



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES DE 20 A 59 AÑOS CON
CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL ANORMAL ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL SAN JOSÉ DE LA REGIÓN CALLAO EN EL AÑO
2014.**

TESIS PRESENTADO POR

BACHILLER, LEE ANN ARAUJO CASTAÑEDA.

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**LIMA - PERÚ
2016**

INDICE

	Pág.
CARATULA	I
PÁGINAS PRELIMINARES	II
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO I: PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	10
1.1 Descripción de la Realidad Problemática	9
1.2 Delimitación de la Investigación	13
1.3 Formulación del Problema	15
1.3.1 Problema Principal	15
1.3.2 Problema Secundarios	15
1.4 Objetivos de la Investigación	16
1.4.1 Objetivo General	16
1.4.2 Objetivos Específicos	16
1.5 Hipótesis de Investigación	16
1.5.1 Hipótesis General	16
1.5.2 Hipótesis Secundarias	16
1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	17
1.6 Diseño de la Investigación	18
1.6.1 Tipos de Investigación	18
1.6.2 Nivel de Investigación	18
1.6.3 Método	18
1.7 Población y Muestra de la Investigación	18
1.7.1 Población	18
1.7.2 Muestra	18
1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos	19
1.8.1 Técnicas	19
1.8.2 Instrumentos	19

1.9 Justificación e Importancia de la Investigación	20
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes de la Investigación	22
2.2 Bases teóricas	26
2.3 Definición de Términos Básicos	41
CAPITULO III: PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
4.1 Conclusiones	62
4.2 Recomendaciones	63
FUENTES DE INFORMACIÓN	64
ANEXOS	69
Anexo N°1: Matriz de Consistencia	70
Anexo N°2: Ficha de recolección de datos	71
Anexo N°3: Ficha de juicio de experto	73
Anexo N°4: Solicitudes de autorización	76

Dedico esta tesis a DIOS, por haberme permitido lograr mis objetivos. A mis padres quienes me dieron vida, educación, apoyo y consejos. A mi hermana Romy por ser el ejemplo y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

Agradezco a ti Dios por bendecirme.
A la UNIVERSIDAD por darme la oportunidad de
estudiar y ser un profesional.
Son muchas las personas que agradecerían su
amistad, consejos y apoyo. Algunas están aquí
conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón,
sin importar en donde estén quiero darles las
gracias, por todo lo que me han brindado y por todas
sus bendiciones.

RESUMEN

El presente estudio se realizó con el **objetivo** de determinar las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014. **Material y métodos:** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, con nivel aplicativo, que tuvo como muestra a 39 mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal. Para la estadística descriptiva de las variables cualitativas se establecieron frecuencias y proporciones, y para las variables cuantitativas, se establecieron promedios y desviaciones estándar. Los **resultados** muestran que las características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal fueron: edad de 30 a 50 años (43.6%), estado civil casada (30.8%) o conviviente (30.8%), grado de instrucción secundaria (43.6%) e índice de masa corporal entre sobrepeso (41.0%) y obesidad (10.3%). Las características gineco-obstétricas fueron: menarquia entre 12 a 15 años (94.9%), régimen catamenial de 4 a 5 días (53.8%), inicio de relaciones sexuales entre 15 a 18 años (69.2%), tener de 2 a 3 parejas sexuales (64.1%), utilización de anticonceptivos orales combinados (28.2%), antecedentes de infecciones de transmisión sexual (20.5%), multiparidad (59%) y antecedente familiar de cáncer (38.5%). Las características sobre los estilos de vida fueron: consumo de tabaco en el 64.1%, consumo de bebidas alcohólicas en el 92.3%, no realizar actividad física en el 76.9%, no consumir una dieta rica en vegetales en el 61.5% y con consumir verduras frescas en el 61.5%. Las **conclusiones** a las que se llegó son: Las principales características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal fueron: edad de 30 a 50 años, casada o conviviente, grado de instrucción secundaria, menarquia entre 12 a 15 años, inicio de relaciones sexuales entre 15 a 18 años, tener de 2 a 3 parejas sexuales, antecedente familiar de cáncer, consumo de tabaco y no consumir vegetales ni verduras frescas.

ABSTRACT

The present study was conducted with the **objective** to determine the characteristics of women aged 20 to 59 years with abnormal cervicovaginal cytology treated at the San José Hospital in Callao Region in 2014. **Material and methods:** Study descriptive, retrospective and cross-sectional, with application level, which was shown as 39 women aged 20 to 59 years with abnormal cervicovaginal cytology. Descriptive statistics for qualitative variables frequencies and proportions were established, and for quantitative variables, means and standard deviations were established. The **results** show that the general characteristics of women aged 20 to 59 years with vaginal cervical cytology were abnormal: age 30 to 50 years (43.6%), marital status married (30.8%) or partner (30.8%), level of education secondary (43.6%) and BMI among overweight (41 %) and obesity (10.3%). The gynecological characteristics were: menarche between 12 to 15 years (94.9%), catamenial regime 4 to 5 days (53.8%), first sexual relations between 15 to 18 years (69.2%) have 2 to 3 couples sex (64.1%), use of combined oral contraceptives (28.2%), history of sexually transmitted infections (20.5%), multiparity (59%) and family history of cancer (38.5%). The characteristics of lifestyles were: consumption of snuff in 64.1%, consumption of alcoholic beverages in 92.3%, no physical activity at 76.9%, not consuming a diet rich in vegetables 61.5 % and consume vegetables fresh 61.5 %. The **conclusions** that were reached are, the main characteristics of women aged 20 to 59 years with vaginal cervical cytology were abnormal: age 30 to 50 years old, married or cohabiting, high school degree, menarche between 12 to 15 years, first sexual relations between 15 to 18 years, having two to three sexual partners, family history of cancer, consumption of snuff and not consume vegetables or fresh vegetables.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino representa una de las principales causas de muerte que ocupa el tercer lugar en todo el mundo, el primer lugar en el Perú y el segundo lugar en Lima; por ello, para disminuir las tasas de mortalidad, se instauró la detección de lesiones malignas mediante la citología cérvico vaginal o Prueba de Papanicolaou, la cual ha demostrado ser una prueba efectiva, de bajo costo y sencilla. A través de investigaciones se han identificado determinadas características que mayormente presentan mujeres con citología anormal como el tener varias parejas sexuales, el inicio temprano de relaciones sexuales, la multiparidad, el consumo de anticonceptivos orales combinado, el consumo de cigarrillos, entre otros.

En el servicio de cáncer de cuello uterino (Displasia) del Hospital San José, durante el año 2014, se ha detectado resultados anormales en mujeres con determinadas características, por ello, con el presente estudio se buscó determinar las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014, con la finalidad de verificar estos datos de manera objetiva, plantear sugerencias y motivar a la ejecución de otros trabajos.

El presente estudio estuvo estructurado de la siguiente manera:

En el primero capítulo se realizó el planeamiento metodológico, evaluando la realidad problemática sobre las principales características que poseen las mujeres con citología cérvico vaginal anormal a nivel mundial, en nuestro país (Perú) y en el hospital San José de la región Callao. Se formularon los objetivos en: características generales, características gineco-obstétricas y características sobre los estilos de vida; además, se diseñó el estudio siendo de tipo no experimental, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con nivel aplicativo, cuya muestra de estudio estuvo conformada por 39 mujeres de

20 a 59 años con citología cérvico-vaginal anormal. La información se recabó mediante una ficha de recolección de datos.

En el segundo capítulo se realizó los fundamentos teóricos que sustentan el estudio como antecedentes nacionales e internacionales donde podemos verificar que son de los últimos años los cuales podemos ver que son estudios de cáncer de cuello uterino y también podemos observar las bases teóricas las cuales son las informaciones necesaria que permitió definir las variables del estudio.

Luego, en el tercer capítulo podemos observar que son las presentaciones, interpretaciones y análisis de los resultados encontrados sobre las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal, los cuales serán presentados en tablas y gráficos, siendo comparados con otros estudios para evaluar las diferencias y semejanzas.

Por último, se establecieron las conclusiones de acuerdo a los objetivos del estudio, lo cual permitió presentar recomendaciones que ayuden a mejorar la situación del Hospital San José y el estilo de vida para los pacientes que manifiesten el cáncer de cuello uterino.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 Descripción de la Realidad problemática

El cáncer de cuello uterino constituye una de las principales causas de muerte en el mundo, no solo por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad, que a pesar de ser prevenible casi en el 100%, aún continúa siendo mortal en población femenina ^{1, 2}, ocupando el tercer lugar de frecuencia en mujeres de todo el mundo (530 mil nuevos casos, 13.6% del total) y el séptimo lugar a nivel general³.

En países como Estados Unidos, 12.109 mujeres recibieron un diagnóstico de cáncer de cuello uterino a través de algún tamizaje, de los cuales 4.092 mujeres murieron por esta enfermedad, sin embargo en países en vías de desarrollo se estima que alrededor de 231.000 mujeres murieron a causa de esta neoplasia, ocurriendo ello en zonas de alto riesgo como es Sudamérica, Este y Sur de África y la India ^{1, 4}.

En América Latina y el Caribe, es la tercera neoplasia maligna más frecuente y la segunda en las mujeres, con una tasa de incidencia

estandarizada por edad de 24 casos por 100,000 mujeres; ubicándose también en segundo lugar en importancia en mortalidad³.

En el Perú, el cáncer de cuello uterino representa la primera causa de morbilidad por cáncer en las mujeres, mientras que en Lima es la segunda causa, afectando en su mayoría a mujeres de 20 a 59 años, pues es la edad donde más se desarrolla este tipo de cáncer. El Ministerio de Salud (MINSA) durante el año 2011 realizó un análisis de la situación del cáncer a nivel general y por departamentos, donde se estimó que el número de defunciones por neoplasia maligna del cuello del útero fue 1603, con una tasa de mortalidad ajustada de 5.6 por 100.000 mujeres, siendo los departamentos con las mayores tasas de mortalidad: Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3) y Pasco (9.3); los departamentos que tuvieron tasas alrededor de 4 por 100.00 mujeres fueron Lima (4.2) y Callao (4.1) mientras que los de menores tasas fueron Amazonas (2.8), Puno (2.7) e Ica (1.8)⁵.

La experiencia de países desarrollados ha permitido demostrar que la mejor opción para disminuir la mortalidad por cáncer de cuello uterino es la detección de lesiones precursoras y lesiones malignas por medio de programas de detección donde incluyan a la citología cérvico vaginal o Prueba de Papanicolaou, la cual es una prueba de tamizaje efectiva que presenta una sensibilidad de 50 a 60% y una especificidad de 98%, cuyos resultados, basados en la clasificación del sistema bethesda, pueden ser normal (negativo para neoplasia maligna) o anormal (positivo para neoplasia maligna: LIE bajo grado, LIE alto grado, Carcinoma in situ, etc.)⁶, por ello debe ser tomada de manera periódica para la detección oportuna de anomalías celulares antes de que se conviertan en cáncer, de tal manera que se pueda llevar un tratamiento oportuno; tal es el caso que algunos estudios recientes han identificado que en los países en vías de desarrollo, solo al 5% de las mujeres se les realizó la citología exfoliativa de cuello uterino, en cambio en países desarrollados, el 40 a 50% de las mujeres recibieron este servicio¹. En

los últimos años, el número de casos de cáncer de cuello uterino y las muertes relacionadas con este cáncer han disminuido considerablemente debido a las actividades de prevención y la promoción de la prueba de Papanicolaou. A nivel nacional (2013), el 53,9% de las mujeres entre 30 y 59 años se han realizado la prueba de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud y según área de residencia, el mayor porcentaje de mujeres que se realizaron esta prueba son las residentes del área urbana (57,4%), que las del área rural (42,1%). En Lima Metropolitana, el 61,0% de las mujeres se han realizado el examen de Papanicolaou, en comparación con las de la Selva (45,6%)⁷.

Si bien, hoy en día, hay un mejor conocimiento sobre el cáncer de cuello uterino, los factores de riesgo se mantienen. Diversos estudios epidemiológicos, han revelado que uno de los principales factores para este problema, radica principalmente en el Virus papiloma humano, considerado factor necesario pero no suficiente para el desarrollo de carcinoma cervical, puesto que también se han identificado otros componentes como el número de parejas sexuales, el inicio de las relaciones sexuales, la multiparidad, el consumo de cigarrillos, anticonceptivos orales, estilos de vida, etc., considerándose en general que existen elementos necesarios para la progresión de células anormales en el cérvix⁸.

