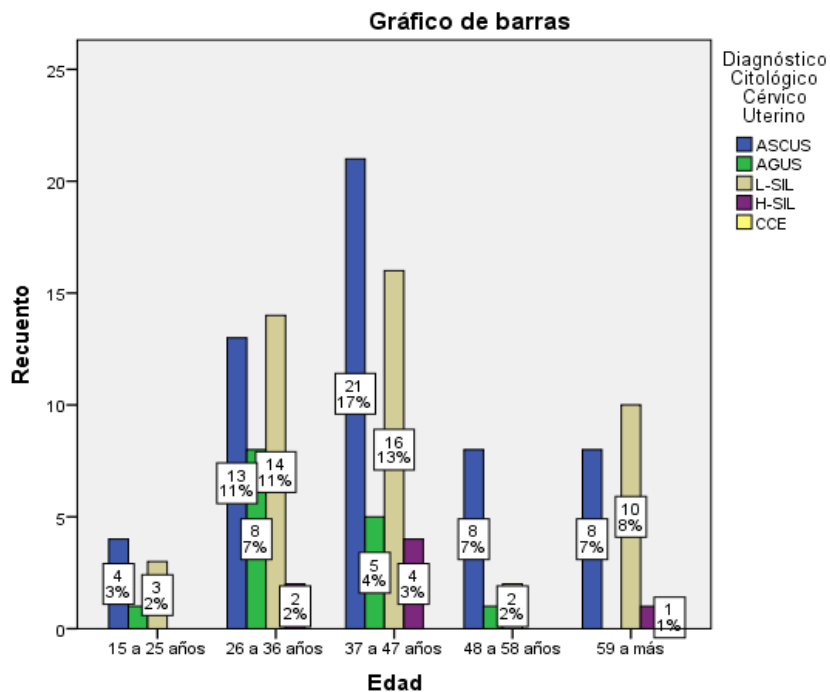
En la tabla 11: se muestra del total de mujeres, el 75% de los que usan el DIU y el inyectable, hacen L-SIL; además de los que usan método de barrera en un 60% hicieron ASCUS.

4.2.5 Edad*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Tabla 12: Edad*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

		Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino						
		ASCUS	AGUS	L-SIL	H-SIL	CCE	Total	
Edad	15 a 25 años	Recuento	4	1	3	0	0	8
		% dentro de Edad	50,0%	12,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%
26 a 36 años	Recuento	13	8	14	2	0	37	
	% dentro de Edad	35,1%	21,6%	37,8%	5,4%	0,0%	100,0%	
37 a 47 años	Recuento	21	5	16	4	0	46	
	% dentro de Edad	45,7%	10,9%	34,8%	8,7%	0,0%	100,0%	
48 a 58 años	Recuento	8	1	2	0	0	11	
	% dentro de Edad	72,7%	9,1%	18,2%	0,0%	0,0%	100,0%	
59 a más	Recuento	8	0	10	1	1	20	
	% dentro de Edad	40,0%	0,0%	50,0%	5,0%	5,0%	100,0%	
Total	Recuento	54	15	45	7	1	122	
	% dentro de Edad	44,3%	12,3%	36,9%	5,7%	0,8%	100,0%	

Figura 12:



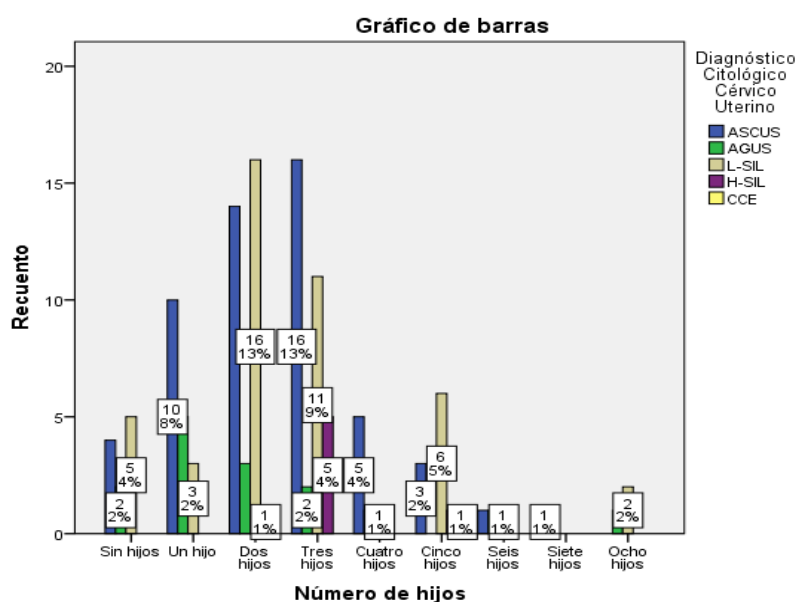
En la tabla 12: se muestra del total de mujeres el 72,7% de mujeres que tienen de 48 a 58 años, hicieron ASCUS; además el 50% de mujeres que tienen de 15 a 25 años hicieron ASCUS.

4.2.6 Número de hijos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

Tabla 13: Número de hijos*Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino tabulación cruzada

		Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino					Total	
		ASCUS	AGUS	L-SIL	H-SIL	CCE		
Número de hijos	Sin hijos	Recuento	4	2	5	0	0	11
	% dentro de Número de hijos	36,4%	18,2%	45,5%	0,0%	0,0%	100,0%	
Un hijo	Recuento	10	5	3	0	0	18	
	% dentro de Número de hijos	55,6%	27,8%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%	
Dos hijos	Recuento	14	3	16	1	0	34	
	% dentro de Número de hijos	41,2%	8,8%	47,1%	2,9%	0,0%	100,0%	
Tres hijos	Recuento	16	2	11	5	0	34	
	% dentro de Número de hijos	47,1%	5,9%	32,4%	14,7%	0,0%	100,0%	
Cuatro hijos	Recuento	5	1	1	0	0	7	
	% dentro de Número de hijos	71,4%	14,3%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
Cinco hijos	Recuento	3	0	6	1	1	11	
	% dentro de Número de hijos	27,3%	0,0%	54,5%	9,1%	9,1%	100,0%	
Seis hijos	Recuento	1	1	1	0	0	3	
	% dentro de Número de hijos	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%	
Siete hijos	Recuento	1	0	0	0	0	1	
	% dentro de Número de hijos	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
Ocho hijos	Recuento	0	1	2	0	0	3	
	% dentro de Número de hijos	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%	
Total	Recuento	54	15	45	7	1	122	
	% dentro de Número de hijos	44,3%	12,3%	36,9%	5,7%	0,8%	100,0%	

Figura 13:



En la tabla Nro. 13, el 71,4% de mujeres tuvieron cuatro hijos, e hicieron ASCUS, además se indica que el 66,7% de mujeres tuvieron ocho hijos e hicieron L-SIL.

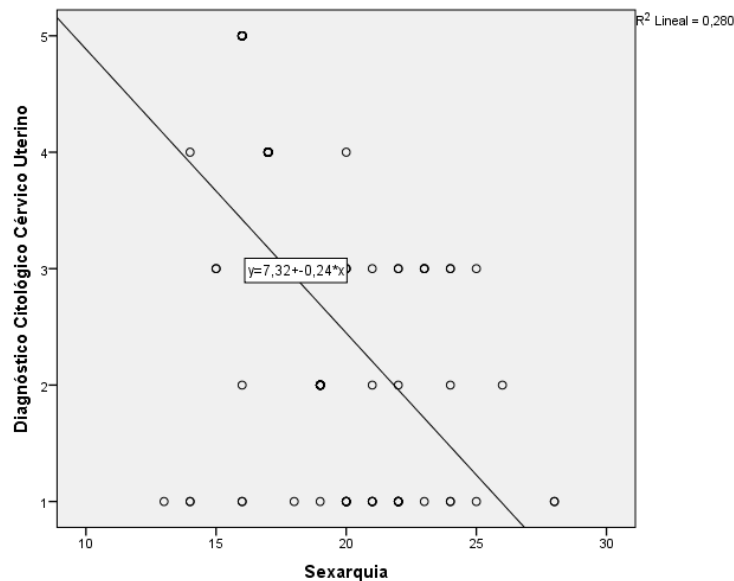
4.3 Resultados correlacionales

4.3.1 Correlación entre la Sexarquia y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

Tabla 14: Correlaciones entre Sexarquia y Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

		Sexarquia	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Sexarquia	Correlación de Pearson	1	-,529
	Sig. (bilateral)		,000
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado	Correlación de Pearson	-,529	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	122	122

Figura 14: Correlaciones entre Sexarquia y Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.



