

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

TESIS

**“RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGIA CERVICAL Y
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE
SALUD CLAS PARCONA” – ICA 2016 - 2017**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR: BACH. GUTIERREZ CHAMPE DEYSI ANAIS

ASESOR: Mg. LUZ CHAMBE PALACIOS

ICA, PERÚ

SEPTIEMBRE, 2018

DEDICATORIA

A Dios quien supo darme fuerzas para seguir adelante en los problemas que se presentaban, enseñándome lo difícil que puede ser, pero nunca perder la dignidad ni rendirse en el intento.

Y a mis padres por su apoyo y ayuda en los momentos difíciles, ayudándome con los recursos necesarios para estudiar, perseverar y conseguir mis objetivos.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por cada día que me bendice, por darme la oportunidad de disfrutar cada paso que doy en la vida a lado de los seres que más amo.

Agradecer a la universidad Alas peruanas por haberme aceptado ser parte de ella y estudiar mi carrera y a cada docente que me brindo sus conocimientos y apoyo de seguir adelante

A mi familia: mis padres, Dionicio y Saturnina y mi hermano Jesús por cada cosa que han hecho por mí y porque esta tesis concluya de manera exitosa. Gracias a mi padre por estar dispuesto acompañarme en cada paso que daba, detrás de mí para culminar con todo lo que me propongo, siempre anhelando lo mejor para mí. Mi madre por cada consejo y sus palabras que guiaron mi camino hasta donde estoy ahora.

Gracias a los grandes profesionales que han entrado en mi vida personal y profesional ayudándome a construir mi sueño, metas y escalar mucho más.

RESUMEN

Se realizó una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre la citología cervical anormal y los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud Clas Parcona, Ica 2016 – 2017, siendo la investigación de un diseño no experimental de tipo correlacional y un nivel descriptivo, transversal y retrospectivo, se utilizó el método documental siendo la muestra con la que se trabajó estuvo conformada por 37 mujeres con citología anormal atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona.

La incidencia de la citología anormal de las mujeres que acuden al centro de salud CLAS Parcona fue de 4.9%.

Los resultados que encontramos en la presente investigación fueron:

Las pacientes que iniciaron tempranamente sus relaciones sexuales entre las edades de 15 a 19 años, presentaron citología anormal en un 70.3%, las pacientes con citología anormal que tuvieron una sola pareja sexual fue de 67.6%, las pacientes con citología anormal que utilizaron método anticonceptivo hormonal fue 67.6%, las pacientes con citología anormal el 54.1% presentaron infección de transmisión sexual.

Las pacientes que tienen 2 a 5 partos vaginales presentaron en un 86.5% de citología anormal, prevaleciendo que el 75.7% presento LIEBG.

Conclusión: Existe una relación directa entre los resultados anormales mediante la citología cervical y los antecedentes reproductivos y el número de partos vaginales en mujeres atendidas en el centro de salud CLAS Parcona – Ica 2016- 2017.

PALABRAS CLAVE: Resultados anormales – Citología cervical – Antecedentes reproductivos.

ABSTRACT

An investigation was carried out whose objective was to determine the relationship that exists between the abnormal cervical cytology and the reproductive antecedents in women attended in the obstetrics service of the Health Center Clas Parcona, Ica 2016 - 2017, being the research of a non experimental design of Correlational type and a descriptive, transversal and retrospective level, the documentary method was used, being the sample with which it was worked, it consisted of 37 women with abnormal cytology attended in the obstetrics service of the CLAS Parcona Health Center.

The incidence of abnormal cytology of women attending the CLAS Parcona health center was 4.9%.

The results that we found in the present investigation were:

The patients who initiated their sexual intercourse early between the ages of 15 to 19 years, presented abnormal cytology in 70.3%, the patients with abnormal cytology that had a single sexual partner was 67.6%, the patients with abnormal cytology that used contraceptive method hormone was 67.6%, patients with abnormal cytology 54.1% had sexually transmitted infection.

The patients who had 2 to 5 vaginal deliveries presented in 86.5% of abnormal cytology, prevailing that 75.7% presented LIEBG.

Conclusion: There is a direct relationship between abnormal results by cervical cytology and reproductive history and the number of vaginal deliveries in women attended at the CLAS Parcona - Ica health center 2016- 2017

KEY WORDS: Abnormal results - Cervical cytology - Reproductive history

INDICE

CARATULA	i	
PAGINAS PRELIMINARES	ii	
RESUMEN	iv	
ABSTRACT	v	
INDICE	vi	
INTRODUCCIÓN	viii	
CAPITULO I	PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1	Descripción de la Realidad Problemática	10
1.2	Delimitación de la investigación	14
1.3	Formulación del Problema	15
1.3.1	Problema principal	15
1.3.2	Problemas secundarios	15
1.4	Objetivos de la investigación	15
1.4.1	Objetivo general	15
1.4.2	Objetivos específicos	16
1.5	Hipótesis	
1.5.1	Hipótesis general	16
1.5.2	Hipótesis secundaria	16
1.5.3	Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	16
1.5.4	Operacionalización de variables	18
1.6	Diseño de la Investigación	19
1.6.1	Tipo de investigación	19
1.6.2	Nivel de la investigación	19
1.6.3	Método	19
1.7	Población y muestra	19
1.7.1	Población	19
1.7.2	Muestra	19
1.8	Técnicas e instrumentos	20
1.8.1	Técnicas	20
1.8.2	Instrumentos	20

1.9	Justificación	20
CAPITULO II MARCO TEORICO		22
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación	22
2.1.1	Antecedentes	22
2.1.2	Bases teóricas	29
2.1.3	Definición de términos	43
CAPITULO III PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS		
3.1	Presentación de resultados	47
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados	58
CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
4.1	Conclusiones	59
4.2	Recomendaciones	61
FUENTES DE INFORMACION		62
ANEXOS		65
Matriz de consistencia		66
Instrumentos de recolección de datos		67
Juicio de expertos		68
Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio		71

INTRODUCCIÓN

En el Perú y en el mundo es cada día mayor el número de casos de cáncer de cuello uterino, existen factores de riesgo que promueven la formación de células cancerosas en el cuello uterino, los cuales en la mayoría de los casos se adquieren con el estilo de vida de la paciente.

La prueba de Papanicolaou puede detectar células anormales en el cuello uterino que pueden convertirse en células cancerosas, hasta que se extienda a otras partes de su cuerpo y se convierta en cáncer invasivo. Si se detecta oportunamente, el tratamiento del cáncer del cuello del útero puede ser más sencillo y las probabilidades de que sea curable son mucho mayores.

Es importante dar a conocer cuáles son los factores de riesgo para desarrollar un cáncer de cuello uterino, ya que gracias a la información u orientación, podemos modificar ciertos factores de riesgo, llevando una vida sexual saludable y responsable.

Educando a las mujeres a realizarse los exámenes oportunos, se podría lograr la disminución de la incidencia del cáncer de cuello uterino y detección precoz, permitiendo el tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino.

Tomando acciones preventivas en los factores de riesgo como, postergar el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, evitar las múltiples parejas o saben que su actual pareja es promiscua deben tomar conciencia del riesgo que exponen su vida.

Las mujeres que presentan antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino son las que deberían acudir con mayor regularidad a hacerse exámenes médicos y prevenir futuras complicaciones.

Asimismo, las que consumen alcohol y tabaco en grandes cantidades o diariamente, constituyen factores de riesgo para contraer cáncer de cuello uterino.

La evaluación mediante la prueba de Papanicolaou, se realiza a mujeres que acuden al Centro de Salud CLAS Parcona, en aquellas mujeres que el reporte de laboratorio indicó resultados patológicos o anormales se les deriva al hospital regional al consultorio de oncología ginecológica para seguir con el tratamiento o paso correspondiente.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El cáncer es una enfermedad de tipo crónico relacionada con la exposición del organismo humano a compuestos medioambientales. En los países desarrollados constituye la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y por lo tanto uno de los mayores problemas de la ciencia médica, de acuerdo al Ministerio de Salud, en el Perú el cáncer es la tercera causa de muerte siendo desplazado por las enfermedades cardiovasculares e infecciones.¹

En todo el mundo, el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en mujeres, la Organización Mundial de la Salud calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer de cuello uterino. Cada año, se diagnostican 490,000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino. Eso es más de 1,350 casos nuevos por día.¹

El cáncer de cuello uterino constituye un serio problema de salud pública para las mujeres de todo el mundo. El cáncer cervicouterino es el segundo cáncer más frecuente en la población femenina, es responsable de 72000 casos nuevos por año y 38000 muertes en América Latina. En el Perú constituye un problema de salud pública.¹

Las políticas sanitarias abordan el problema del cáncer desde la prevención y detección precoz de casos de cáncer en personas con factores de riesgo. La mayor parte de las neoplasias en el Perú están asociadas a hábitos de vida poco saludables como el consumo excesivo de tabaco y alcohol, consumo exagerado de grasas y poco consumo de vegetales. Asimismo, están asociadas a agentes infecciosos como el virus del papiloma humano (VPH) y el *Helicobacter pylori*. Las principales neoplasias en adultos, a nivel nacional, están localizadas en el cérvix, estómago, mama, piel y próstata.²

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) se ha convertido en las últimas décadas en la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo, sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes. Existen más de 100 genotipos de VPH que pueden infectar al ser humano y de ellos 30, aproximadamente, tienen predilección por el tracto genital, mucosa oral y respiratoria. Algunos genotipos del VPH pueden provocar cáncer como es el caso de los genotipos 16 y 18 que están asociados a cáncer de la zona anogenital como el cérvix, vulva, vagina, pene, anal y también cáncer de cabeza y cuello siendo los principales los ubicados en la región orofaríngea.²

La identificación del VPH como una causa de cáncer de cuello uterino por parte de las personas es importante, pues permite tener una aproximación a su percepción de riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Muchas intervenciones están diseñadas para acercar los servicios de detección precoz de cáncer a los grupos en riesgo, otras intervenciones están orientadas a fomentar los estilos de vida saludable

y modificar conductas sexuales de riesgo, todas ellas destinadas a disminuir los casos de cáncer. Sin embargo, estas intervenciones pueden fallar cuando la población objetivo no es consciente del riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y que es una enfermedad que puede detectarse precozmente cuando se participa regularmente de las actividades de despistaje.²

Poblaciones con un reconocimiento del VPH como agente causal de cáncer cervical podrían tener una mayor disposición a participar de los programas orientados a prevenir este tipo de cáncer. El 47,6% de las personas de 15 a 59 años de edad reconocen que el virus del papiloma humano puede causar cáncer al cuello uterino, también llamado cáncer cervical, este conocimiento ha aumentado 4,5 puntos porcentuales en relación al año 2015. En el 2016, en las mujeres (55,7%), el conocimiento de la existencia del virus ha aumentado 4,6 puntos porcentuales con respecto al 2015 (51,1%), en el caso de los hombres aumenta en similar magnitud.²