El Hospital San José del Callo, cuenta con el servicio de Cáncer de cuello uterino (Displasia), cuya finalidad es prevenir la aparición de este tipo de cáncer en la población femenina mediante el tamizaje de citología cérvico uterina, el cual en comparación con años anteriores ha logrado tener mayor aceptación por las ventajas que ofrece como el diagnóstico oportuno de anomalías en células epiteliales, el bajo costo, la sencillez de la prueba, etc. Durante el año 2014, se han realizado 2942 tamizajes en mujeres no gestantes, de los cuales el 1.3% (n=39) ha tenido resultados anormales y el 1.6% (n=48) ASCUS, los que

generalmente tienen como elementos asociados la edad, el inicio precoz en las relaciones sexuales, la multiparidad, la clase económica baja, el número de parejas sexuales, etc.; pese a ello aún no se ha verificado de forma objetiva, si estos factores son un riesgo para la neoplasia; si bien es cierto existen estudios sobre estos componentes a nivel mundial y en nuestro medio, pero en esta institución, no hay estudios que evalúen los principales características de mujeres con citología anormal; cabe mencionar además que la población que acude a esta institución presenta rasgos diferentes a otras zonas de Lima, es por ello que se realiza el estudio con la finalidad de determinar las principales características generales, gineco-obstétricas y estilos de vida de las mujeres con citología cérvico vaginal anormal en la población del Callao, de tal manera que logre observar la realidad en la que se encuentra esta región.

1.2 Delimitación de la Investigación

Delimitación Espacial: la presente investigación se llevó a cabo en el Hospital “San José”, el cual se encuentra ubicado en el distrito de Carmen de La Legua Reynoso de la Región Callao.

Delimitación Temporal: el tiempo de estudio fue de enero a diciembre del 2014.

Delimitación Social: el Estado ha invertido más de S/.2 millones en la prevención y tratamiento del cáncer. No obstante, según reportes del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), además del énfasis en los chequeos periódicos y la buena alimentación, un factor muy importante en la prevalencia de este mal es la infraestructura pública y los hábitos de vida.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y la distribución de niveles socioeconómicos de APEIM es calculada en base a

la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) que realiza el INEI para elaborar los indicadores de pobreza.

Según INEI a nivel Lima Metropolitana ubica el nivel Bajo que agrupa al 31.7% de la población. Es una de las categorías más controversiales dentro de los niveles socioeconómicos.

Este nivel se concentra mayoritariamente en la Zona 10 (Callao, Bellavista, La Perla). En promedio, en cada vivienda habita un solo hogar y conviven 5 personas. Sin embargo, es en este nivel junto con el Bajo Inferior en los que se encuentra una mayor incidencia de viviendas con más de un hogar: Bajo (18.2%) y Bajo Inferior (17.5%).

Los jefes de hogar tienen 50 años como promedio y el porcentaje de menores de 40 años asciende al 29%. El 79% son hombres y cerca de la mitad ha nacido en Lima. Como se observa, el promedio de edad y la incidencia de varones como jefes de familia va subiendo conforme se eleva el nivel socioeconómico; mientras que la inmigración directa disminuye. Si bien cerca de la mitad de jefes de familia han nacido en Lima, más del 75% de sus padres ha nacido en provincia.

La mejor calidad de vida se aprecia en el nivel educativo. Solo el 12% no terminó estudios secundarios. Cerca del 30% tiene educación técnica o universitaria incompleta y más de un tercio terminó una carrera universitaria.

Si bien una tercera parte desarrolla actividades independientes, la mayoría es dependiente o empleado; cerca del 50% se define como “personal calificado” y más del 40% como “personal de oficina o administrativo”. Por ello, el rango predominante de ingresos se sitúa entre los 800 y los 1 200 soles.

Estos entrevistados habitan en viviendas relativamente acondicionadas aunque poco cómodas. Cuentan en promedio con 4 o 5 ambientes, posee baño dentro de las instalaciones y en algo más de la tercera parte se declara más de uno. La totalidad de las casas son de material noble y más del 80% tiene sus paredes y techos con cemento revestido.

En cuanto a los servicios de salud, cerca de las tres cuartas partes de este segmento cuenta con algún tipo de seguro, de ellos el 96.0% corresponde a Essalud. Este nivel de protección marca una diferencia sustancial con respecto al nivel bajo inferior, donde está asegurado solo un 29%.

1.3 Problema de Investigación

1.3.1 Problema Principal

¿Cuáles son las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?

1.3.2 Problemas secundarios

¿Cuáles son las características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?

¿Cuáles son las características gineco-obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?

¿Cuáles son las características sobre los estilos de vida de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?

1.4 Objetivos de la Investigación

1.4.1 Objetivo General

Determinar las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.

1.4.2 Objetivos Específicos

Determinar las características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.

Establecer las características gineco-obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.

Identificar las características sobre los estilos de vida de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.

1.5 Hipótesis y variables de Investigación

1.5.1 Hipótesis General

No hay hipótesis general por ser un estudio descriptivo.

1.5.2 Hipótesis Secundarias

No hay hipótesis específicas por ser un estudio descriptivo.

1.5.3 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Variable 1: Características de mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal.

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Características de mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal	Características Generales	Edad
		Estado civil
		Grado de Instrucción
		Índice de Masa Corporal
		Procedencia
	Características Gineco-Obstétricas	Menarquia
		Régimen catamenial
		Edad de inicio de relaciones sexuales
		Uso de métodos anticonceptivos
		Tiempo de uso del método anticonceptivo
		Número de PAP en la vida
		Tiempo transcurrido desde el último PAP
		Citología anterior
		Antecedente del resultado de citología anterior
		Antecedente de ITS
		Número de parejas sexuales
		Paridad
		Número de legrados/AMEU
	Antecedentes personales de cáncer	
	Antecedentes familiares de cáncer	
Características de Estilos de Vida	Consumo de tabaco	
	Consumo de bebidas alcohólicas	
	Actividad Física	
	Hábito alimentario	

1.6 Diseño de la investigación

1.6.1 Tipo de Investigación

Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Fue descriptivo porque se describieron las características de la población en estudio, fue retrospectivo, puesto que se utilizó información que ha sido recolectada anteriormente (base de datos sobre los resultados de la citología cérvico vaginal) y fue transversal, puesto que la variable ha sido medida en un solo momento.

1.6.2 Nivel de Investigación

El estudio fue de nivel aplicativo, puesto que busca la solución de una problemática.

1.6.3 Método

Se utilizó el método deductivo.

1.7 Población y Muestra de la Investigación

1.7.1 Población

Estuvo constituido por todas mujeres de 20 a 59 años (39) con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital "San José" Región Callao durante el año 2014.

1.7.2 Muestra

Estuvo conformado por el 100% de la población, es decir por 39 mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal.

Criterios de selección de la muestra:

- Criterios de Inclusión

- Mujeres con resultado anormal: LIE bajo grado, LIE alto grado y carcinoma in situ.

- Se consideró las historias clínicas completas (Hoja de solicitud de citología cérvico vaginal).

- **Criterios de Exclusión**

- Mujeres con ASCUS.

1.8 Técnicas e Instrumentación de la Recolección de Datos

1.8.1 Técnicas

Se utilizó un análisis documental, puesto que se recolectaron los datos de la hoja de patología, libro de registro de displasia y la historia clínica (fuentes secundarias).

1.8.2 Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección (Anexo N°1) la cual se divide en cuatro partes: en la primera parte se mencionaron los resultados de la citología cérvico vaginal, en la segunda parte se tomó en cuenta datos generales de las pacientes; en la tercera parte los datos gineco-obstétricos y en la cuarta parte los estilos de vida.

Validación del instrumento:

La ficha de recolección de datos ha sido validada por 3 expertos, los cuales evaluaron de manera independiente: la relevancia, coherencia, suficiencia y claridad del instrumento, obteniendo evidencia estadísticamente significativa para afirmar que hay concordancia favorable entre ellos respecto a la validez del instrumento ($p < 0.05$).

Análisis de los datos:

Toda la información se procedió a ingresar en una base de datos en Microsoft Excel, para luego ser procesada en el programa estadístico SPSS versión 20.

Se aplicaron estadísticas descriptivas, distribución de frecuencias y proporciones, las cuales se presentaron en tablas simples en las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas se aplicaron medidas de tendencia central, promedios y desviaciones estándar las cuales se presentaron en tablas.

Los datos son presentados en tablas y gráficos.

1.9 Justificación e importancia de la investigación

Justificación social

En nuestro país, si bien ha disminuido el número de muertes por cáncer de cuello uterino, la prevalencia de esta enfermedad sigue siendo significativa; la creación de diferentes estrategias a nivel nacional como el de Plan Esperanza ha ayudado a detectar muchos casos a tiempo, sin embargo aún falta plantear estrategias de salud que lleguen a más usuarias que se ven afectadas por esta enfermedad. En vista que el cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, el Hospital de San José institución de Nivel II-2, tiene designado un servicio de cáncer de cuello uterino que está a cargo del profesional obstetra con la finalidad de disminuir las tasas de neoplasias y lesiones pre malignas en la población femenina que atiende y, de las cuales un buen número de ellas son de bajo recursos.

Justificación epidemiológica

El presente estudio tiene como propósito determinar las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el hospital en mención, cuyos resultados servirán para que el personal encargado de dicha estrategia, así como todo el equipo de salud eduquen a la comunidad sobre las características o elementos que podrían llevar a la aparición de resultados citológicos alterados, de tal manera que cambien su comportamiento sexual y estilos de vida, además de motivar y sensibilizar a las usuarias para que concurren periódicamente a realizarse la citología cérvico-vaginal.

A su vez el conocer las características epidemiológicas de la población femenina con esta patología, será un aporte valioso para las estadísticas del hospital y que facilitará la vigilancia de este tipo de cáncer.

Justificación científica

Este trabajo ofrecerá un instrumento válido que permitirá conocer las características de las usuarias con citología cérvico-vaginal anormal atendidas en el hospital en estudio, que podrá ser usado en investigaciones de otras instituciones de salud y brindará un panorama general sobre las condiciones en la que se encuentran las pacientes con esta patología. Asimismo servirá de base para otras investigaciones relacionadas a aspectos epidemiológicos y médicos que permitan aumentar los conocimientos científicos sobre este problema y así abordarlo de forma más efectiva y oportuna.

Justificación económica

El conocer las características de estas pacientes con ésta patologías le permitirá al hospital destinar sus recursos de una manera más apropiada y más acorde a las necesidades de sus usuarios. Teniendo en cuenta además que mientras las lesiones intraepiteliales o cáncer de cuello uterino se detecten en estadios más avanzados el tratamiento médico es mucho más costoso.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Malagón L, Fajardo S, Gonzáles A y Campillo R en el año 2014 realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 – Diciembre 2012” con el **objetivo** de describir los factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva en el Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera. Enero 2010 a diciembre 2012. **Método:** Estudio descriptivo retrospectivo sobre las lesiones premalignas y el cáncer cérvico uterino, así como el comportamiento de los diferentes factores de riesgo asociados a dichas patologías, cuya muestra estuvo conformada por 115 pacientes con citología alterada (NIC I, NIC II, NIC III o carcinoma in situ). **Resultados:** La alteración citológica más frecuente fue la Neoplasia Intraepitelial Cervical I, predominó el rango de edad de 25 a 39 años de edad (55.7%), de 1 a 3 partos (68.6%), de 1 a dos abortos (43.5%) y el inicio de relaciones sexuales de 15 a 19 años (69.6%). **Conclusiones:** Las mujeres jóvenes son las mayormente afectadas⁹.

Tafurt Y., Acosta C. y Sierra C. en el año 2012 en Colombia realizaron un estudio titulado “Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación

con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia” con el **objetivo** de establecer la prevalencia del resultado de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino. **Material y Método:** Estudio observacional y de corte transversal, que contó con la participación de 1735 mujeres mayores de 18 años que fueron entrevistadas; posteriormente, se procedió a la toma de la citología para su análisis y clasificación según el sistema Bethesda (2001). Se obtuvo como **resultados** que el 61% presentó citología normal (n=1061), 2% citología anormal (n=36) y 37% cambios celulares reactivos (n=638). La mayoría de las mujeres con citología anormal tuvieron su primera relación sexual a una edad de 18 años a menos (86%), más de 2 parejas sexuales (44%), una paridad mayor a 2 (39%), y utilizaban anticonceptivos hormonales (61%) en un tiempo promedio de 3.31 años⁸.

Dávila H., García A., Álvarez F., Castillo Y., Imengana L. y Matos Z. en el año 2011 en Cuba publicaron una investigación titulada “Neoplasia intraepitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008” con el **objetivo** de determinar los factores de riesgo asociados a la probabilidad de tener una neoplasia intraepitelial (NIE) cervical. **Material y Método:** Se realizaron un estudio observacional de casos y controles, que contó con una muestra de 316 casos de neoplasia intraepitelial y 316 controles pareados por edad. Obtuvieron como **resultados** del estudio que el 95% de las afectadas con neoplasia intraepitelial de CU tuvo su primera menstruación entre los 11 a 14 años, que el 38.2% tuvo su primer parto entre los 20 y 24 años, el 36.4% inició relaciones sexuales entre los 15 a 16 años, el 33.9% tuvo 2 partos, el 12.34% estuvo infectado por el VPH y el 13.6% utilizó anticonceptivos hormonales por menos de 5 años. **Concluyeron** que las características más relevantes en la muestra de estudio fueron el inicio precoz de las relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual y la multiparidad¹⁰.