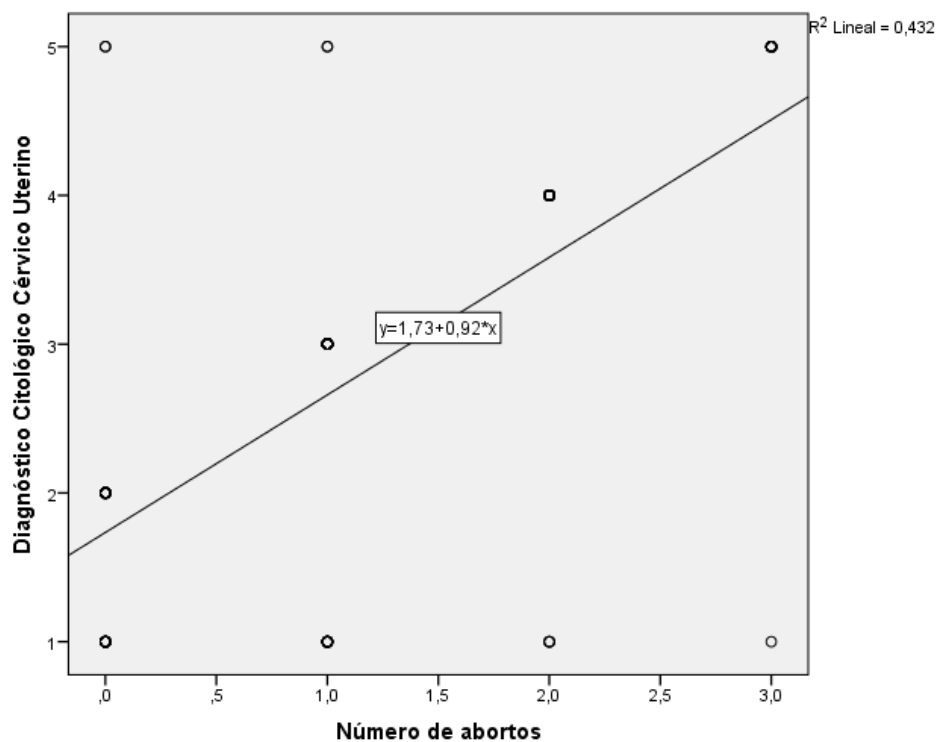
En la tabla 08 se muestra el nivel de correlación que existe entre la sexarquia y el diagnóstico citológico cérvico uterino. Al respecto se observa un valor de $-0,529$ y en la escala de Pearson significa correlación inversa moderada. Esto quiere decir que cuanto menos de edad es el inicio de relaciones sexuales, entonces más es la probabilidad de tener diagnóstico citológico cérvico uterino alterado.

4.3.2 Correlación entre número de abortos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

Tabla 15: Correlaciones número de abortos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

		Número de abortos	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Número de abortos	Correlación de Pearson	1	,657
	Sig. (bilateral)		,000
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	Correlación de Pearson	,657	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	122	122

Figura 15: Correlación entre número de abortos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.



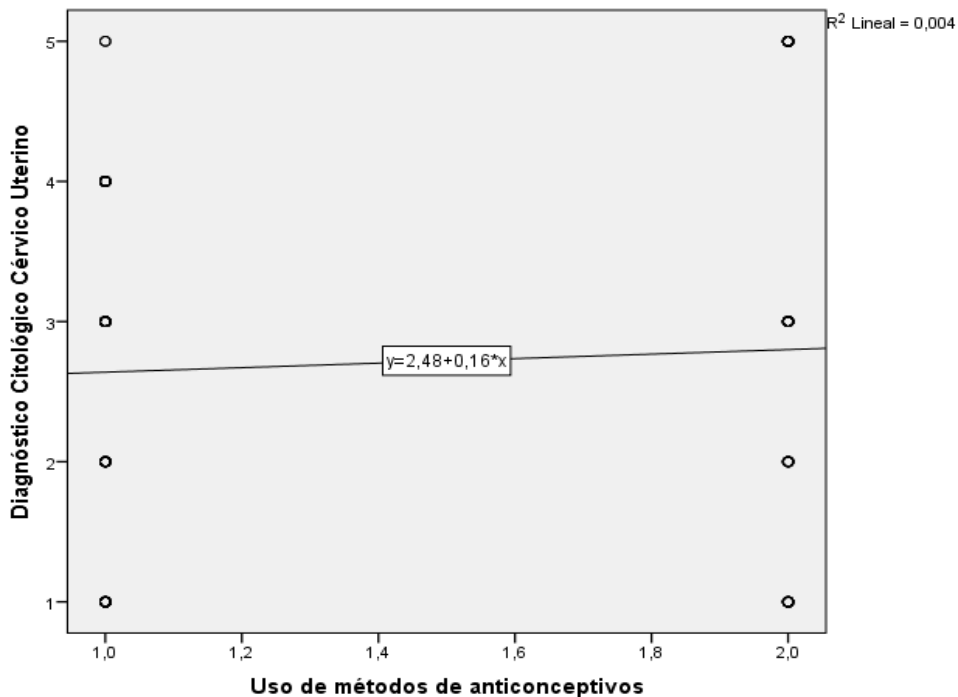
En la tabla 09 se muestra el nivel de correlación que existe entre el número de abortos y el diagnóstico citológico cérvico uterino. Al respecto se observa un valor de 0,657 y en la escala de Pearson significa correlación directa moderada. Esto quiere decir que cuanto mayor es el número de abortos en una mujer, mayor será la probabilidad de tener diagnóstico citológico cérvico uterino alterado.

4.3.3 Correlación entre uso de métodos de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

Tabla 16: Correlaciones entre uso de métodos de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

		Uso de métodos de anticonceptivos	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Uso de métodos de anticonceptivos	Correlación de Pearson	1	,060
	Sig. (bilateral)		,508
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	Correlación de Pearson	,060	1
	Sig. (bilateral)	,508	
	N	122	122

Figura 16: Correlación entre uso de métodos de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.



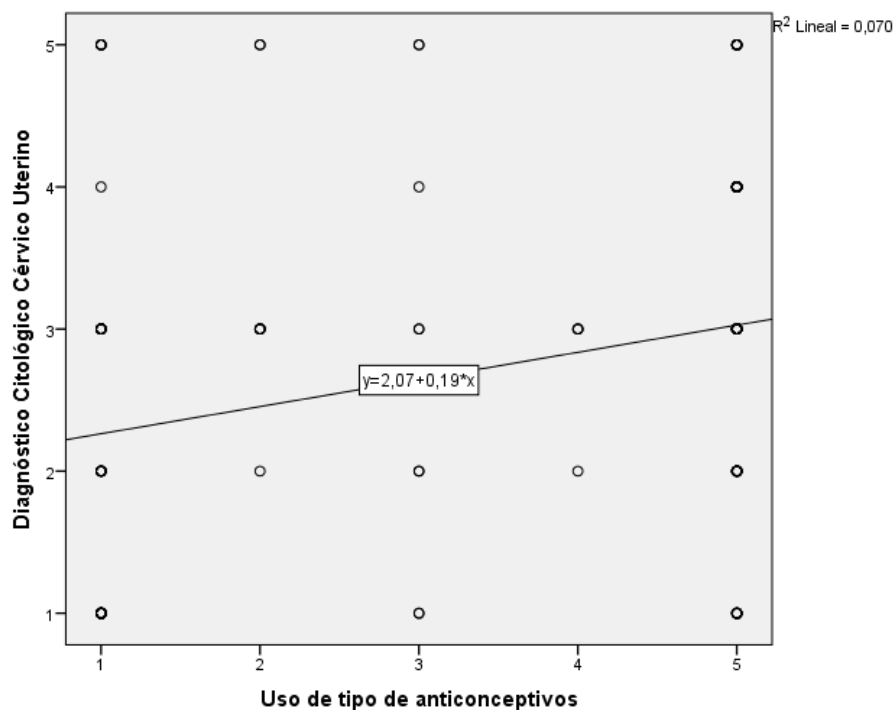
En la tabla 10 se muestra el nivel de correlación que existe entre el uso de métodos anticonceptivos y el diagnóstico citológico cérvico uterino. Al respecto se observa un valor de 0,060 y en la escala de Pearson significa correlación directa baja. Esto quiere decir que no es tan determinante el uso de métodos anticonceptivos para tener diagnóstico citológico cérvico uterino alterado.