Las regiones con mayor proporción de personas que se han realizado chequeo general para descartar algún tipo de cáncer en los últimos 24 meses del 2016 son: Provincia Constitucional del Callao (38,4%), Provincia de Lima (35,6%), Arequipa (31,5%), Ica y Moquegua (31,4% cada uno).²

La importancia del PAP en la detección precoz de cáncer ha sido evaluada en muchas publicaciones. Aunque, es controversial dependiendo del contexto donde se realice el PAP; en sistemas de salud poco organizados, con falta de recursos humanos y con poca oferta estos programas no han demostrado ser de utilidad para disminuir la incidencia de cáncer de cérvix. No obstante, cuando se logra tener un sistema de salud eficiente es una política costo-efectiva. Las recomendaciones basadas en las Guías de Práctica Clínica (GPC) y en los estudios de costo-efectividad recomiendan realizarse un examen

PAP cada tres años a partir de los 30 años de edad. Por lo cual, es importante que la población conozca estas consideraciones acerca del descarte de cáncer mediante el PAP.²

De las mujeres entre 30 y 59 años de edad, el 59,9% se realizaron la prueba de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud en los últimos tres años 2014-2016.²

Según región natural, las mujeres que residen en Lima Metropolitana (70,0%) se han realizado en mayor proporción el examen de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud; en comparación con el resto, en especial con la Selva y Sierra (50,2% y 55,7%, respectivamente).²

En Lima Metropolitana (85,0%), en el Resto Costa (79,7%) y en la Selva (79,5%) se presentaron los más altos porcentajes de acceso a la prueba del Papanicolaou y conocimiento de su resultado, en mujeres de 30 a 59 años que se realizaron el PAP. En cambio, en la Sierra este porcentaje fue menor (73,2%).²

A nivel de región, el mayor porcentaje de las mujeres entre 30 a 59 años de edad que en los últimos tres años 2014- 2016 se han realizado la prueba de Papanicolaou y conocieron su resultado residen en Loreto (88,6%), Provincia de Lima (85,9%), Lambayeque (85,0%), Ucayali (83,5%), Ica (83,0%) y Región Lima (81,6%). Mientras que las de menor porcentaje se encuentran en Huancavelica (69,5%), Madre de Dios (68,4%) y Puno (63,2%).²

En el Perú de acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%) y próstata (5.8%).¹

Según el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) tiene una curva de incidencia con crecimiento exponencial a partir de los de 35 -39 años de edad y un pico a los 55 años.¹

En el año 2013, el cáncer cervical en el Perú tuvo una mortalidad de 5.99 por 105 mujeres, y según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de los últimos 5 años está entre los 5 más altos en Sudamérica (por debajo de Venezuela y Paraguay). En nuestro país, es la principal causa de muerte por cáncer en mujeres de 35 a 70 años (0.6%) desde hace varias décadas, por encima de las neoplasias de estómago, hígado y vías biliares.¹

El cáncer cérvico uterino es una de las amenazas más graves para la vida de las mujeres. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida. En el 2012 se diagnosticaron 528 000 casos nuevos, y 266 000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años.¹

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación social.- el trabajo se realizó en las mujeres con resultado de citología anormal

Delimitación conceptual.- se trata de explicar la relación existente entre la citología anormal y los antecedentes reproductivos.

Delimitación temporal.- la investigación se realizó en base a los datos obtenidos de los años 2016-2017.

Delimitación espacial.- este trabajo se realizó en el consultorio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

- ¿Qué relación existe entre la citología cervical anormal y los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia en el Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cuál es la incidencia de citología anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 - 2017?
- ¿Qué relación tiene el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 - 2017?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre la citología cervical anormal y los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la incidencia de citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017.

- Analizar la relación que tiene el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017.

1.5 HIPÓTESIS

1.5.1 HIPÓTESIS GENERAL

- Los resultados anormales mediante citología cervical tienen relación directa con los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017.

1.5.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA

- Existe baja incidencia de citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017
- Existe relación entre el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017.

1.5.3 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- Antecedentes reproductivos

Indicadores:

- Inicio de relaciones sexuales.
- N° de parejas sexuales.
- Uso de anticonceptivos.

- ITS
- N° de partos vaginales

VARIABLE DEPENDIENTE:

- Resultado anormal de citología cervical

Indicadores:

Ascus

LIEBG

LIEAG

Carcinoma insitu

- Paridad

Indicadores:

1 parto (primapara)

2 – 5 partos (multípara)

> 5 partos (gran múltipara)

1.5.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	FUENTE
Antecedentes reproductivos	Antecedentes de una mujer en su etapa reproductiva.	Independiente	Cualitativa	Nominal	- Inicio de relaciones sexuales -N° de parejas sexuales -Uso de anticonceptivos. - ITS - N° de partos vaginales	Historias clínicas
Resultado anormal de citología cervical	Resultados con presencia de células anormales del cuello uterino	Dependiente	Cualitativa	Nominal	ASCUS LIEBG LIEAG CARCINOMA INSITU	
Paridad	Número total de embarazos que ha tenido una mujer	Dependiente	Cualitativa	Nominal	1 parto 2 – 5 partos >5 partos	

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Correlacional porque se busca la relación que existe entre los antecedentes reproductivos con los resultados anormales de la citología cervical.

1.6.2 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

Es una investigación de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo.

Es descriptivo porque se describió las variables sin modificarlas; transversal porque las variables se midieron en un solo momento y retrospectivo porque los datos se obtuvieron del año 2016 - 2017.

1.6.3 MÉTODO

Documental porque se utilizará las historias clínicas para obtener la información.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA

1.7.1 POBLACIÓN

La población estuvo formada por 37 casos de citología anormal en el Centro de Salud CLAS Parcona en el año 2016 – 2017.

1.7.2 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por el total de la población por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

Historias clínicas con datos completos.

Mujeres con citología anormal.

Casos durante el periodo de investigación

Criterios de Exclusión:

Historias clínicas incompletas.

Mujeres con citología normal

Casos fuera del periodo de investigación

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**1.8.1 TÉCNICAS**

La técnica utilizada fue la documental porque se revisaron los documentos como son las historias clínicas y resultados patológicos.

1.8.2 INSTRUMENTOS

Una ficha de recolección de datos, previamente elaborada y destinada a investigar la relación entre los antecedentes reproductivos y la citología anormal de cérvix en el centro de salud CLAS Parcona.

1.9 JUSTIFICACIÓN

Todos los tipos de VPH genital pueden tener como consecuencia pruebas de Papanicolaou anormales es por eso que las exploraciones ginecológicas en la mujer son muy importantes, sobre todo para aquellas que superan los 30 años.

La detección primaria de cáncer cérvico uterino se hace por medio de una prueba de Papanicolaou. Una prueba de Papanicolaou (también conocida como frotis de Papanicolaou) es parte de una exploración ginecológica. Ayuda a detectar células cervicales anormales antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cáncer cérvico uterino. Los resultados del Papanicolaou pueden ayudar a los médicos a decidir si es necesario realizar más pruebas o dar más tratamiento.

Este trabajo de investigación se justifica para saber qué factores de riesgo contribuyen a una citología anormal, en las mujeres atendidas en el centro de salud CLAS Parcona para dar énfasis en actividades preventivas promocionales encaminadas a evitar que estas mujeres desarrollen este tipo de cáncer cervical y cambiar estilos de vida saludable como el control de las ITS, el control anual de papanicolau. Además de ferias Informativas.

El trabajo es importante porque permitirá salvaguardar la vida de muchas pacientes que son diagnosticadas con ciertas patologías en el cuello uterino, disminuyendo de esta manera las estadísticas sobre el particular. Aquí radica la importancia social de la presente investigación, la misma que en su desarrollo propondrá determinados pasos para optimizar la prevención del deterioro de las células del cuello uterino, convirtiéndose en escamosas, proclives a generar el cáncer en esta región del organismo.

El presente estudio tiene una gran utilidad para el sistema de salud, ya que las instituciones de salud tienen como objetivo el bienestar y la salud de la mujer, mediante controles y las pruebas de tamizaje y diagnóstico, en las cuales se puedan detectar diferentes lesiones pre malignas, cuyo tratamiento impide su progresión a cáncer de cérvix.

Además, beneficiará a las pacientes, dando una mejor calidad de vida para ellas y su familia. Pues, con los procedimientos realizados en las mujeres se obtendrá a la población más vulnerable, y se procurará tomar medidas de prevención más adecuadas, asimismo servirá esta investigación de referencia para posteriores trabajos de investigación, y la ejecución de modernas estrategias de salud en prevención y promoción para la disminución de la prevalencia e incidencia de las patologías de cérvix y así de esta manera se contribuirá a reducir la morbimortalidad en la mujer.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

A nivel internacional:

Arenas, R.: “Cáncer de Cuello Uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años” Venezuela. 2011. ⁶

El inicio de la actividad sexual fue a los 14,6 ±4,3 años en el grupo A y 17,5 ±3,4 años en el grupo B (p=0.003). La edad del primer embarazo fue de 18-20 años, respectivamente (p=0,036). No hubo diferencias en el número de parejas sexuales, embarazos, habito tabaquismo y consumo de anticonceptivos orales. El motivo de consulta más frecuente fue el sangrado genital en ambos grupos. El diagnostico citológico predominante fue la lesión Intraepitelial de alto grado (33,3% y 19,6% respectivamente. Colposcopicamente, hubo 80% en el grupo A y

71,7% en el grupo B de sospecha de invasión. El tipo histológico más frecuente fue epidermoide en ambos grupos.⁷

Conclusiones: La incidencia de cáncer de cuello uterino fue de 1:1 575 (24,6% en menores de 35 años y 75,4% en pacientes de 35 años y más). En pacientes menores de 35, el inicio de la actividad sexual y la edad del primer embarazo son significativamente más bajos. Los hallazgos clínicos, patológicos, el tratamiento indicado y la evolución de las pacientes fueron independientes del grupo de edad.⁷

Dávila, H., García, A.: "Factores de riesgo de Cáncer de Cuello Uterino" Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 01 Diciembre. Cuba, 2010.

Conclusiones: se pudo observar que el 63% de los casos se presentaron en mujeres de 34 a 57 años y que el 20% estaban en edades fuera del programa de pesquisa. El antecedente de neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) y/o infección por virus del papiloma (HPV) y el tabaquismo fueron los factores de riesgo más frecuentes. Predomino el Carcinoma Epidermoide no queratinizado de células grandes y el estadio 0 o in situ. A la mayor parte de las pacientes se les practico tratamiento quirúrgico como terapia inicial. La mayor mortalidad se observó entre la quinta y sexta década de vida, con una supervivencia aceptable al término de 5 años.⁸

Silva, S.: "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados del IVAA, citología e cervicografía." Revista de la escuela de enfermería da USP. Colombia, 01 Diciembre 2010.