Garcés R. y Melvis S. en el año 2010 en Cuba realizaron un estudio descriptivo, sobre el Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer

cervico uterino en la Policlínica Mario Gutiérrez Rdaya, se realizaron 397 citologías orgánicas, 242 biopsias por ponches y 189 cepillados de canal para analizar el comportamiento de los factores de riesgos de cáncer cervico – uterino. **Encontraron** que el inicio de las primeras relaciones sexuales fue entre 15 – 19 años (de un total de 159 pacientes) un 53,5%; destacando la presencia hasta 11 – 12 años, o sea hay un predominio de las menores de 20 años con un 70,2%, demostrándose que tiene una gran relación el comienzo temprano de las relaciones sexuales con la aparición de cáncer cervico – uterino. En relación con el número de parejas sexuales, es decir el 48,8%, seguido del grupo de cinco o más parejas con un 32,4% el aumento del número de parejas sexuales aumenta el riesgo de esta enfermedad¹¹.

Vázquez A., González J., De la Cruz F., Almirall A. y Valdés R. en el año 2010 en Cuba desarrollaron una investigación denominada “Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino” con el **objetivo** de exponer los resultados de un estudio en 330 pacientes que presentaron cáncer de cérvix uterino en el cuatrienio 2006-2008. **Material y Método:** Realizaron un estudio observacional de casos y controles, univariado y de regresión logística binaria. **Resultados:** En mujeres con gestaciones previas, el riesgo de aparición de la enfermedad fue aproximadamente 5 veces mayor que las que no habían tenido embarazos anteriores. Las pacientes con sexarquia precoz presentaron casi 5 veces mayor riesgo en comparación con aquellas que tuvieron relaciones sexuales más tardías. La infección por HPV duplicó de forma significativa la probabilidad de aparición del cáncer de cérvix en mujeres que la presentaron. El hábito de fumar incrementó 2,46 veces el riesgo de padecer la enfermedad. Se pone de relieve como en mujeres con sepsis vaginal el riesgo de aparición del cáncer casi se triplicó. **Conclusiones:** La edad, la ectopia y el ectropion hipotéticamente influyentes, no mostraron asociación con la aparición del cáncer de cérvix. La tasa de incidencia en este estudio fue de 19,2 x 10,000 habitantes¹².

Antecedentes Nacionales:

Lazo E. y Aguilar F. en el año 2011 en Perú realizaron una investigación titulada “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”, que tuvo como **objetivo** determinar la relación entre los factores de riesgos reproductivos de mujeres con citología cervical uterina alterada. **Material y Métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo, en el que participaron 42 pacientes con citología cervical alterada que llenaron una ficha de recolección de datos; dichos datos fueron extraídos de las historias clínicas. Obtuvieron como **resultados** que del total de casos alterados, el 52% correspondía a cáncer in situ, el 29% a NIC I, el 14% a NIC II y el 5% a NIC III. De las mujeres con citología alterada, el 93% tuvo su primera menstruación entre los 12 a 14 años, el 50% inició relaciones sexuales entre los 11 a 15 años, el 78% tenía entre 2 y 3 parejas sexuales, el 62% usó métodos anticonceptivos, siendo las píldoras (57.7%) las más utilizadas, el 47.6% ha tenido de 3 a 5 partos. En cuanto a las características generales, el 33.3% tenía de 45 a 54 años, el 64.3% primaria, el 50% era casada y el 54.8% procedía de la zona urbana¹³.

Contreras G. en el año 2013 en Perú realizó una investigación titulada “Influencia del Virus Papiloma Humano en la aparición de cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 55 años del Departamento de Ginecología, del hospital Santa Rosa Lima – 2013”, que tuvo como **objetivo** el determinar la influencia del Virus Papiloma Humano en la aparición de cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 55 años del hospital Santa Rosa Lima – 2013 **Material y Métodos:** El estudio fue de tipo descriptivo con el diseño descriptivo simple en el que participaron aproximadamente de 150 mujeres; dichos datos fueron extraídos de las historias clínicas. **Resultados:** Las características generales, el 43% tenía entre 45 a 54 años quienes encontraron que consumían tabaco (50%) y el 61% de las pacientes consumen alcohol., el 50% era casada y el 40% eran convivientes. El 61% correspondía a la influencia del virus de papiloma humano. De las mujeres que tuvo su primera menstruación

entre los 12 a 15 años, el 50% inició relaciones sexuales entre los 12 a 17 años, el 78% tenía entre 2 y 3 parejas sexuales, el 62% usó métodos anticonceptivos¹⁴.

2.2 Bases teóricas

Citología cérvico-uterina

La citología cervical, cérvico uterina o cérvico-vaginal (Prueba de Papanicolaou) es la prueba que se encarga de estudiar 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. Esta prueba de citología exfoliativa, fue desarrollada por el anatomista George N. Papanicolaou en 1943, quien fue el primero en emplear la valoración del material celular del cuello uterino y la vagina para el diagnóstico de carcinoma cervical. Por otra parte, el ginecólogo J. Ernest Ayre introdujo el uso de una espátula de madera para raspar el cuello uterino, y así reunir células directamente de la zona de transformación. El trabajo de ambos constituyó el pilar del método diagnóstico, que hasta la fecha seguimos empleando^{15, 16}.

La meta fundamental de la citológica cervical es identificar a las mujeres que requieren evaluación adicional con colposcopia para detectar la presencia de lesiones precursoras de cáncer. La progresión de displasia de bajo grado a displasia de alto grado toma un promedio de 9 años, y la progresión de la displasia de alto grado a cáncer invasor de 3 meses a 2 años; la historia natural de la displasia cervical ha demostrado que la progresión de lesiones de bajo grado a cáncer es evitable. De hecho, hasta el 70% de las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LEI BG) se resuelven espontáneamente en 1 o 2 años. A pesar del excepcional éxito como herramienta en la investigación para el cáncer cervical, la citología cervicovaginal convencional tiene una tasa de falso-negativos alta, por errores en la toma de la muestra y en la preparación de la lámina. Para disminuir los errores en la toma se han probado diferentes

instrumentos de recolección de la muestra; la espátula de punta extendida parece ser mejor para la recolección de células endocervicales, que la espátula de Ayre que se usa tradicionalmente; lo cual se evidencia a través de una revisión Cochrane que incluyó a ocho ensayos, donde se encontró que la espátula de punta extendida es dos veces más eficaz en la recolección de muestra endocervical, que la espátula de Ayre (OR 2,25 IC95% 2,06-2,44). Asimismo, el uso de una espátula con citocepillo mejora el índice de toma de muestras adecuadas y es tres veces más efectivo que la espátula sola para recolectar células endocervicales (OR 3,33 IC95% 3,05 - 3,63). Por tanto, la combinación más eficaz parece ser el uso de citocepillo con espátula de punta extendida¹⁷.

Condiciones para la toma citológica:

Se debe tener en cuenta las siguientes condiciones para la toma citológica como:

- No realizarla durante la menstruación o antes de 3 días de finalizado el último periodo menstrual o ante cualquier otro tipo de sangrado.
- No realizarla si existe clínica de infección vaginal o uso de medicación intravaginal. En estos casos debe realizarse una toma de cultivo de flujo si se sospecha infección vaginal.
- Cuarenta y ocho horas previas al examen la paciente no debe haberse realizado duchas vaginales, no debe haber tenido relaciones sexuales o haber usado tampones, jabones o cremas vaginales^{15, 18}.

Técnica de la toma de citología cervical o Papanicolaou:

La técnica de toma de citología cervical toma en cuenta los siguientes pasos^{15, 18,19}:

- Preparación del material:
 - Seleccionar y colocar el material necesario.
 - Rotulado de la lámina: La laminilla de vidrio (portaobjetos) debe ser rotulada colocando cinta adhesiva con el nombre completo de

la paciente y fecha de toma de la citología, en la superficie inferior de la laminilla. No utilizar iniciales para la identificación de la muestra. Hay que verificar que la laminilla esté libre de polvo, grasa u otro material antes de su uso.

- Preparación de la mujer:

- Informar del procedimiento, de cómo se facilitarán los resultados y de que puede ser necesario repetir la citología si la muestra no es adecuada. Para ello es conveniente atender a la usuaria en un espacio independiente donde se sienta cómoda, evitando la entrada y salida de personal. Además se le debe informar que el procedimiento es sencillo y que le puede ocasionar algunas molestias, especialmente al introducir el espejulo, por lo que hay que explicar cada paso para un mejor entendimiento.
- Llenar la solicitud del examen: La hoja de solicitud de examen citológico es la principal comunicación entre el laboratorio y el médico, la misma debe llenarse con todos los datos requeridos y con letra legible antes de realizar la toma de la muestra, bajo el consentimiento de la usuaria.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- Situar el foco luminoso de tal modo que la visualización de la vagina y del cuello uterino sea adecuada.
- Colocación del espejulo: Se debe evitar el empleo de lubricantes, aceites, etc. previo a la colocación del espejulo, ya que ocasiona que las células se cubran por una capa, lo que impide una adecuada interpretación citológica.
- Colocación de guantes: Colocarse los guantes en ambas manos y mantenerlos hasta retirar el espejulo.
- Se debe tomar el espejulo estéril y colocarlo en la palma de la mano con las valvas cerradas, entre los dedos índice y medio. El cuerpo del espejulo se sujeta con los dedos anular y meñique, mientras que con los dedos índice y pulgar de la mano contraria, separar los labios menores para visualizar la cúpula vaginal y

proceder a introducir el especulo hasta el fondo de la vagina en posición oblicua hacia el sacro de la mujer.

- Abrir con suavidad el espéculo para evitar que se raspe el cuello y pueda sangrar, logrando ver completamente el cérvix.
 - Fijación del espéculo.
- Toma de la muestra: Para garantizar una adecuada atención a la usuaria se debe tener en cuenta: la privacidad en la atención, la disponibilidad de insumos y equipo necesario, la orientación y consejería sobre el procedimiento a realizar, el consentimiento informado de la usuaria, la capacidad técnica para el procedimiento por el `prestador del servicio y la calidez en la prestación, lo cual permitirá una adecuada toma de muestra. La toma de la muestra incluye:
- Visualización del cuello uterino: La zona de transformación (unión del exo y endocérnix o unión escamo columnar) es donde más frecuentemente se origina el cáncer de cuello uterino por lo cual debe ser el sitio de toma de la muestra.
 - Recolección de la muestra: Existe una variedad de instrumentos para obtener muestra celular del exocervix, zona de transformación y endocérnix que incluyen cepillos endocervicales, espátulas de madera y plásticas.
 - Realización de extendido: La muestra obtenida del cuello uterino debe extenderse en la laminilla,
 - Fijación de la muestra: La muestra debe ser fijada inmediatamente después de la extensión, evitando el secado de la toma, mediante un spray fijador especial para citología, el cual debe aplicarse a una distancia aproximada de 20-30 cm, no menor, para evitar la destrucción celular, lo cual podría alterar la evaluación de las células. Se recomienda la fijación con alcohol de 96° en menos de 5 segundos para el extendido de la muestra previo a introducir la muestra en el frasco de boca ancha., después de ello la fijación de la muestra debe ser por un mínimo de 30 minutos, antes de sacarla y dejarla secar a temperatura

ambiente y por último envolverla en papel Kraft o en la hoja de solicitud de citología. Si se usa bandeja de transporte, puede enviarse al laboratorio aun sumergido en el alcohol.

- Envío a Laboratorios de Citología: Las laminillas una vez fijadas deben ser colocadas en cajas especiales de plástico, madera o cartón, junto con sus respectivas boletas y ser enviadas a los laboratorios de citología.
- Procesamiento e interpretación de las Unidades de estudio: La Tinción de Papanicolau es un método de tinción policrómico con el que se busca obtener contraste entre el núcleo y el citoplasma de las células; consiste en introducir las laminillas, de una manera secuencial y por tiempo predeterminado, en diferentes soluciones que incluyen: agua, alcohol etílico a diferentes concentraciones, colorantes, acetona y xilol con el propósito hidratar las células y prepararlas para la tinción, colorear los componentes celulares y facilitar la observación al microscopio. Una vez procesadas las láminas se procede a su observación al microscopio óptico con el fin de determinar si la forma, tamaño, patrón de tinción, etc. nuclear y celular son o no normales; se realiza la interpretación de los hallazgos y posteriormente la categorización de los resultado.

Resultados de la citología cervical

Antes de mencionar los resultados de la citología cervical, es necesario observar la calidad de la muestra, uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la citología y permite brindar información al profesional remitente sobre el material que ha obtenido en la toma de la muestra, esto fomenta una mayor atención al momento de tomar muestra. Las categorías que se utilizan son: Satisfactoria e Insatisfactoria¹⁵.

- Satisfactoria: Cuando en la boleta de solicitud se consigna todos los datos requeridos, el extendido contiene un número adecuado de células escamosas bien conservadas, y existe representación de la zona de transformación, que se estima con la presencia de células de metaplasia escamosa o de células endocervicales.

- Insatisfactoria: Cuando la muestra no tiene boleta de solicitud, la lámina no está rotulada, la lámina está rota, la celularidad es muy escasa o existe factores (hemorragia, mala preservación, abundante presencia de células inflamatorias) que impiden valorar el extendido. Cuando la muestra es insatisfactoria se debe consignar si el laboratorio procesó y evaluó la muestra y por qué causa se considera insatisfactoria.