4.3.4 Correlación entre uso de tipo de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado,

Tabla 17: Correlaciones entre uso de tipo de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

		Uso de tipo de anticonceptivos	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Uso de tipo de anticonceptivos	Correlación de Pearson	1	,265
	Sig. (bilateral)		,003
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	Correlación de Pearson	,265	1
	Sig. (bilateral)	,003	
	N	122	122

Figura 17: Correlaciones entre uso de tipo de anticonceptivos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.



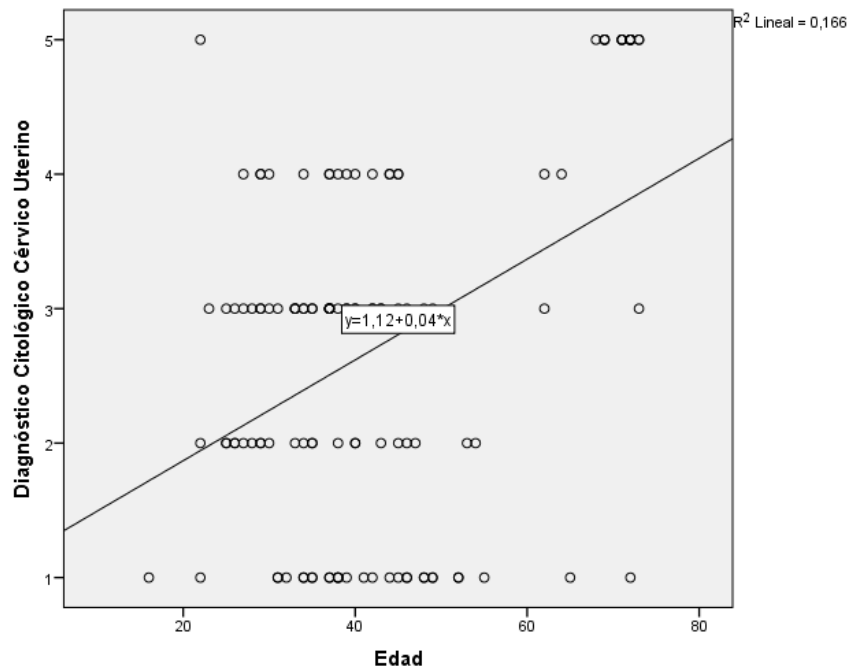
En la tabla 11 se muestra el nivel de correlación que existe entre el uso del tipo de anticonceptivos y el diagnóstico citológico cérvico uterino. Al respecto se observa un valor de 0,265 y en la escala de Pearson significa correlación directa baja. Esto quiere decir que no es tan determinante el uso de tipos de anticonceptivos para tener diagnóstico citológico cérvico uterino alterado.

4.3.5 Correlación entre la edad y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.

Tabla 18: Correlaciones entre la edad y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

		Edad	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Edad	Correlación de Pearson	1	,408
	Sig. (bilateral)		,000
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	Correlación de Pearson	,408**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	122	122

Figura 18: Correlaciones entre la edad y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino



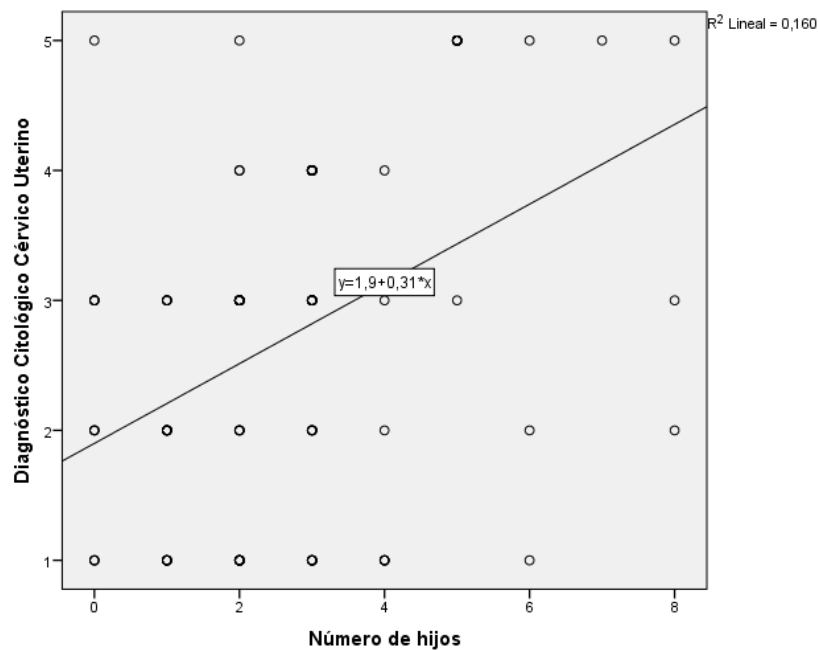
En la tabla 12 se muestra el nivel de correlación que existe entre la edad y el diagnóstico citológico cérvico uterino. Al respecto se observa un valor de 0,408 y en la escala de Pearson significa correlación directa moderada. Esto quiere decir que cuanto más años tiene la mujer, más será la probabilidad de tener diagnóstico citológico cérvico uterino alterado.

4.3.6 Correlación entre número de hijos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

Tabla 19: Correlaciones entre número de hijos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

		Número de hijos	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Número de hijos	Correlación de Pearson	1	,400
	Sig. (bilateral)		,000
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	Correlación de Pearson	,400**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	122	122

Figura 19: Correlaciones entre número de hijos y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado.



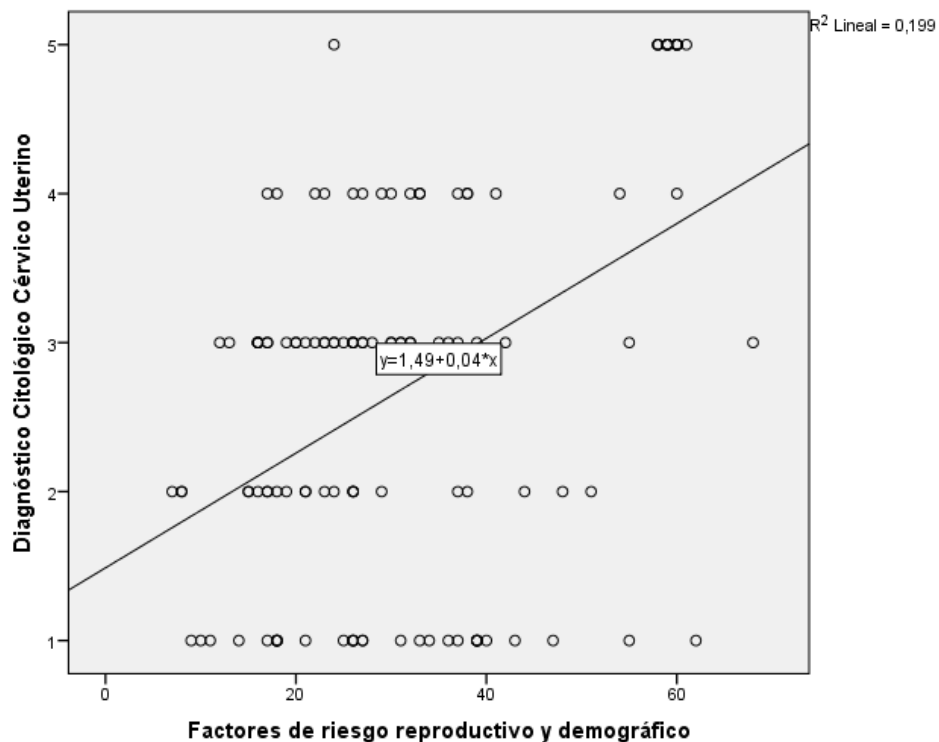
En la tabla 13 se muestra el nivel de correlación que existe entre el número de hijos que tiene una mujer y el diagnóstico citológico cérvico uterino alterado. Al respecto se observa un valor de 0,400 y en la escala de Pearson significa correlación directa moderada. Esto quiere decir que cuanto más hijos tiene la mujer, más será la probabilidad de tener diagnóstico citológico cérvico uterino.