Conclusiones: Este estudio evaluó la asociación entre factores de riesgo para cáncer de cuello uterino y lesiones cervicales por HPV, según comparación entre los resultados de la inspección visual con ácido acético (IVA), citología y cervicografía. Se realizó investigación de prevalencia con 157 mujeres en un centro de Salud de Fortaleza-Brasil,

en el periodo de junio a setiembre del 2006. Se utilizó el SPSS, para codificar los datos. Se realizaron inferencias a través del test estadístico (χ^2 = chi cuadrado y RV= razón de verosimilitud) .La IVA, cervicografía y la citología obtuvieron 43,3%, 10,19% y el 3,2% de resultados alterados. La variable con importante asociación a lesiones cervicales en la IVA fueron: edad menor de 20 años ($p= 0,0001$), uno o más parejas en los últimos tres meses ($p=0,0015$), uso de anticonceptivos ($p= 0,0008$), presencia de vaginitis $p= (0,0001)$ y PH elevado ($p= 0,001$). No se encontró asociación significativa en a cervicometría.⁹

A nivel nacional:

Cabrera, J.: “Distribución de Factores de Riesgo en el Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Sergio Bernales 2006-2011”. Lima 2012.

Conclusiones: los factores de riesgo mayormente asociados con el cáncer de cérvix fueron exposición a VPH (64.8%) y multiparidad (68.5%); la mayoría tuvo menarquía de inicio medio (63%); el mayor porcentaje de inicio de las relaciones sexuales está entre los 18 y 20 años (63%), mientras que el inicio tardío o precoz de esta actividad tiene un igual porcentaje (18.5%); pacientes con menos de 5 parejas sexuales durante su vida es lo mayormente hallado en el presente estudio (94.4%), cuando lo más relacionado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino es mayor cantidad de parejas; sin embargo no se toma en cuenta el factor masculino y cuanto exponen estos a sus parejas; se encontró un bajo porcentaje tanto del alcohol como del tabaco con un hallazgo de casi el 70% de mujeres con antecedente de haber cocinado o cocinar con leña, dato esperado en una sociedad como la nuestra; y, finalmente, pero no menos importante, al hallarse que un poco más del 20% de las mujeres del estudio no contaban con estudios de tamizaje primario, por lo que no se sabía si contaban con el antecedente de infección previa por el VPH, se puede concluir que los programas de tamizaje primario no son muy difundidos en la comunidad que abarca el

HNSEB, a pesar de su facilidad de uso. A la luz esto se propone mejores medidas educacionales y sobre todo preventivas con el uso sistemático del tamizaje primario con técnicas tan simples como la IVAA e IVL, pero que arrojan rápidamente resultados confiables que pueden orientar a un diagnóstico precoz y así evitar las funestas consecuencias de este extendido mal.¹⁰

Briony, S.: “Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013” en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014”. Loreto.2014.

Conclusiones: la conducta sexual y reproductiva es: 50,4% tiene edad de inicio de relación sexual precoz (de 10 a 19 años), 71,7% con múltiples parejas sexuales, 59,3% tiene antecedente de infección de transmisión sexual, 79,6% tiene edad del primer parto Temprana o precoz (menor de 20 años), 96,5% en cuanto al números de hijos o paridad fueron multíparas, 39,8% tuvieron aborto provocado. Al Asociar la conducta sexual y reproductiva y cáncer cervicouterino, se obtuvo que: existe relación estadística significativa entre: edad de inicio de relaciones sexuales y cáncer cervicouterino ($p = 0,039$; $p < 0,05$), número de parejas sexuales y Cáncer cervicouterino ($p = 0,013$; $p < 0,05$), Infección de Transmisión Sexual y Cáncer cervicouterino ($p = 0,014$; $p < 0,05$), aborto y Cáncer cervicouterino ($p = 0,02$; $p < 0,05$); y que no existe relación estadística significativa entre: edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p = 0,429$; $p > 0,05$), entre paridad y Cáncer cervicouterino ($p = 0,801$; $p > 0,05$).¹¹

Lazo, E.: “Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical alterada, atendidas en los consultorios de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero a junio del 2011”. Tarapoto 2012.

Conclusiones: Es un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se

utilizó la ficha de recolección de datos, basándose en la observación de las historias clínicas. Los resultados encontrados fueron: En cuanto a la edad, el 33.33% de la población tenía entre 35 a 54 años. El 50% tenían un inicio de relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, El 78% tenían entre 2 y 3 parejas sexuales, El 47.62% tenían de 3 a 5 embarazos, con 4 embarazos de mayor frecuencia, con un mínimo de 1 y un máximo de 11 embarazos, El 47.62% tenían de 3 a 5 partos, con un mínimo de 0 y un máximo de 10 partos, El 62% hicieron uso de algún método anticonceptivo, El anticonceptivo más empleado es el AOC con 57.69%, el segundo más utilizado es el inyectable con 34.61%, el DIU y el preservativo solo con un 3.85%. Se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etéreo de 45 -54 siendo este el grupo más afectado, El 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS, Con respecto al número de parejas sexuales se observa que 33 (78.6%) pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA INSITU. La relación entre las variables de estudio de Ji cuadrado (X^2) de Pearson es de (0.078), lo cual llega a la conclusión que si existe relación entre los factores de riesgo con las citologías cervicales uterinas alteradas.¹²

Castro, E.: “Edad de Inicio de Relaciones Sexuales como Factor de Riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II”, Trujillo 2014.

Conclusiones: Al analizar el inicio de relaciones coitales como factor de riesgo asociados a la existencia del cáncer de cuello uterino, el Odds Ratio (7,76) obtenido, muestra una relación significativa entre ambos ($p=0,000 < 0.05$); se puede observar que el 26,6 por ciento de las mujeres fueron diagnosticadas con cáncer de cuello uterino iniciaron sus relaciones coitales antes de los 18 años, mientras que un 6.7 por ciento,

iniciaron a partir de los 19 años o más. Así mismo podemos afirmar que las mujeres que iniciaron sus relaciones coitales antes de los 18 años tiene 7 veces más probabilidades de contraer Cáncer de Cuello Uterino que las que iniciaron después de los 19 años. En la última década se incrementó el número de pacientes diagnosticados con Cáncer de Cuello Uterino, alrededor de 15 casos son detectados diariamente en el país, y entre seis a ocho mujeres peruanas mueren todos los días, considerado actualmente un serio problema de salud pública. La aparición de ese mal está relacionada al inicio temprano de la actividad sexual entre otras conductas sexuales de riesgo.¹³

A nivel regional:

Hernández, M. 2011. “Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres del AAHH Tierra Prometida – Ica - 2013” Ica.

De las 111 Mujeres en edad fértil sexualmente activa del AAHH a quienes se realizó la entrevista para determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento, actitud y práctica que tienen sobre el examen de Papanicolaou, se encontró que: el 42,34% oscilan entre los 20 y 29 años, el 21,62% entre 14 – 19 años y el 19,82% entre 30 – 39 años. El promedio de edad alcanzado fue de 27,6 años con un rango entre 15 – 48 años. Asimismo, el 61,26% son convivientes, el 28,83% son solteras y el 8,11% son casadas.¹³

En relación al grado de instrucción el 44,14% son de nivel secundario, el 34,23% de nivel primaria y el 17,12% son de nivel superior universitario. El porcentaje de analfabetismo es bajo 0,90%.¹³

En el estudio se halló que solo el 50,45% tienen conocimientos Altos sobre el examen de Papanicolaou, mientras que el 25,23% y el 24,32% presentó conocimientos Bajos y Regular respectivamente. la Actitud que tienen las MEF sexualmente activa frente al Examen de Papanicolaou,

observándose, que el 54,05% tienen una Actitud Favorable, el 24,2% Actitud Desfavorable y el 21,62% Indiferente. El promedio de puntos alcanzado fue de 11,356 pts., con un rango entre 0 – 20 pts., ubicándolas según la clasificación considerada en nuestro estudio, en el nivel de Actitud Indiferente ($X = 32,64$ pts).¹⁴

Ibazeta, J.”Factores clínicos Epidemiológicos del Cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica”. Ica.2014.

Teniendo como resultados: las características más frecuentes fueron edad media 47 años (8.7%), mayores de 35 años (77.8%), convivientes (40.8%), instrucción secundaria (48.2%), provenían del área urbana (70.4%), nivel socio económico familiar medio (44.56%). Los resultados anatomopatológicos fueron: 25.9%, carcinomas invasivos, 74.1% lesiones intraepiteliales de alta malignidad. Las características ginecobstétricas fueron multigestas (59,3%), multíparas (55,6%), menarquia mayor o igual de 15 años (25,9%-33.3%). El síntoma clínico fue el sangrado vaginal post coital (29.2%). El antecedente de cáncer familiar fue (7,4%) y el 85.2% no tuvo controles previos al Papanicolaou. Conclusiones: El cáncer de cuello uterino es una enfermedad con múltiples factores clínico-epidemiológicos en las que existen la necesidad desarrollar una amplia cobertura del diagnóstico de enfermedades pre neoplásicas y neoplásicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno.¹⁵

Valle Paravecino, Determinar las actitudes de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015

Se logró conformar una muestra de 56 pacientes sometidas a la prueba de Papanicolaou con resultados patológicos. **Resultados y discusión:** Las pacientes que presentan LIEAG tienen mayor proporción de muy alto conocimiento, mientras que las que presentan LIEBG y AGUS

presentan mayor proporción de alto conocimiento, esta diferencia no estadísticamente significativa según la prueba chi cuadrado ($p= 0,449$). Las pacientes que presentan ASCUS tienen mayor proporción de desfavorable estado emocional que las demás, sin embargo la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,992$). Las pacientes con LIEBG presentan mayor proporción con mala conducta, mientras que las pacientes con AGUS son las que presentan menor proporción de mala conducta ($p=0,030$). La prueba de chi cuadrado indica que si hay asociación entre estas variables. **Conclusiones:** Las pacientes con LIEAG presentaron muy alto conocimiento, mientras que las pacientes con LIEBG y AGUS presentaron alto conocimiento, sin embargo la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación o relación entre estas variables.¹⁶

BASES TEÓRICAS

2.1.2.1. CANCER

Se entiende al crecimiento maligno, autónomo y descontrolado de células y tejidos. Ese crecimiento da lugar a tumores que pueden invadir tejidos circundantes y provocar nuevas proliferaciones similares al cáncer original en partes distantes del cuerpo, proceso llamado metástasis. A medida que crece, el cáncer destruye los tejidos normales y compite por los nutrientes y el oxígeno.¹⁷

A. CANCER CERVICOUTERINO:

También conocido como cáncer cervical o carcinoma del cuello uterino, suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, en sus inicios algunas células comienzan a convertirse de células normales en células pre-cancerosas y luego pasan a ser células cancerosas (proceso conocido como Displasia).¹⁷

Este cáncer empieza creciendo lentamente, antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello del útero, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como displasia, durante el cual empiezan a aparecer células anormales. Una citología con tinción de Papanicolaou generalmente encontrará estas células pre – malignas.¹⁷