Actualmente la citología se informa de acuerdo a la clasificación histológica del Sistema Bethesda 2001, desarrollada por el National Cancer Institute de Estados Unidos para el diagnóstico de las citologías cervicales, donde se encuentran las categorías ^{16, 20, 21, 22, 23}:

- Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad: Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos. Se puede observar:
 - Negativo para lesión intraepitelial y/o maligno (Normal).
 - Protozoarios morfológicamente compatibles con *Trichomonas vaginalis*.
 - Microorganismos micóticos morfológicamente compatibles con *Cándida sp.*
 - Viraje en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana (*Gardnerella*).
 - Bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces sp.*
 - Cambios celulares compatibles con Herpes virus.
 - Cambios celulares reactivos asociados a inflamación.
 - Cambios celulares reactivos asociados a radioterapia.
 - Cambios celulares reactivos asociados a DIU.
 - Células glandulares post-histerectomía.
 - Cambios celulares reactivos asociados a atrofia.
- Anomalías celulares epiteliales: cuando se identifican alteraciones celulares de lesiones premalignas o malignas en las células escamosas

o en las células glandulares. En esta se incluyen dos categorías: las células escamosas y las células glandulares.

En células escamosas

- Células escamosas atípicas (ASC): Implica cambios que son sugestivos de displasia pero que cuantitativa o cualitativamente son insuficientes para este diagnóstico.
 - ✚ De significado indeterminado (ASC-US): El núcleo es aproximadamente 2 ½ a 3 veces más grande que el núcleo de una célula intermedia. La relación núcleo/citoplasma está levemente aumentada con hipercromasia e irregularidad leve. Paraqueratosis atípica se incluye en este grupo. Son cambios sospechosos de displasia de bajo grado o displasia no clasificable.
 - ✚ No puede excluirse H-SIL (ASC-H): Las células en esta categoría se pueden encontrar solitarias o en grupos. Tienen el tamaño de las células metaplásicas con un núcleo entre 1 ½ a 2 ½ veces mayor de lo normal. La relación núcleo/citoplasma es parecida a las células de displasia de alto grado. La cromatina nuclear es irregular e hipercromática. También se observan irregularidades en la membrana nuclear. Estas células son sospechosas pero no definitivas para el diagnóstico de displasia de alto grado.
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL): Morfológicamente estos cambios ocurren en células maduras (superficiales.) Las células son grandes con citoplasma abundante. El núcleo también está aumentado de tamaño (más de 3 veces el área del núcleo de una célula intermedia), sin embargo la relación núcleo/citoplasma se mantiene. Existe hipercromasia variable, formas nucleares anormales,

binucleación, membrana nuclear irregular, etc. Los halos perinucleares son frecuentes pero su sola presencia no es suficiente para el diagnóstico de displasia. Comprende:

- ✚ displasia leve/CIN 1

- ✚ Cambios celulares asociados a infección por PVH

➤ Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL), Los cambios afectan células menos maduras que la displasia de bajo grado. Estas pueden estar solas o en grupos, presentan hiperchromasia, relación núcleo/citoplasma aumentada. La membrana nuclear es irregular con indentaciones prominentes en muchos casos. El citoplasma es inmaduro, delicado o denso metaplástico, en algunos casos hay queratinización prominente. Comprende:

- ✚ displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3

- ✚ con características sugestivas de invasión (si se sospecha invasión)

➤ Carcinoma epidermoide.

En células glandulares

➤ Células glandulares atípicas (AGC)

- ✚ Endocervicales: Células organizadas en grupos con desorganización, irregularidad, aumento de tamaño nuclear (3 a 4 veces en comparación con el núcleo de una célula endocervical normal), hiperchromasia leve, puede apreciarse nucleolo, raramente mitosis, aumento en la relación núcleo/citoplasma. Los cambios no son suficientes para el diagnóstico de malignidad.

- ✚ Endometriales: Células organizadas en grupos de 5 a 10 células con aumento de tamaño nuclear, hiperchromasia leve, citoplasma escaso y frecuentemente vacuolado, bordes celulares poco definidos. Puede haber un nucleolo pequeño. En el caso del epitelio endometrial no existe una categoría “probablemente neoplásica”, la mayoría de las

veces las células endometriales muestran signos de degeneración y es muy difícil hacer esta distinción.

✚ Glandulares.

➤ Células atípicas, sugestivas de neoplasia:

✚ Endocervicales: Presenta todas las características de las células glandulares atípicas endocervicales e irregularidad nuclear, hipercromasia, agrupamiento y desorganización más acentuada.

✚ Glandulares: No hay criterio suficiente para decidir si las células glandulares atípicas/ probablemente neoplásicas son de origen endometrial o endocervical.

➤ Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS): Se observan grupos glandulares con atipia de alto grado, estratificación nuclear, presencia de mitosis. Los grupos celulares tienen apariencia de palizada con núcleos que parecen protruir en la periferia. No hay diátesis tumoral

➤ Adenocarcinoma

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

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

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

Periodicidad de la toma de citología cervical

La guía de práctica clínica de la American Cancer Society recomienda iniciar el screening a los 3 años de las primeras relaciones sexuales o a partir de los 21 años.

La periodicidad de la toma citológica depende de los riesgos que puedan presentar las mujeres²⁴:

- Mujeres sin factores de riesgo:
 - La American Cancer Society recomienda controles trianuales cuando ha tenido 3 controles anuales consecutivos normales. También pueden ser considerados 3 controles normales en los últimos 5 años.
 - La guía de práctica clínica de la American Cancer Society recomienda la finalización en aquellas mujeres de 70 años que tienen 3 controles citológicos normales en los 10 últimos años.
 - También a partir de los 65 años, tras 3 citologías normales, se puede finalizar el control citológico si no están en los grupos de riesgo de cáncer de Cérvix.
- Mujeres con factores de riesgo: Aquellas mujeres con inicio precoz de relaciones sexuales, vida sexual promiscua (más de 6 parejas), pareja promiscua (más de 6 parejas o prostitutas), infección por VPH, inmunosupresión (transplante de órganos, quimioterapia o tratamiento crónico con corticoides), mujere con VIH positivo, mujeres con antecedentes de Antecedentes de CIN/SIL.
 - Se recomienda controles citológicos anuales.

Características de las mujeres con citología vaginal anormal:

La citología cérvico vaginal anormal se presenta mayormente en mujeres que presentan las siguientes características:

- Características generales :
 - Edad: Las lesiones intraepiteliales frecuentemente ocurren en mujeres más jóvenes, a menudo por debajo de los 40 años, mientras que el cáncer de cuello uterino se presenta en un amplio

rango de edad, usualmente en la quinta o sexta décadas de la vida en promedio a los 54 años¹⁷.

- Estado civil: Respecto a ello, las mujeres solteras, viudas o separadas que tienen varios compañeros sexuales tienen más riesgo de infectarse por VPH²⁵.
 - Grado de Instrucción: Las mujeres de bajo nivel social, cultural y educativo tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, no obstante, existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren, por lo que se produce una interrogante, si esta condición implica mayor exposición al VPH o hay dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna. Lindau y cols. Encontraron en 529 mujeres que asistían a una clínica ambulatoria, que aquellas mujeres con menor nivel académico (menos de 9° grado) acuden hasta 2,5 veces menos a citología, 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 o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado²⁵.
 - Sobrepeso: Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino²⁶.
- Características gineco-obstétricas:
- Paridad: Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término (completos) tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar

embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor^{26, 27, 28}.

- Edad de la primera relación sexual: El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos 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 años²⁵.
- Andría: Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH²⁵.
- Uso de anticonceptivos orales: Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el

riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La Sociedad Americana Contra El Cáncer opina que una mujer y su médico deben considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan los riesgos potenciales. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar condones (preservativos) para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual^{26, 28}.

- Uso de Dispositivo Intrauterino: Un estudio encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos. El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio. Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos²⁶.
- Uso de 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 VPH²⁵.
- Antecedentes de ITS: Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo

sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por *Chlamydia trachomatis* o herpes simple. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (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 VIH²⁶.

- Características de los estilos de vida:

- Consumo de tabaco: Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH^{26, 27, 28}.

- Consumo de alcohol: Las bebidas alcohólicas pueden contener también una variedad de contaminantes cancerígenos que se introducen durante la fermentación y la producción de alcohol. El Programa Nacional de Toxicología del Departamento de Salud y

Servicios Humanos de los Estados Unidos incluye en la lista el consumo de bebidas alcohólicas como conocido carcinógeno humano. La comprobación de la investigación indica que en cuanto más alcohol bebe una persona, regularmente con el paso del tiempo, mayor será su riesgo de presentar un cáncer asociado^{26, 27}.

- **Actividad Física:** Una de las mejores cosas que una persona pueda hacer antes o después de un cáncer es comenzar hábitos saludables de alimentación. Puede que a uno le sorprendan los beneficios a largo plazo de algunos cambios simples, como aumentar la variedad de los alimentos sanos que consume. Lograr y mantener un peso saludable con la actividad física, adoptar una alimentación sana y limitar su consumo de alcohol puede reducir su riesgo de padecer varios tipos de cáncer. Tengamos en cuenta que la actividad física puede mejorar la salud física y emocional entre ellos tenemos: mejora su condición cardiovascular (corazón y circulación), junto con una buena alimentación, le ayudará a lograr y a mantener un peso saludable, fortalece sus músculos, reduce el cansancio y le ayuda a tener más energía, ayuda a disminuir la ansiedad y la depresión, le puede hacer sentir más feliz, le ayuda a sentirse mejor consigo mismo.

Además, la American Cancer Society recomienda realizar regularmente la actividad física desempeñando un papel en ayudar a reducir el riesgo de algunos cánceres. La práctica regular de actividad física también brinda otros beneficios a la salud.²⁶

Conducta a seguir ante anomalías celulares epiteliales.

Las principales conductas a seguir ante resultados de anomalías celulares epiteliales son²⁴:

- Insatisfactoria por infección: Tratar infección y repetir control citológico a los 6 meses.
- Insatisfactoria por atrofia: No precisa controles más frecuentes.
- ASCUS: Repetir citología a los 4-6 meses. Si presenta factores de riesgo hacer directamente colposcopia.
- ASGUS: Colposcopia y legrado Endocervical. En mayores de 35 años o con sangrados anormales biopsia Endometrial.
- LSIL: Remitir vía normal a Consulta Tracto Genital Inferior para colposcopia.
- HSIL: Enviar preferente a Consulta Tracto Genital Inferior para colposcopia.

2.3 Definición de términos básicos

Adenocarcinoma: Se caracteriza por núcleos aglomerados y superpuestos, hipercromasía nuclear con cromatina en grumos de distribución uniforme, frecuentes mitosis y cuerpos apoptóticos, cantidad de citoplasma y mucina menor que en las células normales.

Características: Se refiere a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente o disminuya su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Citología: Estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja.

Citología cérvico uterina: Prueba diagnóstica en la que se examinan células del cuello uterino.

Citología cérvico uterina anormal: Se refiere a que las células de la membrana que recubre el cuello uterino muestran cambios que pudieran ser indicativos de cáncer o de alguna condición precancerosa²⁹.

LIE de Bajo grado: se caracteriza por frotis cervicales conteniendo células con citoplasma maduro y claras anomalías nucleares (displasia leve) o los cambios citopáticos del efecto del HPV.

LIE de Alto grado: se caracteriza citológicamente por células con citoplasma inmaduro, núcleos de características anormales y aumento de la relación núcleo: citoplasma.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación, se presentarán los resultados encontrados sobre las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal, los cuales serán presentados en tablas y gráficos. Además, se contrastarán los resultados evidenciados con los de otras investigaciones.

PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla N°1: Características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José

CARACTERÍSTICAS GENERALES	N	%
	39,41 ± 12,96 (20 - 59)	
EDAD	Menor de 30 años	33.3%
	30 - 50 años	43.6%
	Mayor de 50 años	23.1%
ESTADO CIVIL	Soltera	17.9%
	Casada	30.8%
	Conviviente	30.8%
	Separada	20.5%
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Primaria	28.2%
	Secundaria	43.6%
	Superior	28.2%
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Normal	48.7%
	Sobrepeso	41.0%
	Obesidad	10.3%
PROCEDENCIA	Callao	46.2%
	Ventanilla	15.4%
	SMP	7.7%
	Otros	30.8%
TOTAL	39	100.0%

Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

La Tabla N°1 muestra que las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal tenían una edad promedio de 39.4 años, encontrándose el 43.6% entre los 30 a 50 años, seguido por el 33.3% con menos de 30 años y el 23.1% con más de 50 años. La mayoría era casada (30.8%) o conviviente (30.8%) y tenía grado de instrucción secundaria (43.6%). El 48.7% tenía un Índice de Masa Corporal Normal, el 41% Sobrepeso y el 10.3% obesidad. Asimismo, el 46.2% procedía del Callao y el 15.7% de Ventanilla.

Tabla N°2: Características gineco-obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José.

CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS		N	%
MENARQUIA	Antes de 12 años	2	5.1%
	De 12 a 15 años	37	94.9%
RÉGIMEN CATAMENIAL	De 1 a 3 días	18	46.2%
	De 4 a 5 días	21	53.8%
EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES	Antes de los 15 años	8	20.5%
	De 15 a 18 años	27	69.2%
	Mayor de 18 años	4	10.3%
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Una sola pareja	6	15.4%
	De 2 a 3 parejas	25	64.1%
	Más de 3 parejas	8	20.5%
USO DE METODO ANTICONCEPTIVO	Ninguno	10	25.6%
	AOC	11	28.2%
	Inyectable	10	25.6%
	DIU	5	12.8%
	PSV	3	7.7%
ANTECEDENTES DE ITS	Si	8	20.5%
	No	31	79.5%
GESTACIONES	Ninguno	10	25.6%
	Primigesta	6	15.4%
	Segundigesta	3	7.7%
	Multigesta	20	51.3%
PARIDAD	Nulípara	16	41.0%
	Multípara	23	59.0%
NÚMERO DE LEGRADOS/AMEU	Ninguno	24	61.5%
	De 1 a 2	15	38.5%
TIEMPO DEL ULTIMO PAPANICOLAOU	Nunca	7	17.9%
	1 año	11	28.2%
	2 a 3 años	14	35.9%
	Más de 3 años	7	17.9%
MOMENTO DEL EXAMEN CITOLOGICO	Primera vez	7	17.9%
	Repetido	32	82.1%
ANTECEDENTES DE RESULTADO DE CITOLOGIA ANTERIOR	No se hizo	7	17.9%
	Negativo	25	64.1%
	NIC I	1	2.6%
	NIC II	3	7.7%
	NIC III	2	5.1%
	ASCUS	1	2.6%
ANTECEDENTES PERSONAL DE CANCER	Si	5	12.8%
	No	34	87.2%
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CANCER	Si	15	38.5%
	No	24	61.5%
TOTAL		39	100.0%

Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

La tabla N° 2. Al respecto de las características gineco-obstétricas, el 94.9% de las mujeres de 20 a 59 años empezaron su menstruación entre edades comprendidas de 12 a 15 años, el 53.8% refirió un régimen catamenial de 4 a 5 días, en el 69.2% el inicio de las relaciones sexuales fue entre 15 a 18 años, el 71.8% no utilizó método anticonceptivo combinado, el tiempo del ultimo Papanicolaou en el 35.9% fue de 2 a 3 años. Respecto a los antecedentes de resultado citología anterior en el 7.7% se observó NIC II y en el 5.1% NIC III. El 20.5% de las usuarias tuvo antecedentes de ITS, el 64.1% refirió tener de 2 a 3 parejas sexuales, el 51.3% fue multigesta y el 59% multípara. En cuanto a los antecedentes de cáncer, el 12.8% refirió tener antecedente personales y el 38.5% antecedente familiar.

Tabla N°3:

Características sobre los estilos de vida de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José.

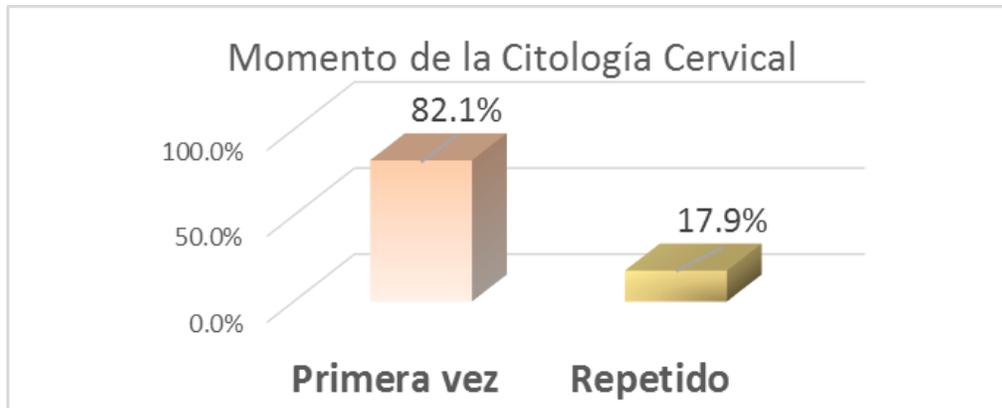
CARACTERÍSTICAS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE		N	%
CONSUMO DE TABACO	Si	25	64.1%
	No	14	35.9%
NÚMERO DE CIGARRILLOS AL DÍA	Ninguno	14	35.9%
	1 a 2 cigarrillos	12	30.8%
	Más de 2 cigarrillos	13	33.3%
EDAD QUE INICIÓ A FUMAR	No fumo	14	35.9%
	Menos de 18 años	10	25.6%
	De 18 años a más	15	38.5%
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS	Si	36	92.3%
	No	3	7.7%
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL	No consume	3	7.7%
	Semanal	2	5.1%
	Mensual	14	35.9%
	Esporádicos	20	51.3%
HABITO DE ACTIVIDAD FISICA	Si	9	23.1%
	No	30	76.9%
CONSUME UNA DIETA RICA EN GRASA	Si	14	35.9%
	No	25	64.1%
CONSUME UNA DIETA RICA EN VEGETALES	Si	15	38.5%
	No	24	61.5%
CONSUME FRUTAS	Si	26	66.7%
	No	13	33.3%
CONSUME VERDURAS FRESCAS	Si	19	48.7%
	No	20	51.3%
TOTAL		39	100.0%

Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

En la tabla N°3 se evidenció las características sobre los estilos de vida donde el 64.1% ha consumido tabaco, el 33.3% consume más de 2 cigarrillos, el 38.5% empezó a fumar a partir de los 18 años, el 92.3% refirió consumir bebidas alcohólicas de manera esporádica (51.3%), el 76.9% no realiza actividad física, el 64.1% no consume una dieta rica en vegetales y el 51.3% no consume verduras frescas.

Gráfico N°1:

Momento de la citología cervical de las mujeres de 20 a 59 años.

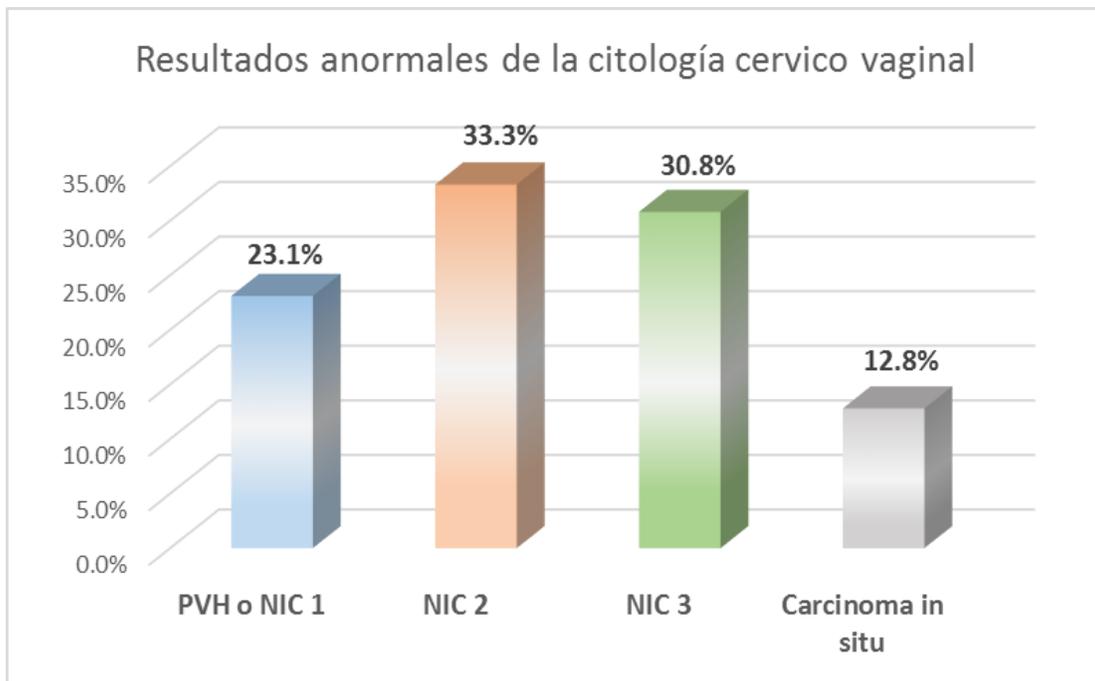


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

En el gráfico N°1 se observa que en el 82.1% de las mujeres de 20 a 59 años, la citología cervical fue realizada por primera vez y en el 17.9% fue repetida.

Gráfico N°2:

Resultados anormales de la citología cérvico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

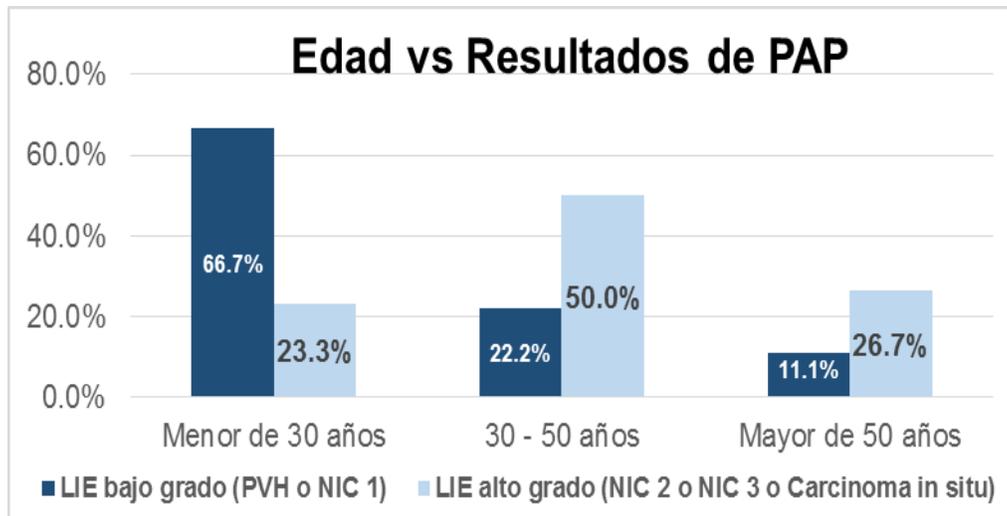


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°2 muestra que el 33.3% de las mujeres de 20 a 59 años presentó Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 2 (NIC 2), el 30.8% Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 3 (NIC 3), el 23.1% PVH o Neoplasia Intraepitelial Cervical grado 1 y el 12.8% carcinoma in situ.

Gráfico N°3:

Edades según resultados de citología Cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

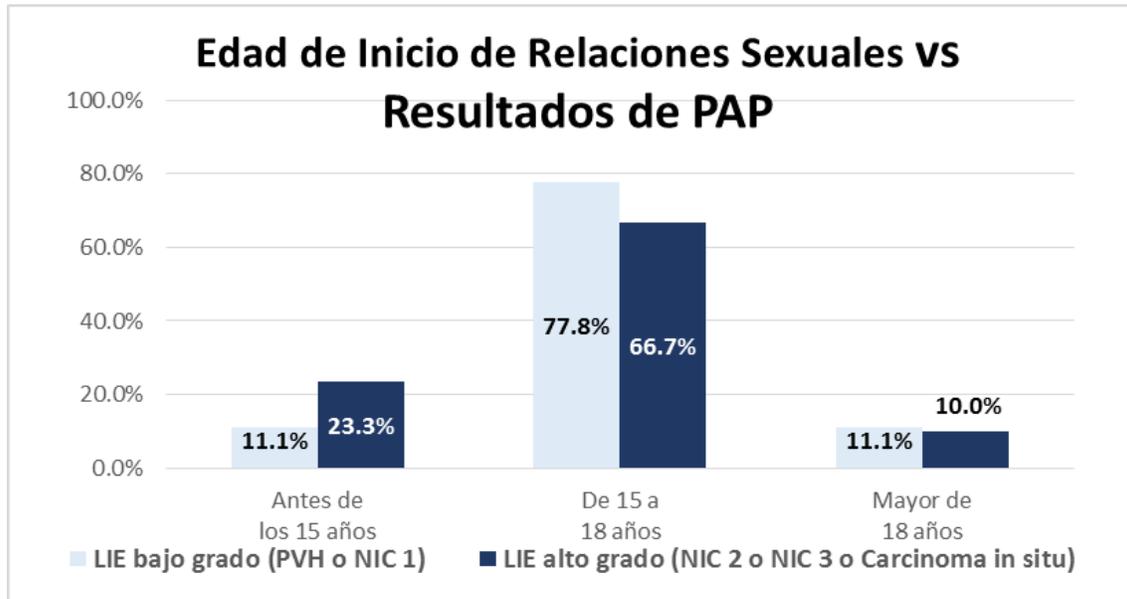


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°3 muestra que de todos los diagnósticos de LIE bajo grado (PVH o NIC 1) el 66.7% fueron en mujeres menores de 30 años y de los diagnósticos de LIE alto grado (NIC 2 o NIC 3 o Carcinoma in situ) tuvieron edades mayor de años, con una prevalencia (50%) en el grupo de 30 a 50 años.