4.3.7 Correlación entre factores de riesgo reproductivo y demográfico y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

Tabla 20: Correlaciones entre factores de riesgo reproductivo y demográfico y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino

		Factores de riesgo reproductivo y demográfico	Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino
Factores de riesgo reproductivo y demográfico	Correlación de Pearson	1	,446
	Sig. (bilateral)		,000
	N	122	122
Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino	Correlación de Pearson	,446	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	122	122

Figura 21: Correlaciones entre factores de riesgo reproductivo y demográfico y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino



En la tabla 14 se muestra el nivel de correlación que existe entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico con el diagnóstico citológico cérvico uterino alterado. Al respecto se observa un valor de 0,446 y en la escala de Pearson significa correlación directa moderada. Esto quiere decir que cuanto mayor son los factores de riesgo reproductivo y demográfico, más será la probabilidad de tener diagnóstico citológico cérvico uterino alterado.

4.4 Contraste de hipótesis

Hipótesis general

H: Existe relación directa entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervico uterino alterado, atendidas en el Hospital II de ESSALUD, Abancay – enero a junio de 2016.

Ho: Existe relación directa entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervico uterino alterado, atendidas en el Hospital II de ESSALUD, Abancay – enero a junio de 2016.

Correlación de Pearson	1	,446
Sig. (bilateral)		,000

El valor de significancia que se muestra es 0,000 menor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis de la investigación

Hipótesis específicas

- **H:** Existe relación significativa entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.
- **Ho:** No existe relación significativa entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Correlación de Pearson	1	-,529
Sig. (bilateral)		,000

El valor de significancia que se muestra es 0,000 menor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis de la investigación

- **H:** Existe relación significativa entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Ho: No existe relación significativa entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Correlación de Pearson	1	,657
Sig. (bilateral)		,000

El valor de significancia que se muestra es 0,000 menor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis de la investigación

- **H:** Existe relación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Ho: No existe relación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Correlación de Pearson	1	,060
Sig. (bilateral)		,508

El valor de significancia que se muestra es 0,508 mayor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis nula de la investigación

- **H:** Existe relación significativa entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Ho: No existe relación significativa entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Correlación de Pearson	1	,265
Sig. (bilateral)		,003

El valor de significancia que se muestra es 0,003 menor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis de la investigación

- **H:** Existe relación significativa entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Ho: No existe relación significativa entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Correlación de Pearson	1	,408
Sig. (bilateral)		,000

El valor de significancia que se muestra es 0,000 menor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis de la investigación

- **H:** Existe relación significativa entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Ho: Existe relación significativa entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.

Correlación de Pearson	1	,400
Sig. (bilateral)		,000

El valor de significancia que se muestra es 0,000 menor al 0,05 margen de error, lo que nos permite aceptar la hipótesis de la investigación

4.2. Discusión de los resultados

Las neoformaciones intraepiteliales cervicales se presentan 10 a 15 años antes de la mayor frecuencia del cáncer invasor, de ahí la importancia de identificar las anomalías pre invasivas que progresarán a cáncer. Aproximadamente el 1% de las displasias leves y el 5 – 15% de las displasias graves en tres a cinco años progresarán a cáncer invasor (41)

Los resultados del presente estudio indican que el 36.9% presenta L-SIL, el 8.2% H-SIL difieren con los de **Barrios García Lía** (12) quien reporta el 78% para SIL de bajo grado y el 22% SIL de alto grado. Probablemente esto se deba a la clasificación que hace **Barrios** ya que a su muestra solo los clasifica en L-SIL o H-SIL sin considerar ASCUS ni CCE; sin embargo son semejantes a los encontrados por **Tamayo Acevedo** (13) quien reporta una prevalencia de SIL de 13,3%. El 53,8% fueron ASCUS, el 42,3 SIL de bajo grado y el 3,9 SIL de alto grado. También coinciden por los reportados por **Magallanes Castilla** en su estudio Factores de riesgo reproductivo de mujeres con Citología Cérvico Uterina Alterada, Hospital Regional de Loreto (19), donde encontró que el 53.8% presentaban células atípicas escamosas de significado indeterminado (ASCUS) y un 35.7% SIL de Bajo Grado, el 8.8% SIL de Alto Grado) y solo el 1.6% presentaron CCE.

Los tipos de PVH de alto riesgo incrementan el riesgo de evolución de las alteraciones citológicas desde ASCUS a SIL de alto grado. Sin embargo, un alto porcentaje de estas lesiones tienden a regresar, y en menor proporción prospera a cáncer. (13)

En cuanto a los factores de riesgo demográficos y reproductivos debemos indicar que todos los autores los han estudiado en forma separada, es decir primero identifican solo los factores determinando su frecuencia y posterior a ello describen la citología cérvicouterina alterada; en nuestro trabajo es diferente en cuanto identificamos la frecuencia de los factores y determinamos las alteraciones citológicas cérvicouterinas por cada factor, sin embargo debemos indicar que los factores reproductivos y demográficos con muchos trabajos coincidimos y con otros no existe

coincidencia, esto seguramente se deba a la idiosincrasia, formas de vida que se puedan desarrollar en cada uno de esos lugares y o poblaciones donde se sacaron las muestras, lo importante es poder desarrollar la relación con la presencia de SIL o no.

Así encontramos el trabajo de **Lazo Piña** (15) el cual es semejante al nuestro en cuanto a los factores tanto reproductivos como demográficos, pero difiere en cuanto a la presencia de alteraciones citológicas a saber: En cuanto a la edad, el 37,7% de la población tenía entre 37 a 47 años, el 55,7% tenían un inicio de relaciones sexuales entre los 17 a 20 años, el 34% tenían de 2 a 3 partos, el 72% hicieron uso de algún método anticonceptivo, el anticonceptivo más empleado es el de barrera con 32,8%, el segundo más utilizado es la píldora con 7,4%, el DIU y el inyectable solo con un 6,6% y 3,3%.

También se debe precisar que el 44,3% tienen ASCUS, el 36,9% tiene L-SIL, el 12,3% tiene AGUS y el 5,7% tiene H.SIL.

Existe diferencias también con **Barrios** (12), 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años, 22% usa anticonceptivos hormonales y 38% no utiliza métodos de planificación familiar; en nuestro trabajo inician su vida sexual a partir de los 19 años (por lo menos así lo refieren); así mismo en cuanto a los métodos anticonceptivos lo más frecuente es que no refieren en nuestro trabajo y de los que refieren es el DIU. Resultados semejantes encontraron **Mangolé** (16) y **Rivera** (14).

Lazo Piña (15) La relación entre las variables de estudio (citología alterada cérvico uterina con factores de riesgo) de Chi-cuadrado (X^2) y de Pearson es de (0.078), lo que indica que Si $p > 0,05$ el resultado no es significativo lo cual concluye que no existe relación entre ambas variables, igual al nuestro. **Valderrama** (18) encontró que la edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística; muy diferentes resultados halló **Magallanes** (19) e indica que si existe relación estadísticamente significativa entre la edad y la citología cérvicouterina alterada. **Lazo Piña** (15) llega a la conclusión que

si existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas, estos dos últimos trabajos difieren del nuestro ya que nuestros resultados indican que no existe relación entre la citología Cérvicouterina con los factores de riesgo reproductivo y demográfico.

Al respecto podemos indicar que esto se debe a que los factores de riesgo no actúan de la misma forma en los diferentes grupos poblacionales, por lo que para determinada población representa un riesgo de elevada incidencia, para otra no es significativo. (19)

Al considerar los factores de riesgo, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden modificar o evitar, como son: la precocidad sexual, asumir conductas sexuales promiscuas que provocan infección por el virus del papiloma humano y el hábito de fumar, en vez de los que no se pueden, como por ejemplo: la edad. Sin embargo, el conocimiento de los factores de riesgo que no se pueden modificar sigue siendo relevante porque puede ayudar a sensibilizar a las mujeres que los presentan, acerca de la importancia de la citología vaginal para la detección temprana del cáncer cervico uterino. (19). En nuestra investigación si se ha determinado un nivel de correlación moderada entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino Alterado con un coeficiente de 0,446.