La infección persistente por los tipos de VPH carcinógenos es la causa de la mayor parte de los casos de cáncer cervicouterino. El 90% de los cánceres cervicouterinos son cánceres de células escamosas y se inician en la zona de transformación del exocérvix; el 10% restante son adenocarcinomas que surgen en la capa cilíndrica glandular del endocérvix. El cáncer cervicouterino es prevenible mediante la vacunación de las niñas contra los virus del papiloma humano que lo causan y mediante el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas en las mujeres, ya que esas lesiones precede el cáncer en muchos años. Además, si se detecta precozmente y se trata, el cáncer cervicouterino se puede curar.¹⁷

a) LESIONES PRECANCEROSAS DEL CUELLO UTERINO:

Las lesiones precancerosas del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por VPH. En la mayoría de los cánceres, aunque tengan una fase precursora, esta es demasiado breve para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento. El cáncer cervicouterino es uno de los

pocos cuya fase precursora (lesiones precancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento. Lamentablemente, aunque sea prevenible, gran número de mujeres mueren todavía de cáncer cervicouterino en muchos países. Esto es porque carecen de acceso a servicios de prevención y tratamiento, problema que puede obedecer a numerosos factores, como barreras que limitan el acceso a los servicios (por ejemplo, horarios de atención, distancia, falta de transporte) así como barreras culturales y de género. En la mayoría de los casos, sin embargo, la causa principal es la pobreza.¹⁷

b) **CLASIFICACION DE CANCER DE CUELLO UTERINO**

- **Carcinoma Escamoso.**- A expensas del epitelio pavimentoso, es el más frecuente y tiene dos variables:
 - Carcinoma escamoso de células grandes (queratinizantes)
 - Carcinoma escamoso de células pequeñas
- **Carcinoma Epidermoide.**- Se origina del epitelio columnar o glandular.

c) **EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER**

El cáncer de cuello uterino es el segundo tumor más común y más letal en mujeres alrededor del mundo, probablemente debido a la extendida infección con cepas de virus de papiloma humano (HPV) de alto riesgo y la utilización limitada o la poca accesibilidad a pruebas de citología vaginal en muchos países del todo el mundo. Se esperan anualmente cerca de 500 000 casos de cáncer cervical alrededor del mundo con

aproximación de 240 000 muertes. La incidencia de cáncer es en particular alta en mujeres que viven en América Central y del Sur, el Caribe y el Sur este de África. La tasa de mortalidad es desproporcionadamente alta en África. En estados Unidos 12 200 mujeres se les diagnosticó cáncer de cuello uterino y 4 210 murieron. Mientras los esfuerzos de países desarrollados se han enfocado en técnicas de detección de alta tecnología para HPV usando reacción en cadena de polimerasa y otras tecnologías moleculares, hay necesidad urgente de estrategias de baja tecnología con alto rendimiento para identificar y tratar a las mujeres portadoras de displasias cervical de alto riesgo pero tratable. En el Perú para el año 2013, el número de casos nuevos de cáncer fue (1,379), 2006 (1,532), año 2007 (1,499), año 2008 (1,620), año 2009 (1,593). Siendo en nuestro país una de las principales causas de muertes.¹⁶

El desarrollo de vacunas efectivas para el HPV de alto riesgo hace imperativo determinar estrategias económica, social y logísticamente factibles para administrar y distribuir esta vacuna a las niñas antes que inicien actividad sexual.¹⁷

d) FACTORES DE RIESGO DE CANCER DE CUELLO UTERINO

INFECCION POR VPH:

El principal factor de riesgo es la infección con el virus del papiloma humano (VPH), aunque no hay cura para el VPH, se han creado vacunas que previenen la infección con algunos tipos de VPH, no obstante la infección desaparece a menudo por si sola sin necesidad de ningún tratamiento.¹⁹

A pesar de que el VPH es un factor de riesgo importante para el cáncer del cuello uterino, la mayoría de las mujeres con esta infección no contraen cáncer.²⁰

INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL A TEMPRANA EDAD:

Se ha comprobado que al no tener la madurez física necesaria las mujeres están expuestas a contraer una mayor cantidad de enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el papiloma humano que se desarrolla en el organismo directamente.²⁰

En la adolescencia la zona de transformación se expone a diversos agentes infecciosos capaces de modificar el ADN de las células cervicales.²⁴

Probablemente la edad de inicio de vida sexual activa influye en la generación del cáncer cérvico uterino debido a la “inmadurez” que las células del cuello uterino tienen en los adolescentes (19 años o menos) los tejidos cervicouterino son más susceptibles a la acción de los carcinógenos. Esto hace que se infecten más fácilmente con el Papilovirus humano durante la relación genital. Si se infectan más fácilmente con este virus, fácilmente pueden llegar a desarrollar cáncer, pues la presencia del Papilomavirus es un factor importantísimo en este sentido.²⁰

MULTIPLES PAREJAS:

La reinfección, sobreinfección y la carga viral del VPH aumenta con el número de parejas sexuales o poliandria.²⁴

Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de una lesión intraepiteleal y número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado

directamente al VPH y pueden contraer fácilmente cualquier u otra enfermedad de transmisión sexual, por ello están más expuestas también cuando su pareja tiene a la vez relaciones con otras mujeres.²⁰

PILDORAS ANTICONCEPTIVAS:

Estudios respaldados por la IARC han reportado que los anticonceptivos hormonales combinados son oncogénicos para el cuello uterino, triplicando su incidencia para adenocarcinoma cervicouterino luego de su uso por más de cinco años, estimulando la transcripción de oncoproteínas de VPH y la consiguiente persistencia viral.²⁴

La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por efecto directo; se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años.²⁰

MULTIPARIDAD:

Este factor de riesgo ha sido estudiado ampliamente, demostrando que el riesgo de cáncer cervicouterino aumenta linealmente con el número de embarazos. Se postula que hay tres razones para su desarrollo, la primera es el estado de inmunodepresión durante la gestación, la segunda es la exposición de la zona de

transformación en el exocérvix a las distintas noxas, y la tercera el trauma cervical que ocasiona cada parto.²⁴

INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH:

Distintas enfermedades de transmisión sexual como el VPH, el Virus herpes 2, Chlamydia trachomatis y el Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) producen daño celular a través de la condición inflamatoria, disminuyendo la respuesta inmune, aumentando la carga viral de VPH y aumentando el riesgo para cáncer cervicouterino al doble.²⁴

La infección con VIH hace que el sistema inmunológico de una mujer este menos apto para combatir el VPH y los tumores cancerosos en sus primeras etapas.²⁰

TABACO:

Las fumadoras tienen mayor probabilidad de contraer el cáncer de cuello uterino, ya que el humo del tabaco produce químicos que pueden dañar el ADN de las células del cuello uterino.²⁰

Este hábito aumenta el riesgo de cáncer cervicouterino en función al número de cigarrillos que se consuma al día. Es necesario recordar que el tabaquismo reduce la respuesta inmunitaria del cuello uterino, además del daño genético por sus productos carcinogénicos.²⁴

Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervico uterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a

concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo.²⁰

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayor probabilidad de contraer esta enfermedad. Esto se debería a que estas mujeres son menos capaces de combatir el VPH en comparación con otras mujeres, u otros factores podrían estar involucrados.²⁰

De esta manera, si una mujer se infecta con el virus, pero su DNA no es “susceptible”, no desarrollara la enfermedad. Por otro lado, si una mujer tiene un DNA “susceptible”, pero nunca se infecta con el Papilomavirus, no desarrollara la enfermedad. Se necesitan la combinación de la infección más un DNA “susceptible”. Sin embargo, la generación del cáncer cérvico-uterino es un proceso complejo.²⁰

SISTEMA INMUNOLOGICO DEPRIMIDO

Las personas que tienen las defensas bajas pueden contraer una serie de enfermedades y complicaciones, las cuales muchas veces son difíciles de curar, actualmente las mujeres por cuidar su figura dejan de consumir nutrientes y vitaminas necesarias para el organismo.²⁰

ALIMENTACION:

La falta de consumo de frutas, vegetales o verduras y el sobrepeso tienen un mayor riesgo a contraer este tipo de cáncer.²⁰

INGRESOS BAJOS:

Las mujeres de bajos recursos tienen mayor riesgo de contraer este cáncer, ya que no pueden pagar una buena atención médica (Prueba de Papanicolaou).²⁰

Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer del cuello uterino, pero existen estudios que muestran a las universitarias como las que más lo sufren. La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna.²⁰

2.1.2.2. PRUEBA DE PAPANICOLAOU:

Conocida también como “Prueba de PAP”, es parte de un examen pélvico o examen ginecológico. La palabra “PAP” es la abreviación para la palabra Papanicolaou, que es el apellido del doctor que estudio los cambios en las células del cuello uterino. La prueba de Papanicolaou generalmente se realiza a partir de los 20 años a menos que la paciente tenga factores de riesgo como problemas inmunológicos, VIH, actividad sexual o un embarazo. Esta prueba es la única forma de comprobar si se producen cambios o alteraciones en las células del cuello uterino que puedan ocasionar cáncer. Usualmente, al mismo tiempo, el profesional de salud visualiza si tiene una enfermedad de transmisión sexual como clamidia, gonorrea, etc.²¹

A. Técnica en la toma de Papanicolau.

Como parte del control rutinario se prepara psicológicamente a la paciente luego ella se coloca una bata para poder examinarla en posición ginecológica, se procede a colocar el espejo para poder visualizar la vagina y ubicar el cuello

uterino luego se procederá a tomar la muestra con una espátula de ayre del exocérvix y con un cito cepilló del endocérvix una vez tomada la muestra se extrae el especulo y la paciente ya puede cambiarse la bata. El extendido se realizara en la cara opuesta al papel de identificación de la lámina. El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos.²¹

La muestra del endocérvix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina y la muestra del exocérvix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina. Asegurarse de realizar bien el extendido en toda la lámina.²¹

Fijar inmediatamente la muestra con alcohol de no menos de 70° por 30 minutos y si es de 95°es suficiente 10 a 15 minutos. La muestra así procesada y adecuadamente almacenada puede durar hasta treinta días, el recambio del fijador debe ser diario.²¹

El envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana.¹⁹

El laboratorio luego enviará los resultados al profesional de salud que lo solicita quien comunicará a la paciente si es que los resultados NO son normales.²¹

B. Resultados del estudio citológico: (PAP)

En general, el cáncer no es la razón por la cual los exámenes de Papanicolaou tienen un resultado anormal. La razón más común de tener resultados anormales en un examen de PAP es la presencia de una infección vaginal o cervical que causa los cambios en las células del cuello uterino. La mayoría de estos cambios se pueden observar hasta que regresen a su estado normal. En algunas ocasiones se requerirá de tratamientos especiales.²¹

Los exámenes de Papanicolaou regulares y los tratamientos, si fuesen necesarios, pueden prevenir muchos tipos de cáncer de cuello uterino.²¹