Gráfico N°4:

Edad de inicio de relaciones sexuales según resultados de citología Cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

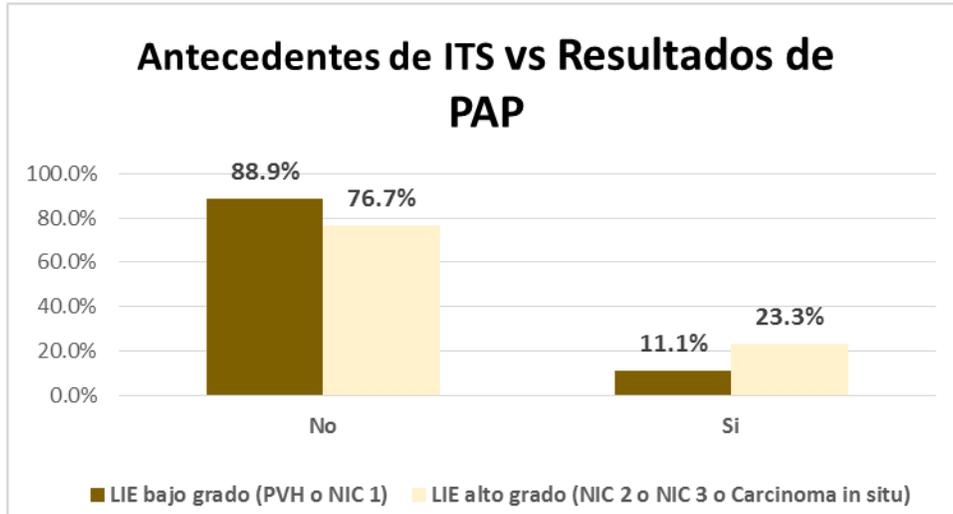


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°4 muestra que el 77.8% de los diagnósticos de LIE bajo grado (PVH o NIC 1) y el 66.7% de los LIE de alto grado (NIC 2 o NIC 3 o Carcinoma in situ) fueron en mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales (IRS) entre los 15 y 18 años de edad; sin embargo se observa que hay un ligero mayor porcentaje de LIE de alto grado (23.3%) en comparación de los de LIE de bajo grado (11.1%) en mujeres con IRS antes de los 15 años.

Gráfico N°5:

Antecedentes de ITS según resultados de citología Cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

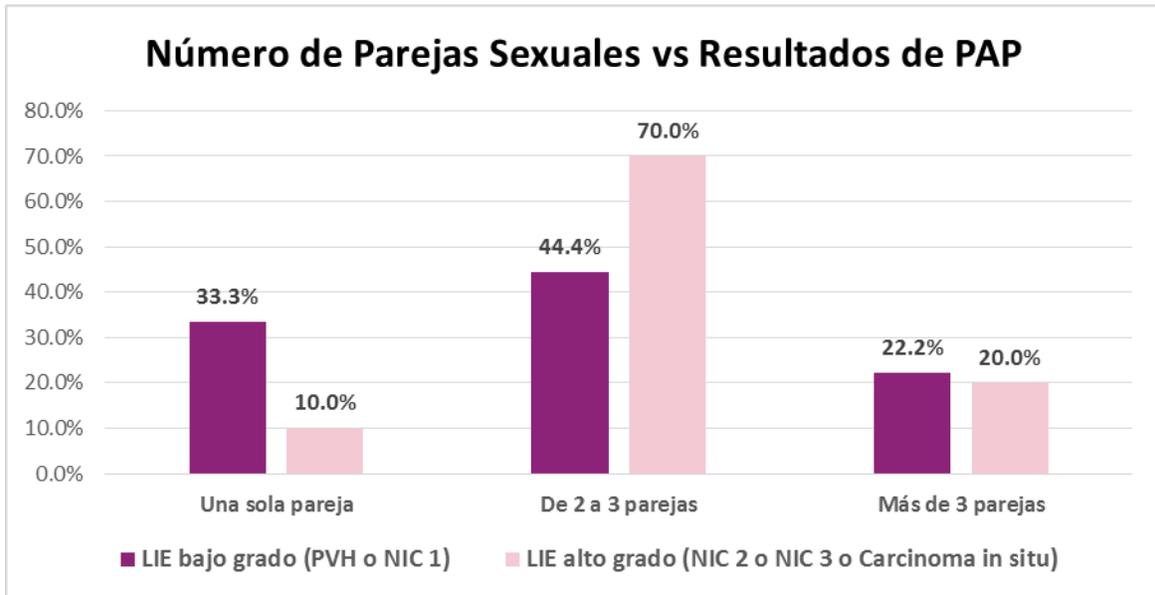


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°5 muestra que la mayoría de casos de LIE de bajo grado (88.9%) y LIE de alto grado (76.7%) no tuvo antecedentes de ITS, sin embargo se observó que hubo una mayor frecuencia de LIE de alto grado (23.3%) en aquellas mujeres con antecedente de ITS.

Gráfico N°6:

Número de parejas sexuales según resultados de citología Cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

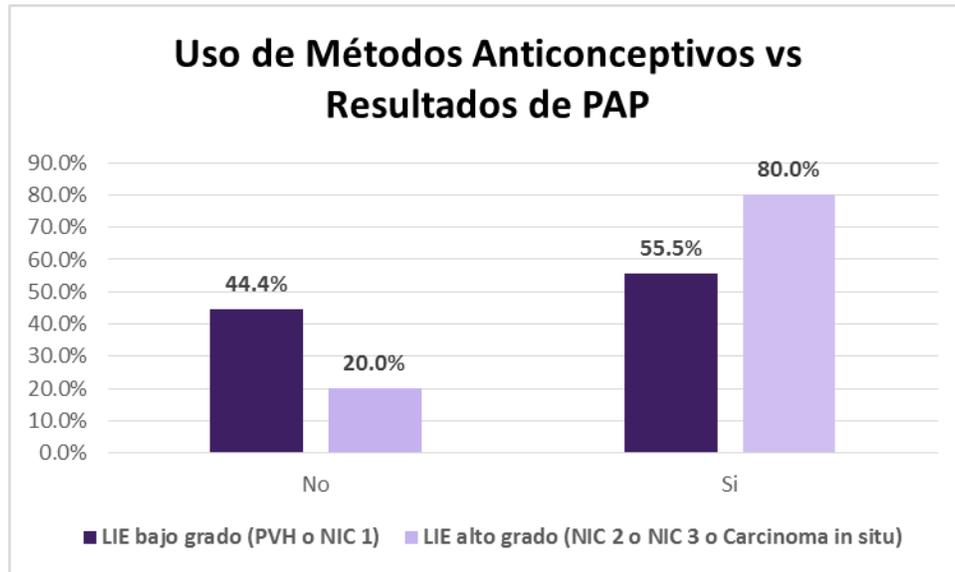


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°6 muestra que la mayoría de casos de LIE de bajo grado tuvieron de una sola pareja sexual (33.3%) y de dos a tres parejas sexuales (44.4%); mientras que la mayoría de LIE de alto grado tuvieron de dos a tres parejas sexuales (70%) y más de tres parejas sexuales (20%).

Gráfico N°7:

Uso de métodos anticonceptivos según resultados de citología cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

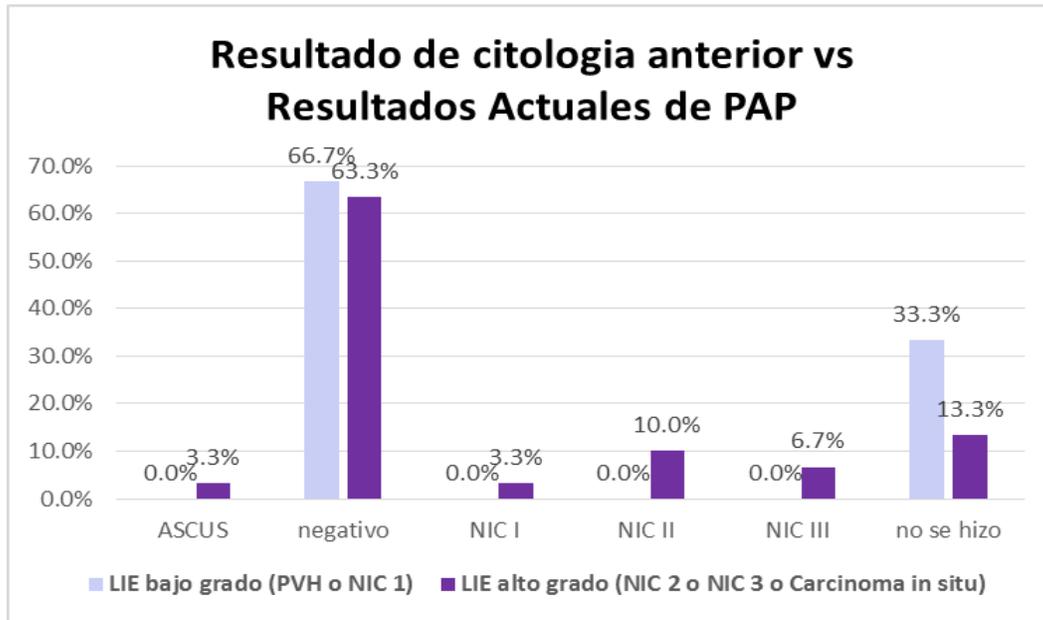


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°7 muestra que la mayoría de mujeres con LIE de alto grado (80%) y LIE de bajo grado (55.5%) usaron métodos anticonceptivos.

Gráfico N°8:

Resultados de citología anterior según resultados de citología cervico vaginal actual de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

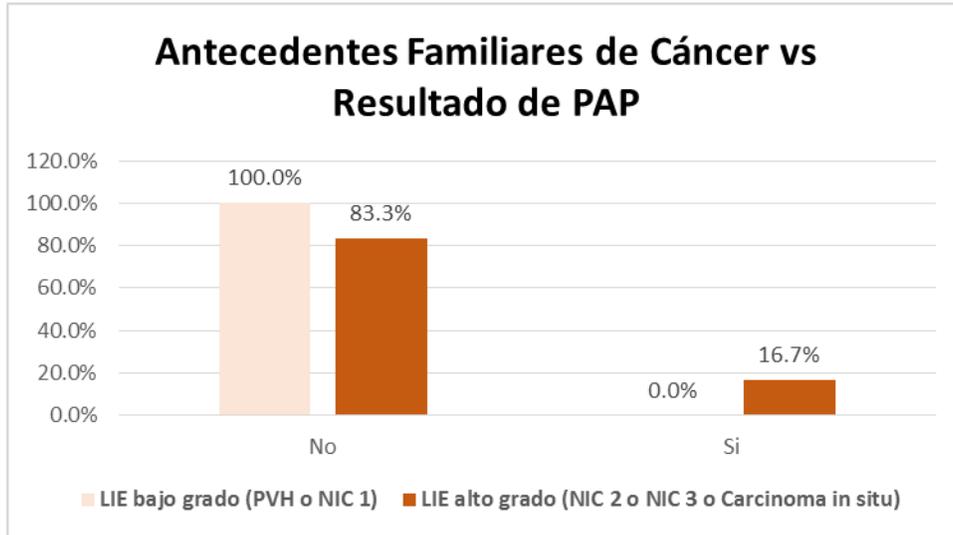


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°8 muestra que la mayoría de resultados de citología anterior tanto en los LIE de bajo grado como en los LIE de alto grado fueron negativos. Sin embargo hubo diagnósticos anteriores de NIC I (3.3%), NIC II (10%) y NIC III en las citologías de LIE de alto grado.

Gráfico N°9:

Antecedentes familiares de cáncer según resultados de citología cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

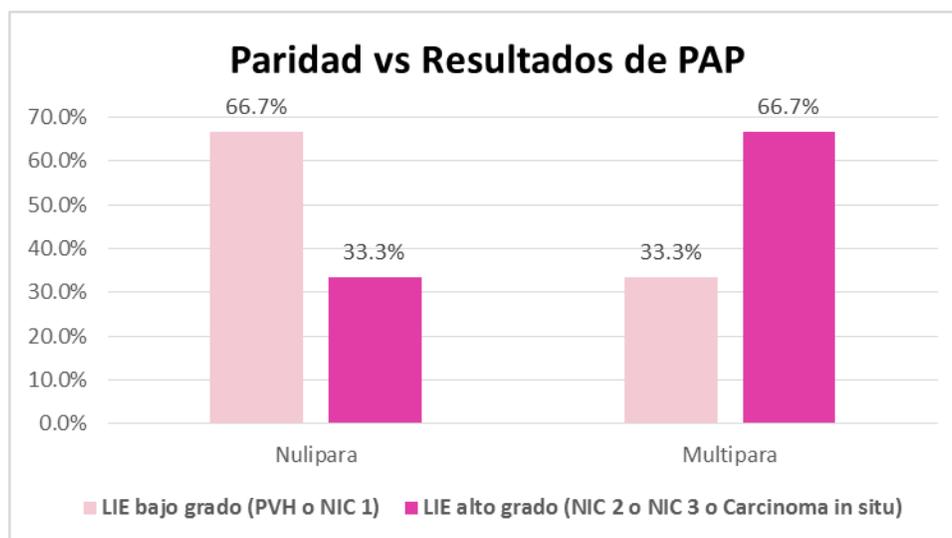


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°9 muestra que la mayoría de casos de LIE de bajo grado (100%) y LIE de alto grado (83.3%) no tuvieron antecedente familiar de cáncer; sin embargo, hubo un 16.7% de LIE de alto grado que sí tuvieron antecedente familiar de cáncer.