CONCLUSIONES

- Existe relación significativa entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidos en el hospital II de ESSALUD de Abancay. El valor obtenido es de 0,446, esto significa correlación moderada.
- Existe correlación significativa inversa entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino alterado en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay. El valor obtenido es de -0,529 y representa a una correlación inversa moderada.
- Existe relación entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay. El valor obtenido es de 0,657; lo que significa correlación moderada.
- No existe relación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay. El valor obtenido es de 0,060 y representa a una débil o baja correlación y que no determinante.
- La relación entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay, es muy bajo; el valor es de 0,265 y nos indica que no es tan influyente el uso de tipos de anticonceptivos.
- Existe relación significativa entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay. El valor obtenido es de 0,408 y corresponde a una correlación directa moderada.

- Existe correlación significativa entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay. El valor obtenido es de 0,400.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar acciones de salud dirigidas a sensibilizar a la población femenina acerca de la importancia de realizarse la prueba citológica y la divulgación por los medios masivos de comunicación.
- Incrementar la toma de citología cervical para una detección precoz.
- Los pacientes que tuvieran resultados positivos no sean remitidos o transferidos al Cusco, por lo que deberá de entrar en funcionamiento el equipo de colposcopia lo más pronto posible.
- Es necesario realizar investigaciones en sistemas de salud para evaluar la calidad y el costo beneficio de los esquemas de detección oportuna de cáncer cervicouterino.
- Realizar campañas de vacunación profilácticas contra determinados tipos de virus del papiloma humano, en la población femenina en edades prepúberes y adolescentes.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Pinilla E, Uribe J, González G. Cáncer de cérvix IB. Análisis de 110 casos. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005; 13.
2. Waxman A. Guidelines for cervical cancer screening: history and scientific rationale. ClinObstet Gynecol. 2005; 9.
3. Borrero M. Actualización en citología cervicovaginal. In XI Curso de Actualización en Obstetricia y Ginecología; 2003.
4. Lazcano E. Recommendations for cervical cancer screening programs in developing countries. The need for equity and technological development. SaludPublica Mexico. 2003; 2.
5. Odunsi K, Ganesan T. The roles of the human major histocompatibility complex and human papillomavirus infection in cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer. ClinOncol (R CollRa-diol). 1997; 18.
6. WHO. Symposium American Causes and Prevention Cancer. Epidemiologia de Cáncer del cuello uterino. Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health (RPSP/PAJPH) Special issue on international health. 2009;(Disponible en: <http://new.paho.org/journal> GLobocan database).
7. Dirección Seccional de Salud de Atlántico. Registro poblacional de cáncer. 2011..
8. Salud en RPP. Grupo RPP. S.A.C. [Online].; 2011. Available from: <http://radio.rpp.com.pe/saludenrpp/el-cancer-de-cuello-uterino-salvemos-vida/>.
9. Gutierrez C, Alarcon E. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cancerginecologico. An. fac. med. 2008 Diciembre; 69(4).
10. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino.Estadística: perfil epidemiológico Lima: INEN. [Online].; 2011. Available from: <http://www.inen.sld.pe/po>.
11. Valencia M, Tamayo L, Salas W, Restrepo Zea J, Mejía A. Access to Cervical Cytology in Medellín, Colombia. Rev. Esp. Salud. 2007; 8(6).

12. Barrios GL, Lecompte Osorio PA. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intra epiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena. *Revistas Biomédicas*. 2016; 2: p. LeonesCastillo Rodolfo Alberto, López Custode Francisco Rafael.
13. Tamayo Acevedo ,LS, Villegas A, Ibeth López M, Agudelo C, Arrubla M. Presencia de lie en mujeres escolares menores de 20 años, Medellín. *Revista Colombiana de Cancerología - Grupo o dependencia: Salud Sexual y Cáncer*. 2013 Diciembre; 17(4).
14. Rivera Rúa BE, Quintero Tobon JA. Prevalencia de las lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente existencial (trabajo de Pregrado) Universidad de Antioquia, Medellín. 2006.
15. Lazo Piña EF, Aguilar Flores FL. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011 Tarapoto: Universidad Nacional De San Martin ; 2012.
16. Mengolé Amaya ,P, Mengolé Amaya T. Diagnostico citológico cérvico-vaginal por el sistema Bethesda en Hospital “José Agurto Tello” de Chosica. Clínico CPTEL, editor. Chosica: Instituto De Educación Superior Tecnológico Privado Daniel A. Carrión Carrera Profesional Técnica En Laboratorio Clínico; 2011.
17. Borja Velezmoro GA, Franco Villafuerte D. Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres de obreros de construcción civil vs mujeres control en la posta medica “construcción civil” ESSALUD de junio a setiembre de 2000 Medica ET, editor. Lima, Perú: UNMSM, facultad de medicina,; 2000.
18. Valderrama C, Campos F, Cárcamo C, García PJ. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2007.
19. Magallanes Castilla J, Vásquez Vásquez ,J, Camacho Flores B, Villanueva Benites M, Reyes Dávila J, Núñez Román A, et al. Factores de riesgo reproductivo de mujeres con Citología Cérvico Uterina Alterada, Hospital Regional de Loreto Humana FdM, editor. Loreto, Perú: Universidad: Nacional de la Amazonía Peruana ; 2009.

20. Rouvière H, Delmas A. Anatomía Humana descriptiva, topográfica y funcional. 10th ed. Paris: Masson; 1999.
21. Cardina LH, Díaz LB, Vighi S, Gómez Rueda N. Anatomía, citología e histología del cuello uterino, la vagina y la vulva normales. 2016..
22. Geneser F. Histología. 3rd ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2003.
23. Kurman R. Blaustein's Pathology of the female genital tract. 3rd ed. New York: Springer-Verlag; 2002.
24. Kurman R, Norris H, Wilkinson E. Tumors of the Cervix, Vagina and Vulva. Atlas of Tumor Pathology Washington, 1992: Armed Forces Institute of Pathology; 1992.
25. Cortés-Bordoy J, Fernández-Marcos A, Bogdanovic-Guillon A, Philip D. Asociación Europea de Cáncer de Cuello de Útero; 2006.
26. VIVAS M. División de Enfermedades No-transmisibles/programa de cáncer cervical uterino de la OPS/OMS." s.a..
27. Collage of American Pathologists. Conference XXX June 6-9.. 1997. Arch Pathol Lab Med.
28. World health organization. who global infobase. [Online].; 2010. Available from: <https://www.who.int/infobase/report.aspx>.
29. Restrepo Zea J, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Access to Cervical Cytology in Medellín, Colombia. Rev. Esp. Salud. 2007; 81(6).
30. Seguro social de salud – ESSALUD. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. 2012. Gerencia central de prestaciones de salud, Lima Perú.
31. Hart K, Williams O, Thelwell N, Fiander A, Brown T, Borysiewicz L. Novel method for detection, typing and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. J ClinMicrobio. 2001; 39.
32. Schlecht N, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura R. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. JAMA. 2001.
33. Meijer C, Snijders P, Van den Burle A. Screening for cervical cancer: should we test for infection with high-risk HPV? CMAJ. 2000.

34. Castañeda-Iñiguez M, Toledo-Cisneros R, Aguilera-Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública México. 1998.
35. Bosch F, Lorincz A, Muñoz N, Meijer C, Shah K. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J ClinPathol. 2002.
36. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr/ia/World/atlas.html>. [Online].; 2014 [cited 2016 agosto 04].
37. OMS. Programas de Detección del Cáncer Cervicouterino: Directrices de gestión. 1993. Ginebra.
38. Pontes CM. Normas e Instrucciones para la obtención de material Cérvico Uterina, No 638. 1998. O. P. S..
39. OPS. Cáncer de Cuello Uterino. 1996. Boletín de la OPS, Vol. 30, N° 4, Diciembre.
40. Solomon D, Nayar R. El Sistema Bethesda para Informar la Citología Cervical. Primera ed. Argentina: Ediciones Journal; 2004.
41. Cabezas E. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino en edades extremas. Rev. Cubana Obstetricia Ginecológica. 2000; 26(3).
42. Morales León JF, Ávila Ramírez D. Correlación cito-histológica en el diagnóstico de las lesiones intraepiteliales epidermoide (LIE) cervicouterinas Hospital José Carrasco Arteaga 2011 Cuenca – Ecuador : Universidad Del Azuay ; 2012.
43. WHO. Symposium American Causes and Prevention Cancer. Epidemiologia de Cáncer del cuello uterino. 1988..