Aunque muchos de los exámenes de Papanicolaou tienen resultados normales, no es raro que los resultados sean anormales en ciertas pacientes, sobre todo si son adolescentes.²¹

Las siguientes definiciones explican lo que significan los resultados de un examen de Papanicolaou.²¹

- **Normal** – significa que el cuello uterino está saludable. En este caso el profesional de salud ginecólogo u obstetra le informa a la paciente cuando necesita realizar su próximo examen de Papanicolaou.²¹
- **No satisfactorio** – Por alguna razón la muestra de las células no es una buena muestra y no puede ser leída por el profesional de laboratorio. El ginecólogo u obstetra informará a la paciente cuando se deberá realizar otro examen de PAP.²¹
- **Cambios benignos** – Esto significa que el examen de PAP fue básicamente normal. Sin embargo, puede que haya una infección que está causando una inflamación en las células del cuello uterino. El ginecólogo realizará un examen pélvico para determinar cuál es la causa de la infección y prescribir el tratamiento que se requiere. También le indicara a la paciente cuando deberá realizarse un examen de Papanicolaou de seguimiento.²¹
- **ASCUS** – (que es la abreviación para “Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance”, atipia de significado indeterminado). Esto significa que existen cambios leves anormales en sus células del cuello uterino, que pueden ser lesión de bajo grado sin certeza. Para muchas

mujeres estos cambios pueden desaparecer sin más y no requieren tratamiento. Sin embargo para algunas mujeres las células anormales no desaparecen o pueden empeorar y entonces si requieren de tratamiento.²¹

Si tienen un resultado de ASCUS se debe repetir el PAP en seis meses para comprobar si las células anormales han desaparecido o no, si la citología es normal repetir la prueba de citología en seis y doce meses. Si todas ellas son normales puede seguir con su PAP cada año. Si el resultado de alguna de las citologías repetidas son Atipia Indeterminada (ASCUS) o más avanzada se debe practicar una colposcopia. El médico indicara exámenes para determinar si el VPH (virus del papiloma humano) es la razón del cambio de estas células.²¹

Si la paciente está saludable y los exámenes de Papanicolaou muestran ASCUS, necesitará repetir el examen dentro de un año. Si el examen aún resulta anormal entonces necesitará realizarse una colposcopia.²¹

- **ASCUS-H** – Este resultado significa que las células no son las células típicas que generalmente se encuentran en el cuello uterino. Es muy probable que se relacionen con VPH. Estas son consideradas “células atípicas” (células atípicas de significado indeterminado). La letra “H” al final de esta abreviación significa que existe la posibilidad que “los cambios a altos niveles” puedan ser la causa del problema. Si este es el resultado del examen de Papanicolaou, la paciente necesitará realizarse una colposcopia.²¹
- **LIEBG (Lesión Intraepitelial de bajo grado) NIC I**– Este resultado significa en general que la paciente está infectada con el virus del papiloma humano (VPH). Se le

pedirá que regrese en 12 meses para repetir el examen. Si el examen nuevamente resulta anormal, entonces deberá realizarse una colposcopia.²²

- **LIEAG (Lesión Escamosa Intraepitelial de alto grado) NIC II y III**– Este resultado significa que las células del cuello uterino han cambiado. Estos resultados son más serios que los cambios producidos a bajo grado. Es probable que la paciente no tenga cáncer ahora, pero si no lleva un tratamiento, está en riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino. El tratamiento puede prevenir que esto suceda. El médico especialista recomendará que se realice una colposcopia.²²
- **AGC (Células Glandulares Atípicas)** – Este resultado significa que existen cambios en las células glandulares del cuello uterino. Necesita realizarse una colposcopia.²¹
- **Cáncer** – Si los resultados del examen de Papanicolaou muestra células cancerosas, la paciente necesitará ser atendida por un ginecólogo especialista en pacientes con cáncer (oncólogo). Es necesario realizar un tratamiento de inmediato y generalmente este incluye cirugía. Mientras más temprano se realice el tratamiento, mayores serán tus posibilidades de mantenerse sana.²²

2.1.2.3. INFECCION POR HPV Y VACUNACION PREVENTIVA

El HPV es el principal suceso desencadenante de neoplasia en la gran mayoría de mujeres con cáncer cervical invasivo. Este virus de doble cadena de DNA infecta el epitelio cercano a la zona de transformación del cuello uterino. Se conocen más de 60 tipos de HPV, habiendo aproximadamente 20 tipos con capacidad para generar displasia y malignidad de alto grado. Los HPV 16 y 18 son los tipos más frecuentes asociados con displasia de alto grado y el blanco de ambas vacunas

aprobadas por FDA. La gran mayoría de los adultos sexualmente activos están expuestos al HPV y en la mayoría de las mujeres la infección se cura sin intervención específica. El genoma de 8 kb del HPV codifica genes tempranos, sobre todo E6 y E7, que pueden unirse a RB y p53, respectivamente. Los tipos de HPV de alto riesgo codifican moléculas E6 y E7, que son particularmente efectivas para inhibir las funciones de los puntos de control del ciclo celular de estas proteínas reguladoras, produciendo la inmortalización pero no la transformación completa del epitelio cervical. A una minoría de mujeres no se les quita la infección, con la subsecuente integración de HPV en el genoma del hospedero. En el transcurso de un periodo tan corto como meses, pero más típicamente años, algunas de estas mujeres desarrollarán displasia de alto grado. El tiempo desde la displasia hasta el carcinoma va probablemente de años a más de decenios y casi con seguridad requiere la adquisición de otras mutaciones genéticas mal definidas dentro del epitelio infectado e inmortalizado.²¹

Los factores de riesgo incluyen el gran número de parejas sexuales, primera relación sexual y antecedente de infección de transmisión sexual. El tabaquismo es cofactor, las fumadoras empedernidas tienen un riesgo más alto de displasia con la infección HPV. La infección con VIH, especialmente cuando se combina con un bajo recuento de linfocitos t CD4+, se asocia con una tasa más elevada de displasia de alto grado y es probable que haya un periodo de latencia más corto entre la infección y la enfermedad invasiva.²¹

Actualmente, las vacunas aprobadas incluyen las proteínas recombinantes de las proteínas tardías L1 y L2 de los HPV 16 y 18. La vacunación de las mujeres antes del inicio de las relaciones sexuales reduce dramáticamente la tasa de infección

por HPV 16 y 18 y la displasia subsecuente. También tienen una protección parcial contra otros tipos de HPV, a pesar de que las mujeres vacunadas aún están en riesgo de infección por otros tipos de HPV y todavía requieren exámenes de citología vaginal estándar. Aunque no hay datos de estudios aleatorizados que demuestren la utilidad de Papanicolaou, la dramática caída en la incidencia de cáncer y muerte en Países desarrollados que emplean la detección a gran escala, provee fuerte evidencia de su efectividad. La incorporación de la prueba de HPV usando reacción en cadena de polimerasa (PCR) u otras técnicas moleculares, incrementa la capacidad de detección de patología cervical, pero a costa de una menor sensibilidad porque identificar muchas mujeres con infecciones transitorias que no requieren una intervención médica específica.²¹

2.1.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Citología.-** La Biología Celular (también Citología) es una disciplina de las Biociencias, en la que con ayuda del microscopio y de métodos biológico-moleculares se examina la célula, para comprender y esclarecer los procesos biológicos en ella. Su principal foco de atención es analizar los distintos compartimentos y elementos celulares de una célula, además de los componentes estructurales importantes, tales como la membrana plasmática, la pared celular vegetal o el citoplasma (citosol). Otras áreas de interés son: división celular, apoptosis (muerte celular programada), diferenciación celular, comunicación intracelular e intercelular, motilidad celular (movimiento de células individuales o de grupos de células), además del contacto celular de eucariotas (aquí se diferencia entre Adhering Junctions, Tight Junctions y Gap Junctions).²²

- **Cervix Uterino.-** Es la porcion fibromuscular inferior del utero, posse una forma cilindrica o conica y comunica el utero con la vagina. El tamaño y la forma del cuello uterino varian en funicon de la edad, el momento del ciclo hormonal y el numero de partos.²²

Se divide en dos partes, la parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocervix y la porción más cercana a la vagina exocervix. Los dos tipos principales de células que cubren el cuello uterino son las células escamosas (en el exocervix) y las células glandulares (en el endocervix).²²

La mayoría de los tumores aparecen en la zona de unión del exocervix y el endocervix. ²²

- **Cáncer.-** Es un proceso de crecimiento y diseminacion incontrolado de las celulas. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metastasis en puntos distantes del organismo .²²
- **Prevención del cáncer.-** Como programa de prevención se entiende a los exámenes preventivos que se realizan para la detección temprana de enfermedades, previstos por los seguros de salud legales.²²
- **Cáncer cervical.-** El cáncer de cuello uterino se inicia muy lentamente y las lesiones premalignas ya mencionadas lo anteceden e inicia en las células escamosas de la superficie del cuello uterino (parte inferior del útero), con el crecimiento o proliferación anormal y desordenada de las mismas evidenciado como un tumor maligno, que desemboca en la parte superior de la vagina, por su característica de invadir (metástasis) los tejidos adyacentes, facilitado por los factores propios o dependientes del huésped. Su desarrollo generalmente es muy lento, comienza como una afección precancerosa llamada displasia detectada por

medio de una citología vaginal, y pueden pasar años para que se convierta en cáncer.²⁴

- **PAP Test, prueba de Papanicolaou.-** El PAP-Test fue desarrollado en 1928 por el médico griego George Papanicolaou. Se basa en el análisis de los frotis celulares coloreados del orificio uterino femenino y sirve para la detección temprana del cáncer de cuello de útero.²²
- **Factores de riesgo:** Son elementos que se presentan en el diagnóstico de una enfermedad, que constituyen un peligro para la paciente y debe hacerse las identificaciones necesarias para cualquier examen.²²
- **Antecedentes reproductivos.-** son los antecedentes de una mujer en su etapa reproductiva como número de hijos, abortos, edad de inicio de relaciones sexuales, métodos anticonceptivos utilizados, etc.²²

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

HIPOTESIS GENERAL

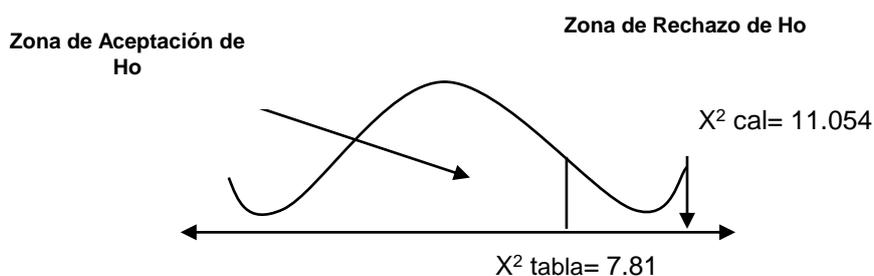
Ha= Los resultados anormales mediante citología cervical tienen relación directa con los antecedentes epidemiológicos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona– Ica 2016 – 2017.