Gráfico N°10:

Paridad según resultados de citología cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.

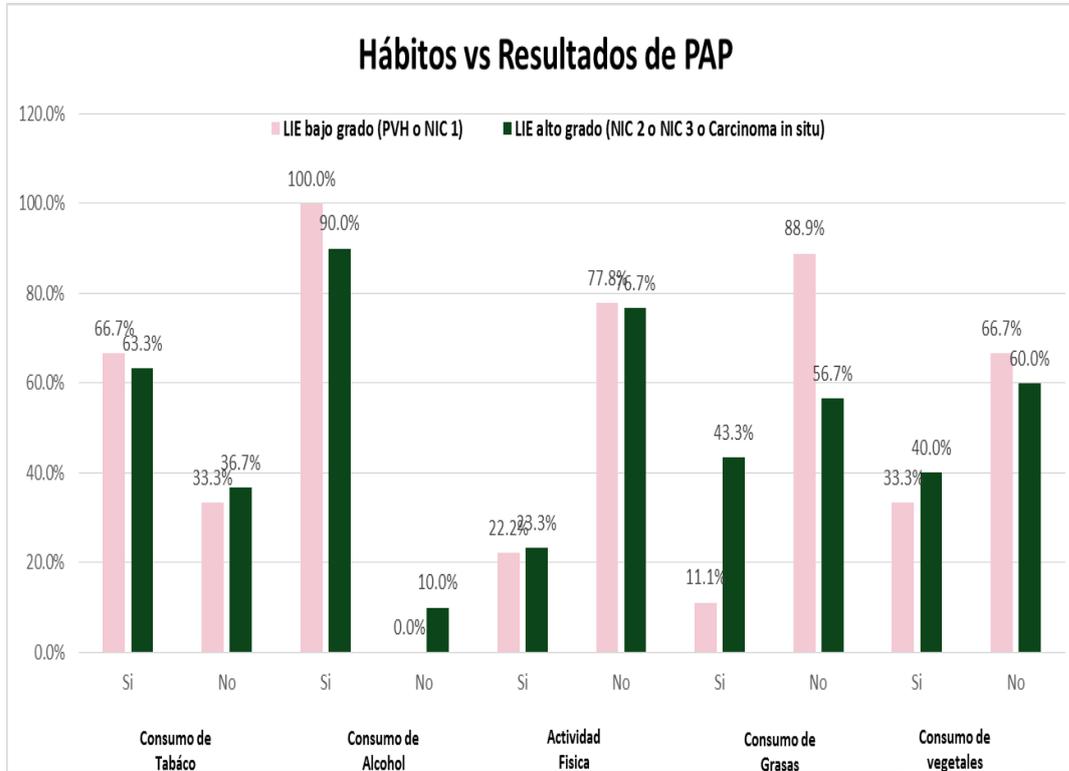


Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°10 muestra que la mayoría de casos de LIE de bajo grado (66.7%) eran nulíparas y la mayoría de LIE de alto grado (66.7%) eran múltiparas.

Gráfico N°11:

Hábitos según resultados de citología cervico vaginal de las mujeres de 20 a 59 años atendidas en el Hospital San José.



Fuente: propia de la elaboración de la investigación.

El gráfico N°11 muestra los hábitos que tienen las mujeres con diagnóstico de LIE de bajo grado y LIE de alto grado, en el cual se indica que: la mayoría de mujeres con LIE de bajo grado (66.7%) y LIE de alto grado (63.3%) consumieron tabaco, de igual manera se observa que casi la totalidad de mujeres con LIE de bajo grado (100%) y LIE de alto grado (90%) consumieron alcohol. En cuanto a la actividad física se observa que la mayoría de mujeres con LIE de bajo grado (77.8%) y LIE de alto grado (76.7%) no la realizaban. En cuanto al consumo de grasas la mayoría de las mujeres con diagnóstico de LIE de alto grado (43.3%) tuvo un mayor consumo en comparación a las de LIE de bajo riesgo (11.1%). Por último se observa que la mayoría de las mujeres con LIE de bajo grado (66.7%) y LIE de alto grado (60%) no consumía vegetales.

DISCUSIONES

A continuación se compararán las características de las mujeres de 20 a 59 años, dimensionadas en características generales, gineco-obstétricas y estilos de vida que se observaron en el presente estudio con otros estudios.

En cuanto a las características generales, en el presente estudio se observó que el 43.6% de las mujeres con citología anormal tenía de 30 a 50 años, el 33.3% menos de 30 años y el 23.1% más de 50 años, mientras que en el trabajo de **Tafurt Y, Acosta C y Sierra C**, se evidenció que el 61% presentó citología normal (n=1061), 2% citología anormal (n=36) y 37% cambios celulares reactivos (n=638). En lo referente al estado civil, en el presente trabajo, la mayoría era casada (30.8%) o conviviente (30.8%), en cambio en la investigación de **Lazo y Aguilar**, se hallaron mayores porcentajes, pues el 50% era casada y el 31% conviviente y en la investigación de **Gabriela Contreras**, el 43% tenía entre 45 a 54 años, el 50% era casada y el 40% eran convivientes. Acerca del grado de instrucción, en el presente estudio se encontró que las pacientes tenían Secundaria (43.6%), mientras que **Lazo y Aguilar**, observaron en su trabajo que las mujeres tenían primaria (64.3%); esto demuestra que en el Hospital San José las mujeres tienen mayor grado de instrucción, probablemente por las diferentes realidades entre un lugar y otro. De manera general, se puede mencionar que en su mayoría la población con resultados anormales de citología cervical del Hospital San José es adulta de 30 a 50 años, tiene una relación de pareja estable y un nivel educativo medio, siendo estas características las más resaltantes de este grupo.

Las características gineco-obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal fueron muy variadas, en el presente estudio se observó se evidenció que la edad de la primera menstruación en la mayoría de usuarias (94.9%) fue entre 12 a 15 años, resultados similares fueron encontrado en el estudio de **Lazo y Aguilar**, ya que la mayor parte de las

mujeres con citología alterada (93%) tuvo su primera menstruación entre los 12 a 14 años; también en el estudio de **Dávila H, García A, Álvarez F, Castillo Y, Imengana L y Matos Z**, indica que el 95% tuvo su primera menstruación entre los 11 a 14 años. Al evaluar la edad de inicio de las relaciones sexuales, se evidencio que fue entre los 15 a 18 años (69.2%), utilizando métodos anticonceptivos como AOC (28.2%) y el 25.6% utilizaron inyectables, para **Tafurt Y, Acosta C y Sierra C** su primera relación sexual era a la edad de 18 años a menos (86%), más de 2 parejas sexuales (44%), una paridad mayor a 2 (39%), y utilizaban anticonceptivos hormonales (61%) en un tiempo promedio de 3.31 años y el estudio de **Malagón L, Fajardo S, Gonzáles A y Campillo R** se encontró que las mujeres con citología alterada tuvieron de 1 a 3 partos (68.6%), de 1 a dos abortos (43.5%) e iniciaron su vida sexual entre los 15 a 19 años (69.6%); sin embargo **Lazo y Aguilar**, difieren con lo encontrado puesto que el 50% de las mujeres del estudio inició sus relaciones sexuales entre los 11 a 15 años, pese a ello el anticonceptivo más utilizado fue la píldora.

Al valorar los datos respecto al último Papanicolaou, se evidencia que la mayoría de usuarias se realizó el último Papanicolaou hace un año (28.2%) o de 2 a 3 años (35.9%), con antecedentes alterados en el PAP anterior en un 18% (entre ASCUS, NIC I, NIC II, NIC III), resultados similares fueron encontrados en el estudio de **Lazo E y Aguilar F** que del total de casos alterados, el 52% correspondía a cáncer in situ, el 29% a NIC I, el 14% a NIC II y el 5% a NIC III.

Al identificar el número de parejas sexuales, en nuestro estudio se encontró que la mayoría tuvo de 2 a 3 parejas sexuales, la mayor parte de las usuarias son multigestas (51.3%) y multíparas (59%), resultados similares son observados en el estudio de **Dávila H, García A, Álvarez F, Castillo Y, Imengana L y Matos Z** que el 38.2% tuvo su primer parto entre los 20 y 24 años y el 33.9% tuvo 2 partos, igualmente **Tafurt Y, Acosta C y Sierra C** encuentra de una paridad mayor a 2 (39%).

En relación a las características sobre los estilos de vida, estas incluyen el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas. En el presente estudio, el 64.1% de las mujeres consume tabaco, lo cual es diferente a la investigación de **Gabriela Contreras** el 43% tenía entre 45 a 54 años quienes encontraron que consumían tabaco (50%). Lo relatado demuestra que el hábito tabáquico es una característica que se ha presentado en las pacientes con citología alterada del Hospital San José, siendo su inicio a la edad de los 18 años a más y la frecuencia de consumo es mayor a 2 cigarrillos al día, por tanto las mujeres que no presentan este hábito tienen mayores probabilidades de no poseer un resultado anormal que conlleve al cáncer de cuello uterino. Sobre el consumo de alcohol, en la presente investigación el 92.3% de las mujeres consume bebidas alcohólicas, siendo disímil a lo hallado por **Gabriela Contreras**, ya que en su estudio el 61% de las pacientes consumía alcohol. En base a los resultados se ha observado que un gran porcentaje de la población con citología anormal accede a este tipo de bebidas, por lo que si continúan con este hábito de manera continua pueden llegar a adquirir cáncer de cuello uterino.

En el presente estudio se observó que el 76.9% de las mujeres de 20 a 59 años tenía LIE alto grado (NIC 2 o NIC 3 o carcinoma in situ) y el 23.1% LIE bajo grado (PVH o NIC 1); estos resultados son similares a lo encontrado por **Lazo y Aguilar**, pues en su estudio, el 71% de las mujeres tenía LIE alto grado (NIC II, NIC III y Carcinoma in situ) y el 29% LIE bajo grado (NIC I). De acuerdo a lo evidenciado, en el Hospital San José hay un porcentaje considerable de lesiones intraepiteliales de alto grado, las cuales se pueden transformar a carcinoma invasor, probablemente por la exposición a determinadas situaciones de riesgo.

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Las características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal fueron: edad de 30 a 50 años (43.6%), estado civil casada (30.8%) o conviviente (30.8%), grado de instrucción secundaria (43.6%), índice de masa corporal entre sobrepeso (41%%) y obesidad (10.3%) y procedencia del Callao (46.2%).
2. Las características gineco-obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal fueron: edad de menarquia entre 12 a 15 años (94.9%), régimen catamenial de 4 a 5 días (53.8%), edad de inicio de relaciones sexuales entre 15 a 18 años (69.2%), utilización de anticonceptivos orales combinado (28.2%), antecedentes de infecciones de transmisión sexual (20.5%), tener de 2 a 3 parejas sexuales (64.1%), multiparidad (59%) y antecedente familiar de cáncer (38.5%).
3. Las características sobre los estilos de vida de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal fueron: consumo de tabaco (64.1%), consumo de bebidas alcohólicas (92.3%), no realizar actividad física (76.9%) y no consumir una dieta rica en vegetales (64.1%) y verduras frescas (51.3%).

RECOMENDACIONES

1. Entre las características generales se ha visualizado que el sobrepeso y la obesidad se encuentran incrementados en la población de mujeres con citología anormal, por lo que es necesario no solo evaluar en consulta el IMC sino derivar a las pacientes con alteraciones nutricionales a un especialista en nutrición, con la finalidad de lograr un mejor balance en la alimentación de este grupo de mujeres.
2. Los datos como el inicio de las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales, el uso de métodos anticonceptivos y la frecuencia de la citología son importantes evaluarlos en la consulta ginecológica de la paciente, ya que permitirá identificar la presencia de factores de riesgo en esta población y clasificarlas en situación de riesgo, así como sensibilizarlas para la toma de Papanicolaou de forma más frecuente.
3. Es necesario fomentar en la población de mujeres, estilos de vida saludable, ello a través de sesiones educativas donde se informe y sensibilice que el consumo de tabaco, bebidas alcohólicas, la ausencia de actividad física y la mala alimentación, son un riesgo para la presencia de cáncer de cuello uterino. Asimismo en las consultas ginecológicas, se debe brindar una consejería sobre este tema con la ayuda de material audiovisual, además de proporcionar como complemento dípticos o trípticos que refuercen la información recibida y promuevan como uno de los hábitos saludables el consumo de frutas y verduras, disminuyendo el consumo de comida chatarra o snacks.