ANEXOS

Anexo 01

“RELACION ENTRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y DEOGRAFICO CON DIAGNOSTICO CITOLOGICO CERVICO UTERINO ALTERADO, EN MUJERES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II DE ESSALUD, ABANCAY - ENERO A JUNIO DE 2016”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	METODOLOGÍA	ESTADÍSTICA	
¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	Determinar la relación entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	Existe relación directa entre los factores de riesgo reproductivo y demográfico en mujeres con diagnóstico citológico cervicouterino alterado en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD, Abancay – enero a junio de 2016.	VI: factores de riesgo reproductivo y demográfico	CARÁCTER REPRODUCTIVO	EDAD	Tipo de investigación: Prosspectiva, transversal y observacional. Diseño de investigación: no experimental Población: La población estuvo formada por 122 mujeres con citología cervical alterada atendidas en el Servicio de Ginecología del Hospital II de ESSALUD, Abancay en el periodo de enero a junio de 2016. Muestra: La muestra la constituyeron las 122 mujeres (100% de la población). Técnicas: La Observación y el Análisis de laboratorio Instrumentos: Ficha de recolección de información o historia clínica.	Estadística descriptiva: Tabla de distribución de frecuencias. Chi-cuadrado, Medidas simétricas y Correlación de Pearson.	
					NUMERO DE HIJOS			
PROBLEMA ESPECÍFICO	OBJETIVO ESPECÍFICO	HIPOTESIS ESPECÍFICO		VD: ALTERACION CELULAR	CARÁCTER DEMOGRAFICO			SEXARQUIA
1.- ¿Qué relación existe entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	1. identificar la relación que existe entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay'.	1.- Existe relación significativa entre la Sexarquia con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres, atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.						NUMERO DE ABORTOS
2.- ¿Qué relación existe entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	2.- Identificar la relación que existe entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	2.- Existe relación significativa entre el número de abortos que tuvieron las mujeres con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay	USO DE METODO ANTICONCEPTIVO					
			TIPO DE ANTICONCEPTIVO					
			ASCUS		ALTERACION NUCLEAR			
3.- ¿Qué relación existe entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	3.- Identificar la relación que existe entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	3.- Existe relación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	AGUS		ALTERACION NUCLEAR			
4.- ¿Qué relación existe entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	4.- Identificar la relación que existe entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	4.- Existe relación significativa entre el uso de tipos de anticonceptivos con el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	L-SIL	ALTERACION NUCLEAR				
5.- ¿Qué relación existe entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	5.- Identificar la relación que existe entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	5.- Existe relación significativa entre la edad que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	H-SIL	ALTERACION NUCLEAR				
6.- ¿Qué relación existe entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay?	6.- identificar la relación que existe entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay.	6.- Existe relación significativa entre el número de hijos que tiene una mujer y el Diagnóstico Citológico Cérvico Uterino en mujeres atendidas en el Hospital II de ESSALUD de Abancay	CCE	ALTERACION NUCLEAR				



Anexo 02

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**“RELACIÓN ENTRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y
DEMOGRÁFICO CON DIAGNOSTICO CITOLÓGICO CERVICO UTERINO
ALTERADO, EN MUJERES, ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II DE ESSALUD,
ABANCAY – ENERO A JUNIO DE 2016”**

Historia Clínica:.....

Nro. De Ficha:.....

FACTORES DEMOGRAFICOS

Edad -----

Número de hijos -----

FACTORES REPRODUCTIVOS

Edad de inicio de relaciones sexuales _____

Número de abortos -----

Uso de método anticonceptivo SI: NO:

Tipo de anticonceptivo -----

REALIZACIÓN DE CITOLOGÍA: SI: NO:

RESULTADOS: NORMAL: _____ PATOLOGICO: _____

ANEXOS

Anexo 03 Galería de fotos

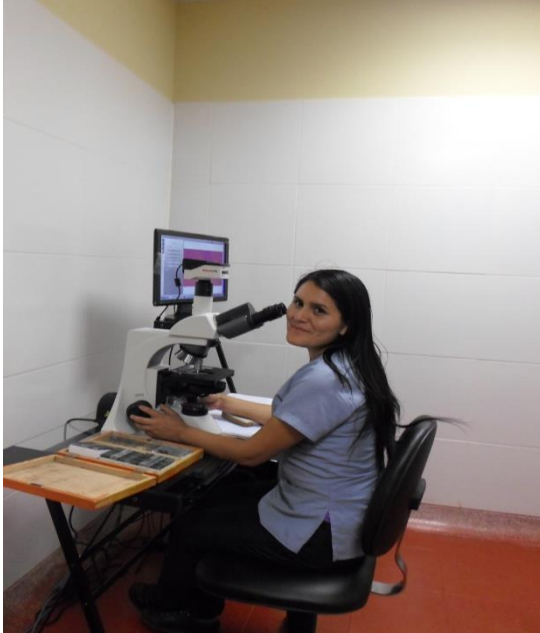


Foto 01

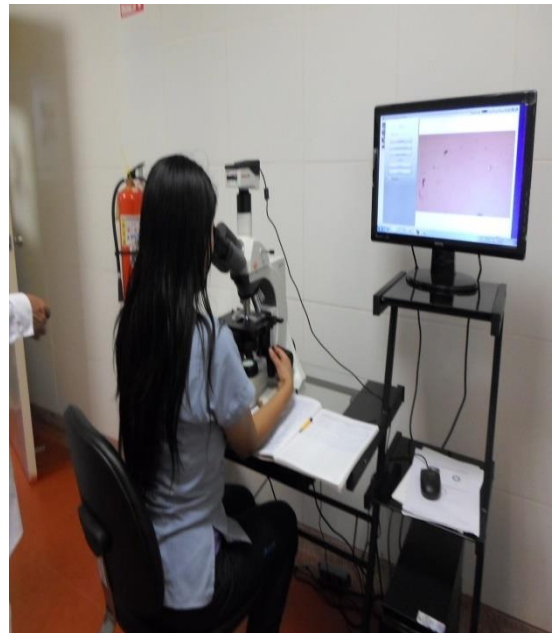


Foto 02

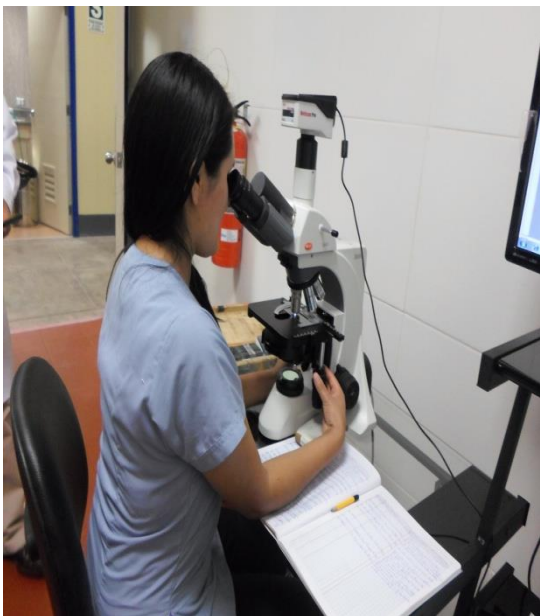


Foto 03

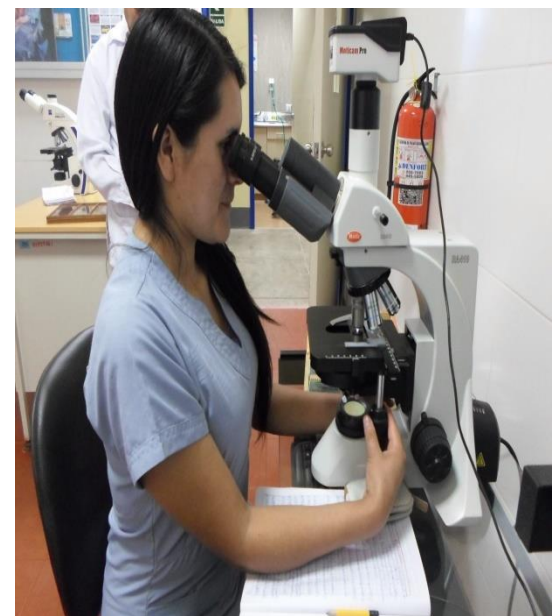


Foto 04

Fotos 1, 2, 3 y 4: Dando lectura a las muestras según sistema Bethesda.

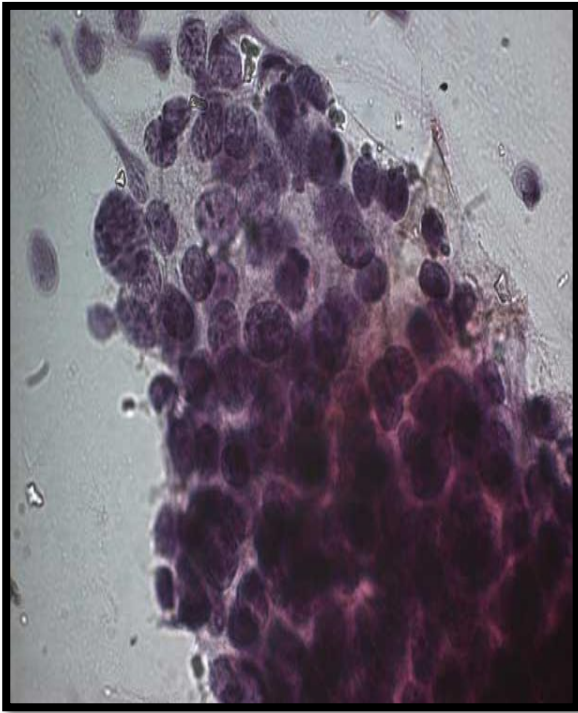


Foto 05: AGUS



Foto 06: AGUS

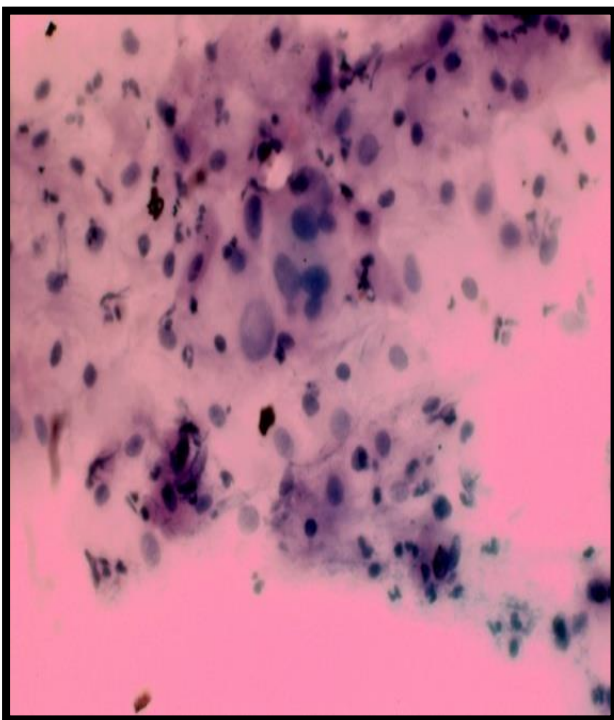


Foto 07: ASCUS

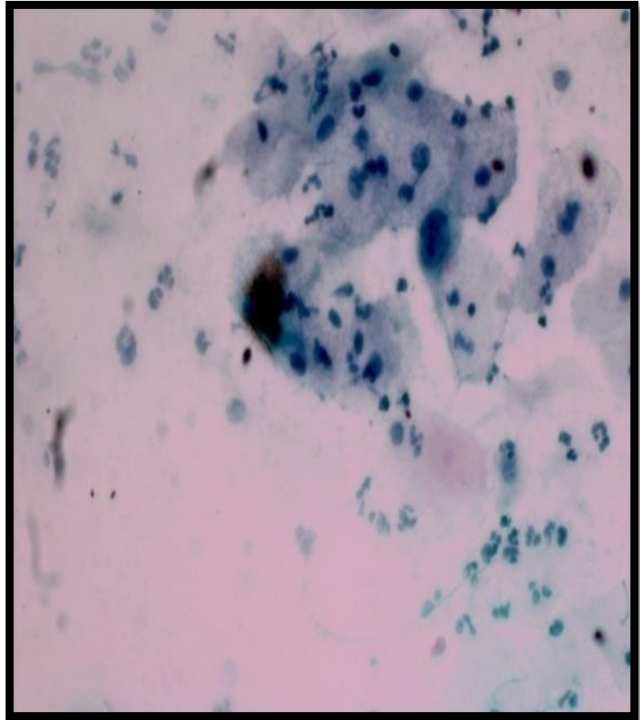


Foto 08: ACUS

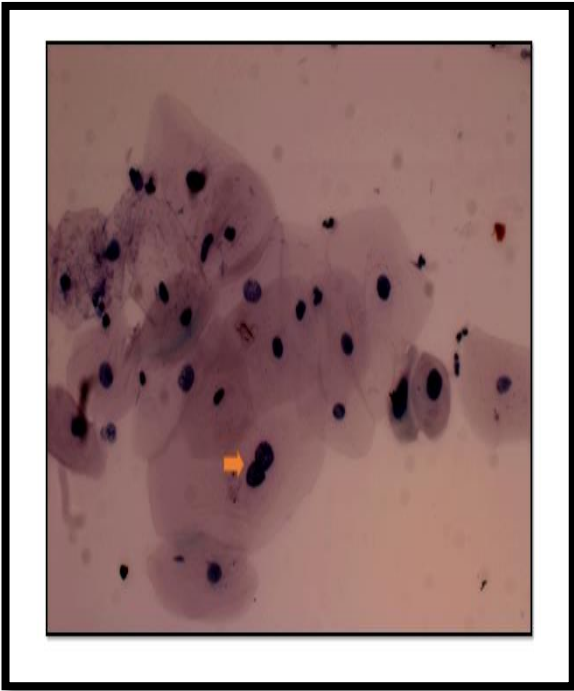


Foto 09: ASCUS

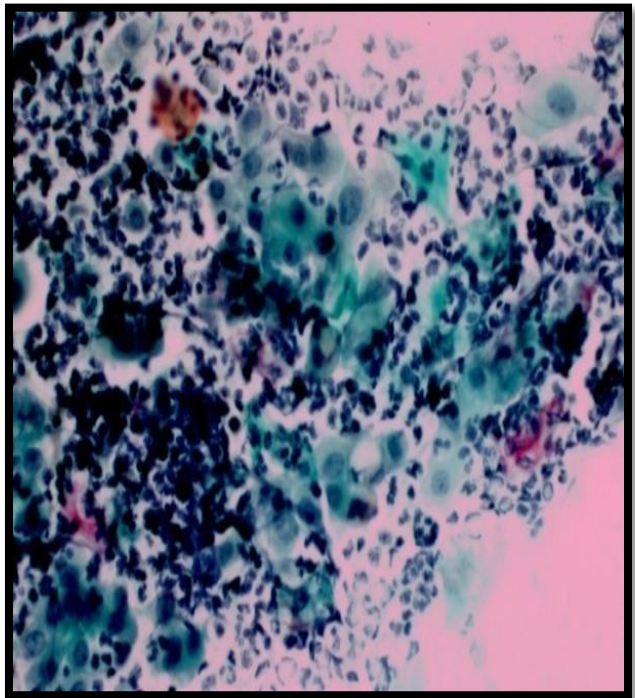


Foto 10: ASCUS

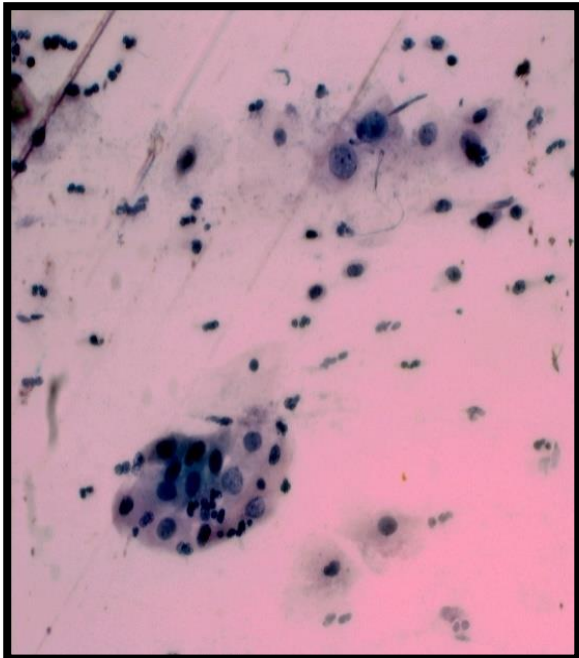


Foto 11: L-SIL

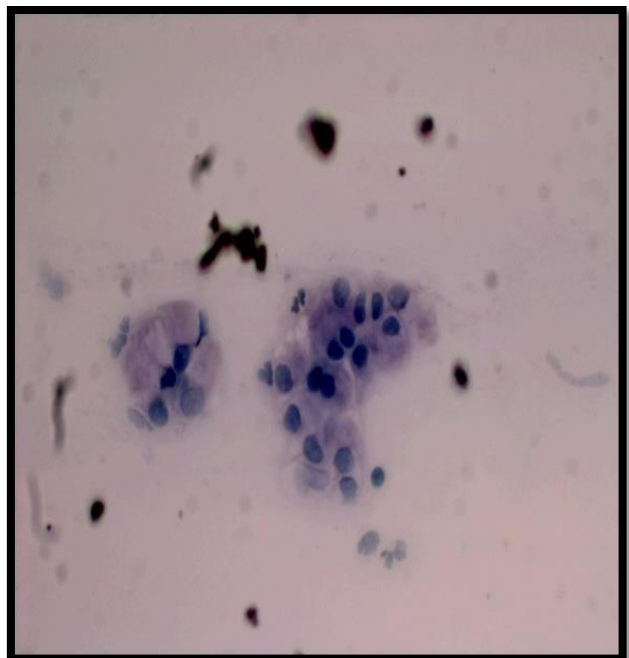


Foto 12: L-SIL

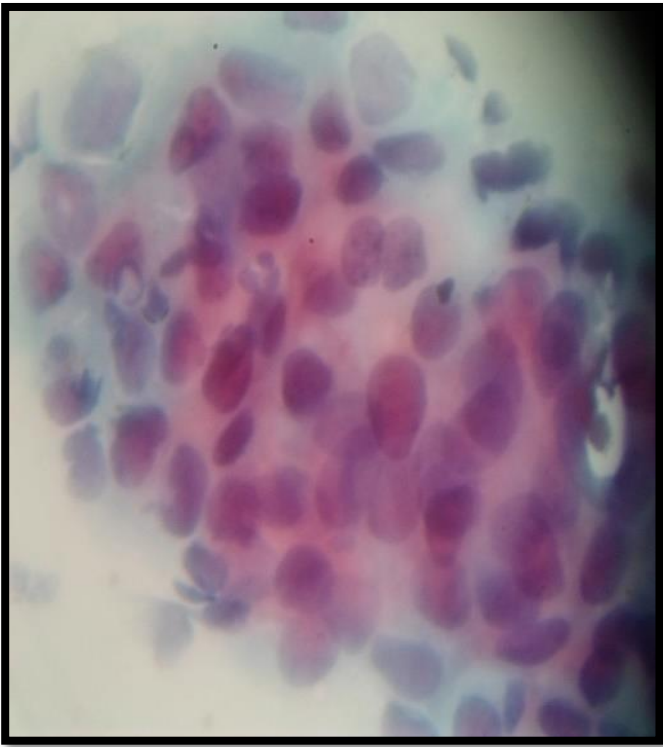


Foto 13: H-SIL

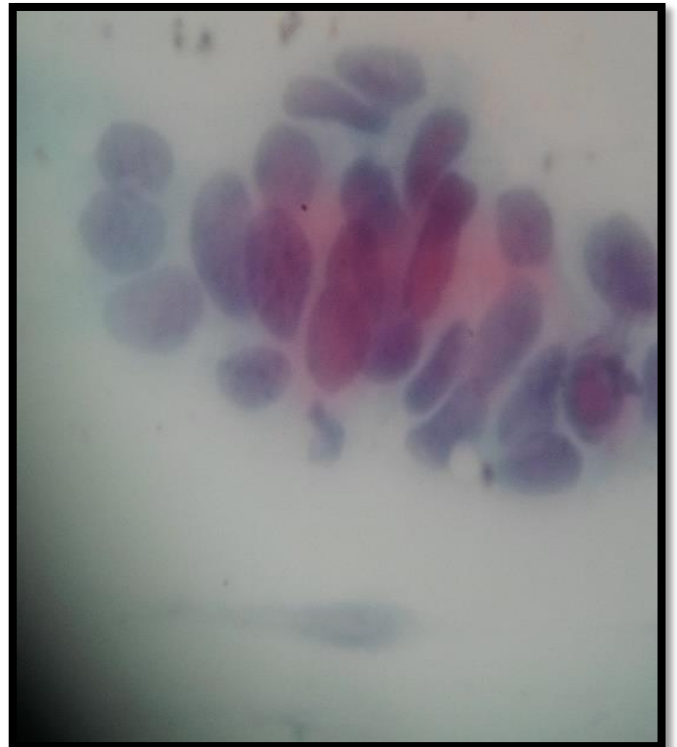


Foto 14: H-SIL

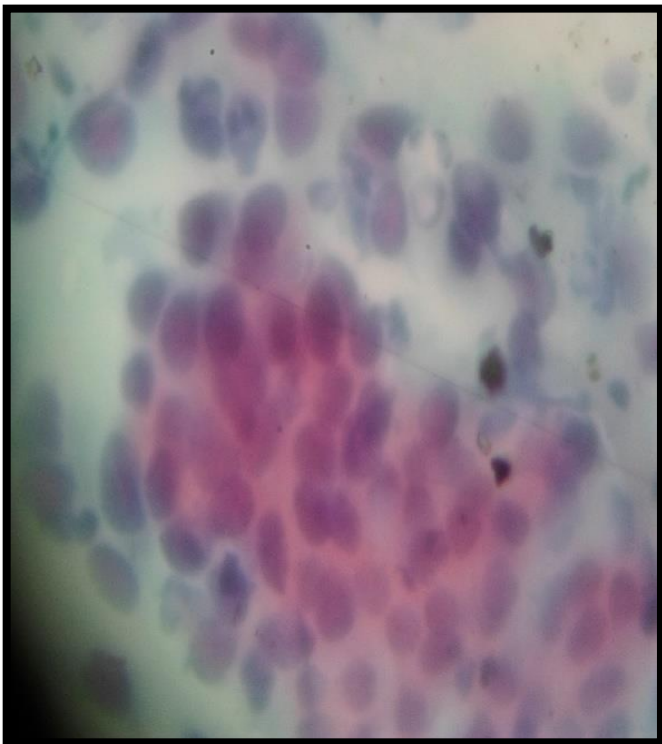


Foto 15: H-SIL

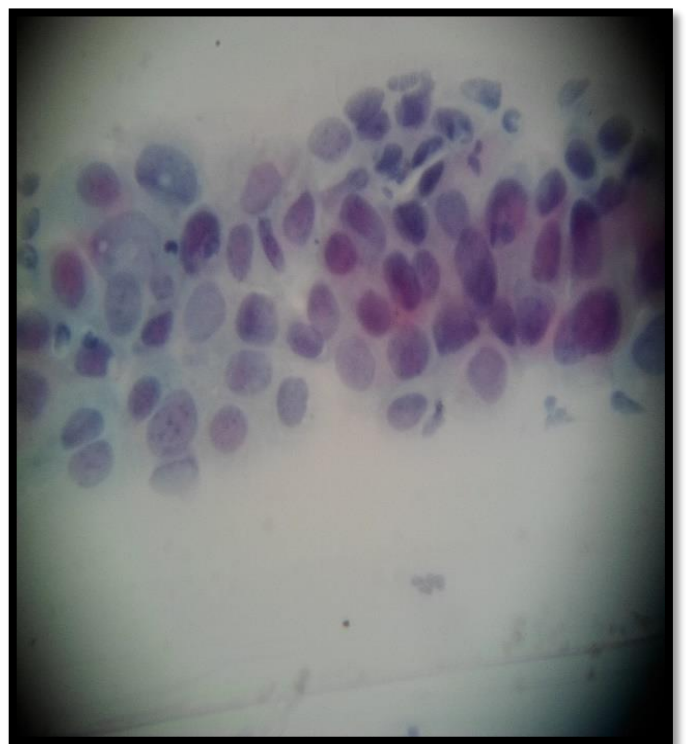


Foto 16: H-SIL