Ho= Los resultados anormales mediante citología cervical no tienen relación directa con los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona– Ica 2016 – 2017.

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS		TIPO DE CITOLOGIA CERVICAL	
		LIEBG	LIEAG
Inicio de relaciones sexuales	< de 15 años	6	1
	15 – 19 años	23	3
	> de 20 años	4	0
N° de parejas sexuales	1	23	2
	2	8	1
	3	2	0
	> de 3	0	1
Uso de anticonceptivos	Hormonal	22	3
	Diu	5	1
	Ninguno	6	0
ITS	No	16	1
	Si	17	3

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	11.054	3	7.81
N de casos válidos	37		

Con una significancia del 0.05 por el nivel de confianza del 95%
 $P = 11.054$ X^2 de la tabla = 7.81; con $gl=3$



Se observa que el valor de chi cuadrado calculado es mayor que el de la tabla cayendo en la zona de rechazo la hipótesis nula.

Concluyendo que:

Los resultados anormales mediante citología cervical tienen relación directa con los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona– Ica 2016 – 2017.

HIPÓTESIS SECUNDARIA

Ha=Existe relación entre el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona – Ica 2016 – 2017.

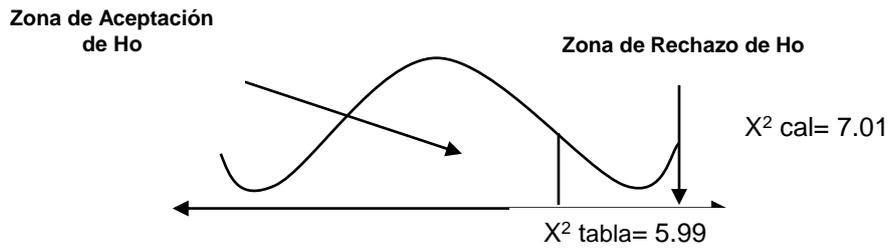
Ho= No existe relación entre el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona – Ica 2016 – 2017.

Número de partos Vaginales	Tipo de citología cervical		TOTAL
	LIEBG	LIEAG	
1 parto	4	0	4
2 – 5 partos	28	4	32
Mayor de 5 partos	1	0	1
TOTAL	33	4	37

	Valor	Gl	Sig. asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	7.01	2	5.99
N de casos válidos	37		

Con una significancia del 0.05 por el nivel de confianza del 95%

P= 7.01 X^2 de la tabla = 5.99; con gl=2



Se observa que calculado el chi cuadrado calculado es 7.01 cayendo en la zona de rechazo por lo que se acepta la hipótesis alterna.

Concluyendo que:

Existe relación entre el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona – Ica 2016 – 2017.

RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE
SALUD CLAS PARCONA, 2016 - 2017

Tabla N° 01
Antecedentes reproductivos y citología cervical

ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS		TIPO DE CITOLOGIA CERVICAL			
		LIEBG		LIEAG	
		Recuento	% del total	Recuento	% del total
Inicio de relaciones sexuales	< de 15 años	6	16.2%	1	2.7%
	15 – 19 años	23	62.2%	3	8.1%
	> de 20 años	4	10.8%	0	0.0%
N° de parejas sexuales	1	23	62.2%	2	5.4%
	2	8	21.6%	1	2.7%
	3	2	5.4%	0	0.0%
	> de 3	0	0.0%	1	2.7%
Uso de anticonceptivos	Hormonal	22	59.5%	3	8.1%
	Diu	5	13.5%	1	2.7%
	Ninguno	6	16.2%	0	0.0%
ITS	No	16	43.2%	1	2.7%
	Si	17	45.9%	3	8.1%

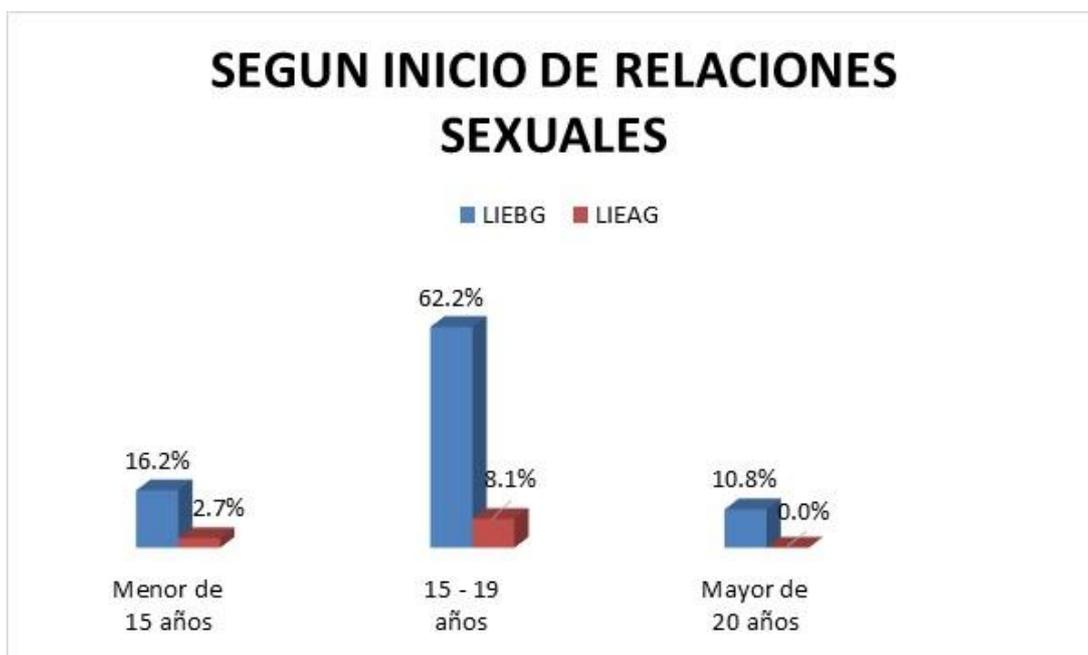
RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA, 2016 – 2017

Tabla cruzada Edad de inicio RS*Tipo de citología cervical uterina

		Tipo de citología cervical uterina		Total	
		LIEBG	LIEAG		
Edad de inicio RS	Menor de 15 años	Recuento	6	1	7
		% del total	16,2%	2,7%	18,9%
	15 - 19 años	Recuento	23	3	26
		% del total	62,2%	8,1%	70,3%
	Mayor de 20 años	Recuento	4	0	4
		% del total	10,8%	0,0%	10,8%
Total	Recuento	33	4	37	
	% del total	89,2%	10,8%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

Observamos que el 70.3% de pacientes que iniciaron su vida sexual entre los 15 y 19 años presentaron un resultado de citología cervical anormal, el 18.9% menores de 15 años y 10.8% mayores de 20 años.



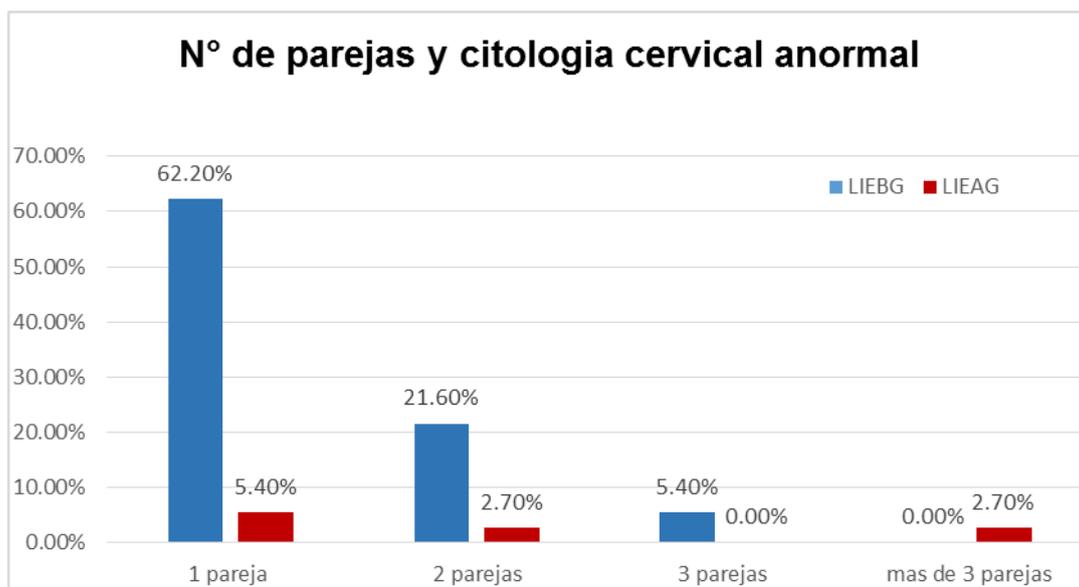
RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA, 2016 - 2017

Tabla cruzada Número de parejas sexuales*Tipo de citología cervical uterina

		Tipo de citología cervical uterina		Total	
		LIEBG	LIEAG		
Número de parejas sexuales	1	Recuento	23	2	25
		% del total	62,2%	5,4%	67,6%
2	Recuento	8	1	9	
	% del total	21,6%	2,7%	24,3%	
3	Recuento	2	0	2	
	% del total	5,4%	0,0%	5,4%	
Mayor a 3	Recuento	0	1	1	
	% del total	0,0%	2,7%	2,7%	
Total	Recuento	33	4	37	
	% del total	89,2%	10,8%	100,0%	

Fuente ficha de recolección de datos- elaboración propia

Observamos que el 67.6% de pacientes con citología cervical anormal tuvieron una pareja sexual, seguida del 24.3% con 2 parejas, el 5.4% 3 y 2.7% mayor a 3 parejas sexuales.

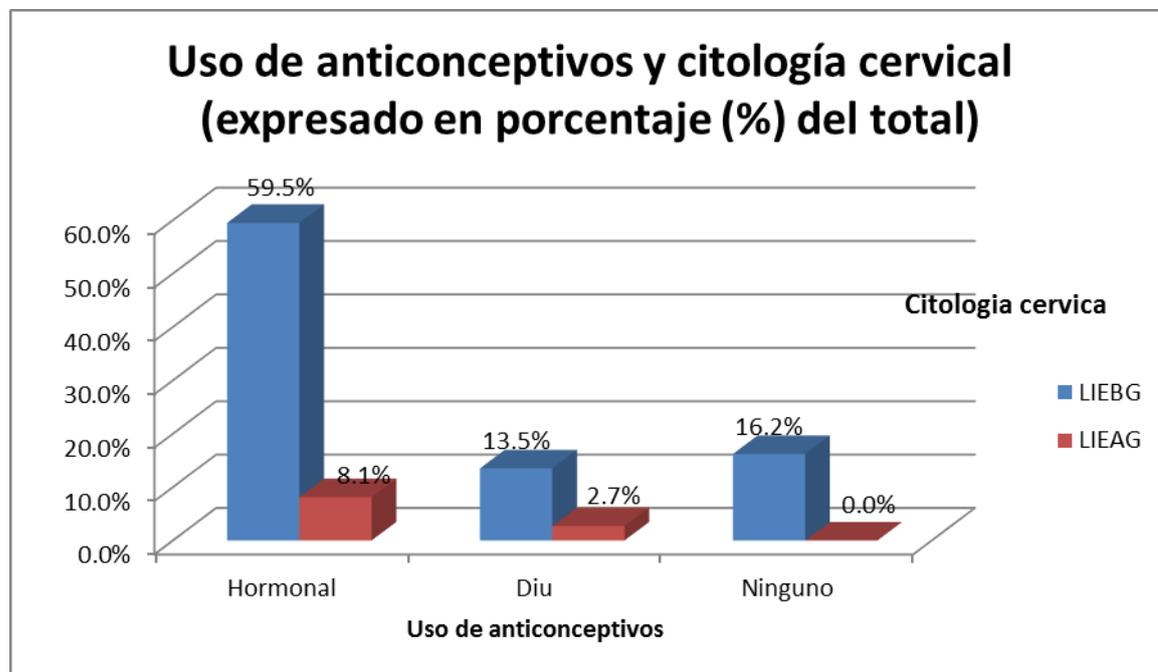


RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA, 2016 - 2017

Uso de anticonceptivos y tipo de citología cervical uterina					
		Recuento	Tipo de citología cervical uterina		Total
			LIEBG	LIEAG	
Uso de anticonceptivos	Hormonal	Recuento	22	3	25
		% del total	59.5%	8.1%	67.6%
	Diu	Recuento	5	1	6
		% del total	13.5%	2.7%	16.2%
Total	Ninguno	Recuento	6	0	6
		% del total	16.2%	0.0%	16.2%
		Recuento	33	4	37
		% del total	89.2%	10.8%	100.0%

Fuente ficha de recolección de datos- elaboración propia

El 67.6% de pacientes con citología anormal utilizó método anticonceptivo hormonal, seguido del 16,2% con dispositivo intrauterino y no utilizaron método anticonceptivo respectivamente.

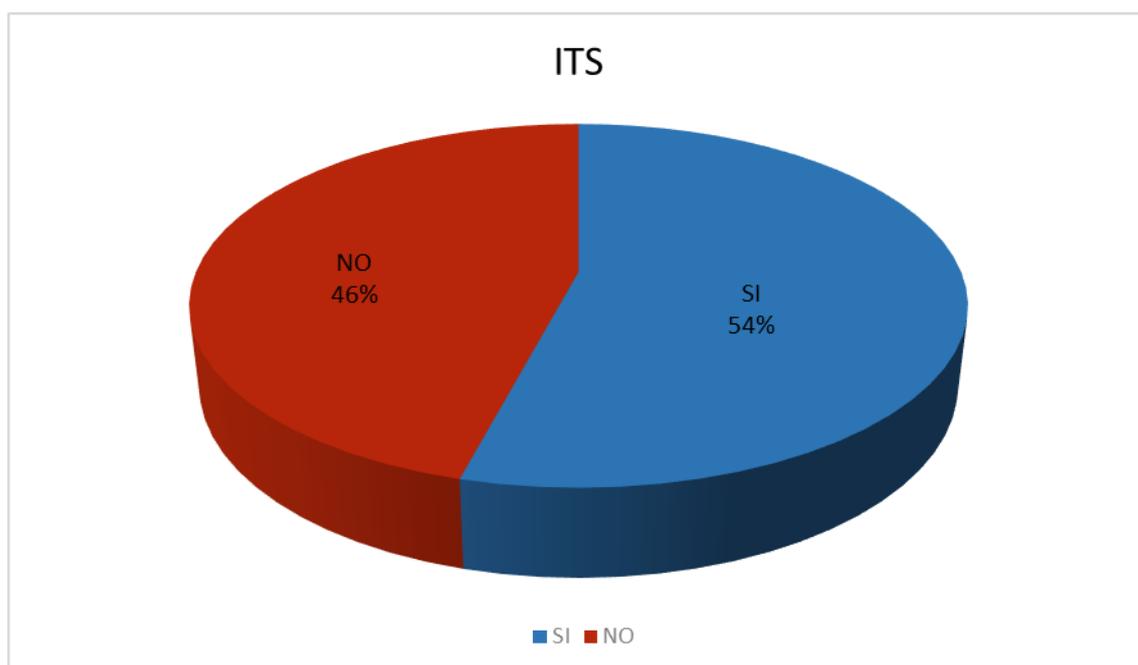


RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA, 2016 - 2017

Tabla cruzada ITS*Tipo de citología cervical uterina

		Tipo de citología cervical uterina		Total	
		LIEBG	LIEAG		
ITS	No	Recuento	16	1	17
		% del total	43,2%	2,7%	45,9%
	Si	Recuento	17	3	20
		% del total	45,9%	8,1%	54,1%
Total	Recuento	33	4	37	
	% del total	89,2%	10,8%	100,0%	

Fuente: ficha de recolección de datos
 El 54.1% de pacientes con citología anormal presentó infecciones de transmisión sexual y el 45.9% no tuvieron ITS.



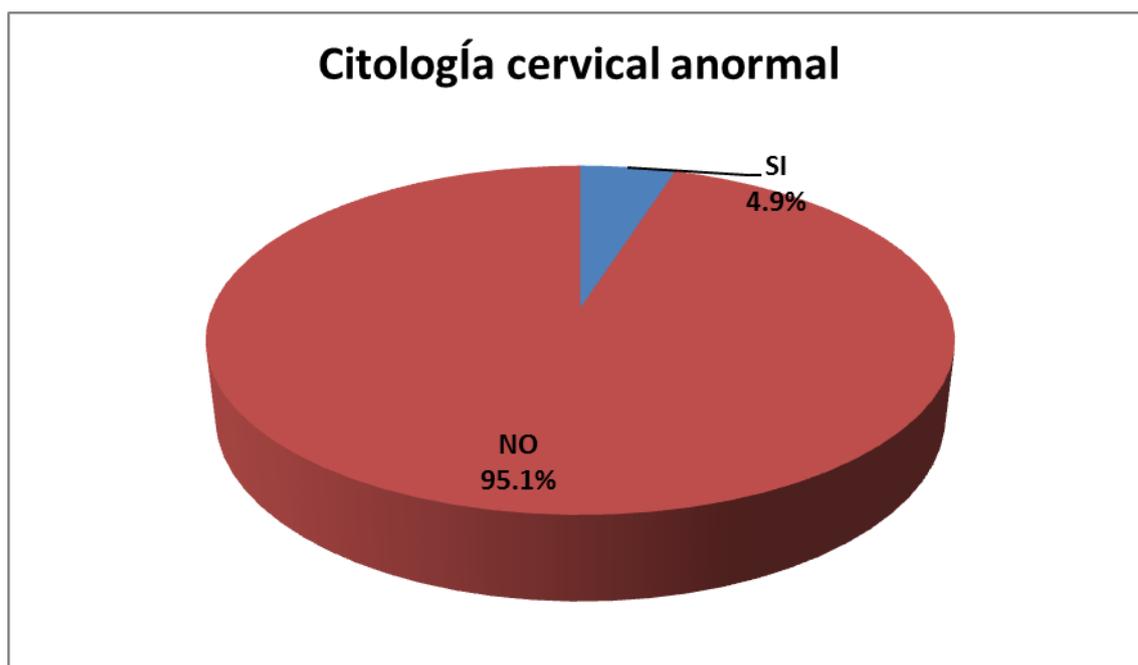
RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA, 2016 - 2017

Tabla N°02
Según incidencia de citología anormal

Citología anormal	N°	%
SI	37	4.9
No	713	95.1
TOTAL	750	100%

Fuente: ficha de recolección de datos-elaboración propia

La incidencia de la citología anormal del cérvix es del 4.9% a diferencia de la citología normal que es de 95.1%, en dos años de estudio.



RESULTADOS ANORMALES MEDIANTE CITOLOGÍA CERVICAL Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS EN MUJERES DEL CENTRO DE SALUD CLAS PARCONA, 2016 - 2017

Tabla N° 03

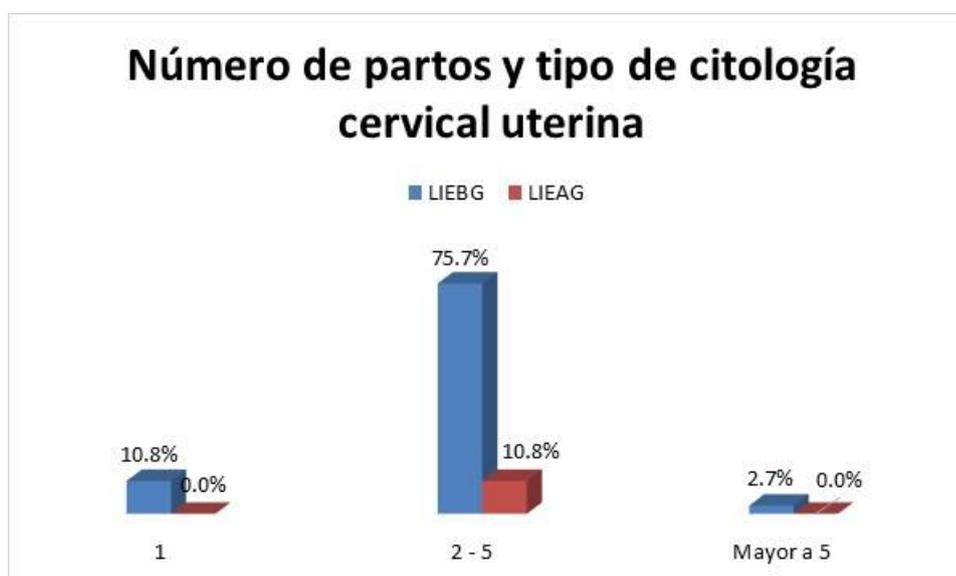
		Tipo de citología cervical uterina		Total	
		LIEBG	LIEAG		
Número de partos	1	Recuento	4	0	4
		% del total	10.8%	0.0%	10.8%
	2 - 5	Recuento	28	4	32
		% del total	75.7%	10.8%	86.5%
	Mayor a 5	Recuento	1	0	1
		% del total	2.7%	0.0%	2.7%
Total	Recuento	33	4	37	
	% del total	89.2%	10.8%	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos-elaboración propia

Del análisis entre la relación de número de partos vaginales y resultados anormales de citología cervical en las 37 mujeres atendidas en el centro de salud CLAS Parcona, se observa lo siguiente: el 86.5% de mujeres con citología cervical anormal tuvieron 2- 5 partos en mayor porcentaje; por otro lado el 10.8% mujeres con citología anormal tuvieron 1 parto y el 2.7% de mujeres con citología anormal tuvieron mayor de 5 partos en menor porcentaje. El análisis que evaluó la asociación entre el número de partos vaginales y la citología cervical anormal, se llevó a cabo con la prueba de distribución Chi-cuadrada con nivel confianza del 95% y nivel de significancia de 0,05 con resultados de:

$$X^2 = 7.01, p = 5.99$$

Lo que indica que existe relación entre ambas aceptándose la hipótesis planteada.



3.2 DISCUSION DE RESULTADOS

En el estudio de investigación titulado: **Resultados anormales mediante citología cervical y antecedentes reproductivos en el centro de salud CLAS Parcona, en el año 2016 - 2017. El resultado es de 37 mujeres con citología cervical anormal, se pudo observar:**

En relación a los antecedentes reproductivos y los resultados anormales mediante citología cervical encontramos que existe relación estadísticamente significativa, entre:

Las pacientes que iniciaron su vida sexual entre las edades de 15 a 19 años presentaron citología anormal en un 70.3%, coincidiendo con el estudio de Briony en Loreto que el inicio de relaciones sexuales precoz en las edades de 10 a 19 años tiene relación significativa con la citología anormal en un 50.4%.

Las pacientes que tuvieron una sola pareja sexual presentaron citología anormal en un 67.6%, lo que no coincide con el estudio de Briony en Loreto que la citología anormal fue de 71.7% en mujeres que tuvieron múltiples parejas sexuales.

Las pacientes que utilizaron método anticonceptivo hormonal presentaron citología anormal en 67.6% coincidiendo con el estudio de Lazo en Tarapoto que el 62% de citología anormal hicieron uso de algún método anticonceptivo hormonal.

En cuanto a las pacientes que tuvieron infección de transmisión sexual presentaron citología anormal en un 54.1%, lo que coincide con el estudio de Briony en Loreto que el 59.3% con citología anormal tiene antecedente de ITS.

En relación al número de partos vaginales y la citología cervical anormal, la hipótesis indica que hay relación entre ellas. Las pacientes que tuvieron de 2 a 5 partos presentaron citología cervical anormal en un 86.5% por lo que coincide con el estudio de Briony que la multiparidad se asocia con la citología cervical en un 96.5%.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

De acuerdo a los objetivos planteados y resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que:

1. Los resultados anormales mediante citología cervical tienen relación directa con los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017, en relación al chi cuadrado que es de 11.054 a la significancia $p : 7.81$
 - ✓ Las pacientes que iniciaron su vida sexual entre las edades de 15 a 19 años presentaron citología anormal, en mayor porcentaje LIEBG.
 - ✓ Las pacientes con citología anormal tuvieron una sola pareja sexual.

- ✓ Las pacientes con citología anormal utilizaron método anticonceptivo hormonal en mayor porcentaje.
 - ✓ Las pacientes con citología anormal en su mayoría presento infección de transmisión sexual.

 - ✓ Las pacientes con citología anormal en mayor porcentaje tuvieron de 2 a 5 partos vaginales, con un mayor porcentaje LIEBG.
2. La incidencia de la citología anormal de las mujeres que acuden al centro de salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017 es del 4.9%.

 3. Existe relación entre el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017, en relación al chi cuadrado calculado que es de 7.01 a la significancia $p : 5.99$

4.2 Recomendaciones

1. Las actividades preventivo promocional deben difundir a toda la población el efecto negativo que tienen los factores de riesgo y hacer conocer que son responsables de la alteración a nivel del cuello uterino, causando lesiones precancerosas a una enfermedad maligna cervical.
2. Difundir los riesgos del inicio precoz de las relaciones sexuales en población de riesgo, donde se encuentran los adolescentes como las instituciones educativas secundarias y superiores.
3. Realizar otros estudios de investigación sobre el uso de métodos anticonceptivos y la relación con citología anormal, para así confirmar su relación o de lo contrario difundir el uso normal de hormonas anticonceptivas.
4. Promover las medidas preventivas para evitar una ITS de preferencia a los adolescentes.
5. Captar a las mujeres en edad fértil para la detención precoz de las modificaciones del epitelio cervical en los servicios donde acuden el de planificación familiar, atención obstétrica y control de puerperio.
6. Sensibilizar a las parejas unidas para el uso adecuado de los métodos anticonceptivos y de ese modo evitar el embarazo no deseado y multiparidad, favoreciendo así a disminuir el riesgo al desarrollo del cáncer de cuello uterino.
7. Realizar en los establecimientos de salud las pruebas de diagnóstico preventivas de cáncer de cuello uterino (PAP) para detención precoz de lesiones iniciales de la enfermedad y así evitar el progreso natural del cáncer.
8. Continuar con las campañas de detención precoz de cáncer de cuello uterino e involucrar a toda la población que presente algunos de los factores de riesgo entablados.
9. Sensibilizar a todo el personal de salud en especial a las obstetras a la toma correcta de PAPANICOLAU para así obtener una muestra adecuada y un resultado verás y así conseguir la detección temprana de una citología cervical anormal seguida de un tratamiento oportuno.

FUENTES DE INFORMACION

1. Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales - Organización Panamericana de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. 2.ed. Washington, DC : OPS, 2016 disponible en:

www.who.int/entity/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/ - 30k
2. Programa de prevención y control de cáncer – INEI 2014 – 2016
www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/cap02.pdf
3. Martínez, A.: “Principales factores de Riesgo relacionados con cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años” Hospital “Ramón González Coro” Cuba.2009.
4. Jhpiego: Curso de prevención Secundaria en cáncer de cuello uterino basado en IVAA y Crioterapia 2012.
5. Aguilar F, Quinde Y. Niveles de ansiedad y depresión en mujeres diagnosticadas con cáncer de cérvix grado III y IV. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas [Tesis]. Trujillo, 2015
6. World Health Organization, health statistics and information systems, mortality database 2013. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en/
7. Arenas, R.: “Cáncer de Cuello Uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años” Venezuela. 2011.

8. Dávila, H.; García, A.: "Factores de riesgo de Cáncer de Cuello Uterino" Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 01 Diciembre 2010.
9. Silva, S.: "Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados del IVAA, citología e cervicografía." Revista de la escuela de enfermería da USP, 01 Diciembre 2010.
10. Cabrera, J.: "Distribución de Factores de Riesgo en el Cáncer de Cuello Uterino en el Hospital Sergio Bernales 2006-2011". Lima 2012.
11. Briony, S.: "Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013" en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014". Loreto.2014.
12. Lazo, E: "Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical alterada, atendidas en los consultorios de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero a junio del 2011". Tarapoto 2012.
13. Castro. E: "Edad de Inicio de Relaciones Sexuales como Factor de Riesgo para el Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres atendidas en el Hospital de Apoyo Sullana II" por : Trujillo 2014.
14. Hernández, M: "Conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres del AAHH Tierra Prometida – Ica - 2013" Ica.
15. Ibazeta, J.: "Factores clínicos Epidemiológicos del Cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional de Ica". Ica.2014.
16. Valle P, Determinar las actitudes de las usuarias frente a los resultados patológicos de Papanicolaou atendidas en el Hospital Félix Torrealva

Gutiérrez – ESSALUD de Ica en el período de julio a diciembre del año 2015

17. Organización Panamericana de la Salud, 2016 - Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1
18. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18e. *New York, NY: McGraw-Hill*; 2012.pag 125-132.disponible en <http://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=865&Sectionid=68942051>. Accessed febrero 17, 2016.
19. Dávila, H; García, A: "Factores de riesgo de Cáncer de Cuello Uterino" Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 01 Diciembre 2010. Cuba.
- 20.. Lewis M. 2012. "Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe". Organización Panamericana de la Salud. México.
21. Tejeda D, Serrano V, Gómez P, Nieto F. 2010. "Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH)". *Oncología (Barc.)* vol. 30. Madrid.
- 22.: Varela S. 2010. "Citología Cervical". *Rev. Med Hondur.* 2010; Honduras
23. "Guía de práctica clínica del cáncer del cuello uterino. Estadística: perfil epidemiológico". INEN. Lima.
24. Factores de riesgo asociados a cáncer de cérvix en pacientes atendidas en el hospital vitarte durante el año 2015

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“Resultados anormales mediante citología cervical y antecedentes reproductivos en mujeres del Centro de Salud CLAS PARCONA” – Ica 2016-2017

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	PRUEBA DE SIGNIFICANCIA
<p>General:</p> <p>¿Qué relación existe entre la citología cervical anormal y los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia en el Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017?</p> <p>Específicos:</p> <p>-¿Cuál es la prevalencia de citología anormal mediante citología cervical en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 - 2017?</p> <p>-¿Qué relación tiene el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 - 2017?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la citología cervical anormal y los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017.</p> <p>Específicos:</p> <p>- Conocer la prevalencia de citología cervical anormal mediante citología cervical en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017</p> <p>-Analizar la relación entre el número de partos vaginales con las citologías cervicales anormales atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona. Ica 2016 - 2017?</p>	<p>General:</p> <p>Los resultados anormales mediante citología cervical tienen relación directa con los antecedentes reproductivos en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017</p> <p>Específicos:</p> <p>Existe baja prevalencia de citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona , Ica 2016 – 2017</p> <p>Existe relación estadística entre el número de partos vaginales con la citología cervical anormal en mujeres atendidas en el servicio de obstetricia del Centro de Salud CLAS Parcona, Ica 2016 – 2017.</p>	<p>Independiente:</p> <p>Antecedentes reproductivos</p> <p>Dependiente:</p> <p>- Resultado anormal de citología cervical</p> <p>- Paridad</p>	<p>- Inicio de relaciones sexuales.</p> <p>- N° de parejas sexuales</p> <p>- Uso de anticonceptivos.</p> <p>- ITS</p> <p>- N° de partos vaginales.</p> <p>- Ascus</p> <p>- LIEBG</p> <p>- LIEAG</p> <p>- Carcinoma Insitu</p> <p>-1 partos</p> <p>2-5 partos</p> <p>-> 5 partos</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p> <p>Historia clínica</p>	<p>Prueba estadística Chi cuadrado</p>

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Resultados anormales mediante citología cervical y antecedentes reproductivos en mujeres del Centro de Salud CLAS Parcona” Ica 2016 – 2017”

H.C _____ N° de ficha: _____.

I. Características Demográficas:

1. Edad: _____
2. Grado de Instrucción: _____
3. Estado Civil: _____
4. Procedencia:
 - a. Urbano: _____
 - b. Urbano-marginal: _____
 - c. Rural: _____

II. Factores de Riesgo Reproductivo: Gineco – obstétricos

5. ITS: Si _____ No _____
6. Edad de inicio de RS: _____
7. N° de Partos Vaginales: _____
8. N° de parejas sexuales: _____
9. Usos de anticonceptivos: _____
10. PAP ultimo 3 años: Si _____ No _____
11. PAP hace + de 3 años: Si _____ No _____
12. PAP el último año: Si _____ No _____
13. Tipo de citología cervical uterina alterada:
 - a. ASCUS ()
 - b. LIEBG ()
 - c. LIEAG ()
 - d. CARCINOMA INSITU ()