CAPÍTULO V: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Chavarro N, Arroyo G, Felipe L, Muruchi G, Pérez I. Cáncer cervicouterino. Anales de Radiología México [Internet]. 2009 [Acceso el 10 de octubre del 2014]; 1:61-79. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
2. Cabrera D, Palacios R, Guzmán J. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52(2):168-75.
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Guía de práctica clínica. Perú-INEN, 2011.
4. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Estadísticas del cáncer de cuello uterino. [Acceso el 15 de noviembre 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/statistics/>.
5. Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú. Dirección General de Epidemiología; 2013.
6. Axencia de Avallación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. Cribado de Cáncer de cérvix. Métodos convencionales y nuevos métodos. Revisión de la evidencia para su posible implantación en Galicia. Santiago de Compostela: Servicio Galego de Saúde. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias; 2002.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Capítulo 2: Programa de Prevención y Control del Cáncer. Perú: INEI. Enfermedades No transmisibles y Transmisibles; 2013. [Acceso el 15 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1152/cap02.pdf

8. Tafurt Y, Acosta C, Sierra C. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. *Revista Salud pública* [Internet]. 2012 [acceso el 15 de octubre del 2014], 14 (1): 53-66. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v14n1/v14n1a05.pdf>
9. Malagón L, Fajardo S, Gonzáles A, Campillo R. Factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. *Policlínico Dr. Mario Escalona Reguera*. Enero 2010 – Diciembre 2012. *Revista Médica Latinoamericana*. 2014. [Acceso el 12 de julio del 2016]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2014/cts141f.pdf>
10. Dávila H, García A, Álvarez F, Castillo Y, Imengana L, Matos Z. Neoplasia intraepitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 [Acceso el 17 de octubre del 2016]; 76(4): 236 – 243. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262011000400005
11. Garcés M. Comportamiento de Factores de Riesgo Asociados al Cáncer Cérvicouterino. *Correo Científico Médico de Holguín* [Internet]. 2010 [Acceso el 20 de febrero del 2016]; 14(1): 15-34. Disponible en: <http://cocmed.sld.cu/no141/pdf/no141ori01.pdf>
12. Vásquez A, Gonzáles J, De la Cruz F, Almirall A, Valdés R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Internet]. 2008 [Acceso el 11 de julio del 2016]; 34(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200007
13. Lazo E, Aguilar F. 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 [Tesis de licenciatura]. Tarapoto: Universidad Nacional De San

- Martin. Facultad De Ciencias De La Salud; 2012. [Acceso el 01 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_82_Binder1.pdf
14. Contreras G. Influencia del Virus Papiloma Humano en la aparición de cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 55 años del Departamento de Ginecología, del hospital Santa Rosa Lima – 2013. Perú; 2013.
 15. Varela S. Citología cervical. Rev Med Hondur [Internet]. 2005 [Acceso el 03 de noviembre del 2014]; 73:131-136. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>
 16. Muñoz G, Sánchez J, Flores J, Islas G. Frecuencia de las diferentes clases de Papanicolaou en pacientes atendidas en el Departamento de Biología Celular, FMBUAP de 2001-2006. Acta Científica Estudiantil [Internet]. 2009 [Acceso el 17 de noviembre del 2014]; 7(2):67-75. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/estudiantil/ace-2009/ace092b.pdf>
 17. Amaya J, Restrepo S. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2005 [Acceso el 18 de noviembre del 2014]; 56(1): 59-67. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342005000100007
 18. Acinas O, Fernández S, Gómez J, Jubete Y, Muñoz P, Plaza M, et al. Protocolo de detección precoz del cáncer de cérvix. Cantabria: Dirección General de Salud Pública; 2011. [Acceso el 18 de noviembre del 2014]. Disponible en: [http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CANCER%20CUELLO%20DE%20UTERO%20\(28-3-11\).pdf](http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/PROTOCOLO%20CANCER%20CUELLO%20DE%20UTERO%20(28-3-11).pdf)

19. Loustalot M, Espinosa R, Blas I, Vite G, Jerezano O. Manual de Procedimientos para la Toma de la Muestra de citología cervical. México Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud, editor; 2006. [Acceso el 20 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/CaCu/toma_muestra.pdf
20. Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Rev Esp Patol [Internet]. 2003 [Acceso el 22 de noviembre del 2014]; 36(1): 5-10. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/pdf%20patologia%2036-1/36-1-02.pdf>
21. Alvarez E. Guía Práctica de Tamizaje cervico uterino. Guatemala: OPS/OMS. [Acceso el 22 de noviembre del 2014]. Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/componentecancer/GUIA%20PRACTICA%20DE%20TAMIZAJE%20CERVICO%20UTERINO.pdf>
22. Rosa M, Mohammadi A. Revisión sobre citología de cuello uterino con énfasis en la clasificación de BETHESDA 2001. Noveno Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica 2007:1-16.
23. Borré O, Redondo C. Patología pre maligna y maligna de cérvix. [Acceso el 11 de noviembre del 2014] Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PATOLOGIA_PREMALIGNA_Y_MALIGNA_DE_CE.pdf
24. Junta de Andalucía. Protocolo Cáncer de cérvix: Cribado, diagnóstico y tratamiento. Córdoba: Hospital Universitario Reina Sofía. Servicio Andaluz de Salud; 2006.
25. Ortiz R, Uribe C, Díaz L, Dangond Y. Factores de Riesgo para Cáncer de Cuello Uterino. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología

[Internet]. 2004 [Acceso el 22 de noviembre del 2014]; 55(2): 146-160.
Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342004000200007

26. American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino. Atlanta: American Cancer Society; 2014. [Acceso el 23 de Noviembre del 2014] Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>
27. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Prevención del cáncer cervicouterino. Ficha descriptiva. New York: Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004.
28. Diestro M, Serrano M, Gómez F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncología [internet], 2007 [Acceso el 23 de noviembre del 2014]; 30 (2): 42-59. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/onco/v30n2/02.pdf>
29. Vergel N, Bembó Y, Gonzáles A, Coroa L, Gonzáles Y. Epidemiología del cáncer cérvicouterino en el Municipio Bolivia. Revista Mediciego [Internet]. 2009 [Acceso el 23 de noviembre del 2014]; 15(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol15_02_09/pdf/a7_v15__02_09.pdf

ANEXOS

ANEXO N°1: Matriz de Consistencia

TITULO DEL PROYECTO: Características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.

Problema Principal	Objetivo General	Hipótesis de Investigación	Variables
¿Cuáles son las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?	Determinar las características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.	No hay hipótesis general por ser un estudio descriptivo.	Características de mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal.
Problemas secundarios	Objetivos específicos	Hipótesis Específicas	Metodología
¿Cuáles son las características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?	Determinar las características generales de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.	No hay hipótesis específicas por ser un estudio descriptivo.	<p>Tipo: descriptivo, retrospectivo de corte transversal.</p> <p>Nivel: Aplicativo.</p> <p>Método: Deductivo.</p> <p>Población: 39 mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital "San José" durante el año 2014.</p> <p>Tamaño Muestral: Estuvo conformado por el 100% de la población indicada, es decir por 39 mujeres de 20 a 59 años con resultados citológicos anormales.</p>
¿Cuáles son las características Gineco-Obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?	Establecer las características Gineco-Obstétricas de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.		<p>MUESTREO: No se aplicaron técnicas de muestreo, puesto que se tomó a toda la población de estudio.</p>
¿Cuáles son las características sobre los estilos de vida de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014?	Identificar las características sobre los estilos de vida de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014.		<p>Técnica: Recolección de datos de la hoja de patología, libro de registro de displasia y la historia clínica (fuentes secundarias).</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de datos.</p> <p>Validación: A través de juicio de expertos.</p>

ANEXO N°2: Ficha de Recolección de Datos

Ficha N°: _____

DATOS GENERALES

1. Edad: _____
2. Estado Civil
Soltera (0) Casada (1) Conviviente (2) Separada (3)
3. Grado de instrucción:
Sin Instrucción (0) Primaria (1) Secundaria (2) Superior (3)
4. IMC (Peso/Talla²)
Peso Bajo (0) Normal (1) Sobrepeso (2) Obesidad (3)
5. Procedencia: _____

DATOS GINECO-OBSTÉTRICOS

6. Menarquia:
Antes de 12 años (0)
De 12 a 15 años (1)
Después de los 15 años (2)
7. Régimen catamenial:
Ninguno (0)
De 1 a 3 días (1)
De 4 a 5 días (2)
Más de 6 días (3)
8. Edad de inicio de relaciones sexuales:
Antes de los 15 años (0)
De 15 a 18 años (1)
Mayor de 18 años (2)
9. Uso de Método Anticonceptivo:
Ninguno No (0) Si (1)
AOC No (0) Si (1)
Inyectable No (0) Si (1)
DIU No (0) Si (1)
PSV No (0) Si (1)
10. Tiempo de uso del método anticonceptivo.....
11. Numero de PAP en la vida.....
12. Tiempo transcurrido desde el ultimo PAP.....
13. Citología anterior No (0) Si (1)
14. Antecedente de resultado de citología anterior.....
15. Antecedentes de ITS: No (0) Si (1)
16. Número de parejas sexuales:
Una sola pareja (0) De 2 a 3 parejas (1) Más de 3 parejas (2)
17. G ___ P _____
18. Numero de legrados/AMEU:
Ninguno (0) De 1 a 2 (1) De 3 a más (2)

19. Antecedentes personales de cáncer: _____
20. Tipo de cáncer del antecedente personal: _____
21. Antecedentes familiares de cáncer: _____
22. Tipo de cáncer del antecedente familiar: _____

ESTILOS DE VIDA

23. Consumo de tabaco: No (0) Si (1)
 Numero de cigarrillos al día: _____
 Edad de inicio de fumar: _____
24. Consumo de bebidas alcohólicas: No (0) Si (1)
 Diario ()
 Interdiario ()
 Semanal ()
 Mensual ()
 Esporádicos ()
25. Hábito de actividad física No (0) Si (1)
26. Hábito alimentario
- | | | |
|--|--------|--------|
| Consumo de una dieta rica en grasa | No (0) | Si (1) |
| Consumo de una dieta rica en vegetales | No (0) | Si (1) |
| Consumo Frutas | No (0) | Si (1) |
| Consumo verduras frescas | No (0) | Si (1) |

RESULTADOS DE LA CITOLOGIA

27. Momento del examen citológico:
- | | | |
|-------------|--------|--------|
| Primera vez | No (0) | Si (1) |
| Repetido | No (0) | Si (1) |
28. Resultados Anormales:
- | | |
|--|-----|
| LIE de bajo grado: infección por PVH o NIC I | (0) |
| LIE de alto grado: NIC 2 | (1) |
| LIE de alto grado: NIC 3 | (2) |
| LIE de alto grado: Carcinoma In situ | (3) |

**ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado Juez Experto: Felipe Rodríguez R.

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:
Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS: Ninguna


 FIRMA DEL JUEZ EXPERTO
 CMP 29341
 Psicólogo - Psicólogo

**ESCALA DE CALIFICACION
PARA EL JUEZ EXPERTO**

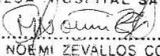
Estimado Juez Experto: Hilda N. Zevallos Córdova

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión.

CRITERIOS	Opinión		
	SI	No	Observación
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	✓		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	✓		
6. Los ítems son claros y entendibles.	✓		
7. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	✓		

SUGERENCIAS: Ninguna


 GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
 DIRESA HOSPITAL SAN JOSE

 HILDA NOEMI ZEVALLOS CORDOVA
 Obstetra Especialista
 C.O.P. 18546 R.N.E. 520-E-01

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

**ESCALA DE CALIFICACIÓN
PARA EL JUEZ EXPERTO**

Estimado juez experto (a): LUISA PARRA SILVA.....

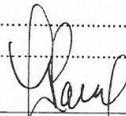
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	1		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	1		
3. La estructura del instrumento es adecuado	1		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	1		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	1		
6. Los ítems son claros y entendibles	1		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	1		

SUGERENCIAS:

Ninguna
.....
.....
.....
.....



COP=0253

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE
"Año de la Consolidación del Mar de Grau"



Callao, 15 de Febrero del 2016

OFICIO Nº 336-2016-GRC / DE- HSJ

Srta. Lee Ann Araujo Castañeda

Asunto: Autorización para Trabajo de Investigación

Presente.-

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarle cordialmente y comunicarle que se ha visto por conveniente autorizar el desarrollo del Trabajo de Investigación titulado **"Características de las mujeres de 20 a 59 años con citología cérvico vaginal anormal atendidas en el Hospital San José de la Región Callao en el año 2014"**.

Sin otro particular, es propicia la oportunidad para reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
HOSPITAL SAN JOSE
Dra. JENIE DEXTRE UBALDO
Directora Ejecutiva

ZJCDU/MAAR/jcdr

www.hsj.gob.pe
hospjose@hsj.gob.pe
docencia.hsj@gmail.com

Jr. Las Magnolias Nº 475 – (Alt. Cdra. 4 Av. Faucett)
Teléfonos: 3197830 Fax: 3199390
Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación