



UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
OBSTETRICIA

TESIS

**TÍTULO: CARACTERISTICAS DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO, 2015**

TESIS PARA OPTENER EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA.

Presentado por Bachiller en Obstetricia.

Bach. GRANDEZ NAVARRO, CLAUDIA MELISSA

ASESOR:

Obst. ERIKA MIREYA TRIGOZO BARBARAN

SAN JUAN – IQUITOS

PERU

2017

DEDICATORIA

- A nuestro padre amado Dios por regalarme la vida.
- Con infinito amor y mucho cariño a mí queridos angelitos(Sara, Angel, Judith y angel), que partieron al lado de nuestro padre celestial, que desde el cielo velan mis pasos junto a nuestro padre Dios y guiándome día a día por el camino de la sabiduría .
- Con profundo amor y reconocimiento a mis queridos padres (Graciela y Bizmar), quienes con su ejemplo de honestidad y fortaleza alientan siempre mi corazón, por su amor de padres y comprensión infinito, hizo posible la culminación de mis estudios y por sus apoyos incondicionales en lo bueno y malo y por confiar en mí persona
- Con infinito amor y cariño a mi hija (Sara Fernanda), quien siempre me apoyo por querer lo mejor para mí y por sus cariños incondicionales.
- Con mucho amor a la persona que me llena de felicidad, alegría y que siempre me estuvo apoyando en lo bueno y malo: Holger Gustavo Fabián Raigal que me lleno de felicidad y reino nuestro hogar, quienes son mi motor y motivo para seguir.

AGRADECIMIENTO

- A Dios, por concederme salud e iluminarme con la luz del conocimiento, que siempre me protege y guía mis pasos.
- Mi más sincero agradecimiento a mi Alma Mater la Universidad Científica del Perú, por haberme brindado la oportunidad de forjarme como profesional. Lugar, en donde construí mi proyecto de vida, en donde consolide lazos de amistad y admiración.
- A mis Docentes de la Facultad de Obstetricia, a quienes admiro, respeto y aprecio profundamente, por haberme brindado los conocimientos teóricos-prácticos para desempeñarme como profesional de Enfermería.
- A los miembros jurados revisores, por sus sugerencias y aportes en la culminación del presente trabajo de investigación.
- A mi decano de mi facultad, por su apoyo, orientaciones y por su ayuda incondicional y sus consejos como amiga.
- Con profunda gratitud a mi familia, por haberme brindado su apoyo incondicional en el cumplimiento de mis metas.
- A todas aquellas personas quienes, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Iquitos, a los 07 días del mes de febrero de 2017, siendo las 7:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según Resolución Decanal N° 468- 2016-UCP-FCS, de fecha 12 de Octubre del 2016, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

- Méd. Mgr. Jesús Magallanes Castilla - Presidente
Méd. Jaime Zamudio Zelada - Miembro
Obst. Karina Gonzales Sánchez Moreno - Miembro

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: "CARACTERISTICAS DEL PAPANICOLAOU EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE SAN ANTONIO 2015" de la Bachiller en Obstetricia CLAUDIA MELISSA GRÁNDEZ NAVARRO, para optar el Título Profesional de Obstetra, que otorga la UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas de forma SATISFACTORIA

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

Table with 5 columns: INDICADOR, EXAMINADOR 1, EXAMINADOR 2, EXAMINADOR 3, PROMEDIO. Rows include application of theory, bibliographic investigation, competence, quality of answers, and use of specialized terminology, ending with a final grade of 16.

RESULTADO:

APROBADO POR: UNANIMIDAD

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS): DIECISEIS

LEYENDA:

Legend table mapping indicators to scores: DESAPROBADO (Menos de 13 puntos), APROBADO POR MAYORÍA (De 13 a 15 puntos), APROBADO POR UNANIMIDAD (De 16 a 17 puntos), APROBADO POR EXCELENCIA (De 18 a 20 puntos).

Signature of Mgr. Jesús Magallanes Castilla, Presidente

Signature of Méd. Jaime Zamudio Zelada, Miembro

Signature of Obst. Karina Gonzales Sánchez Moreno, Miembro

La Universidad Vive en Ti

Av. Abelardo Quiñones Km. 2,5 San Juan Bautista, Iquitos Telf.: (065) 261088-261092

SUSTENTACION DE TESIS

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Índice de contenidos	3
Resumen	6
Índice de tablas	7
Índice de gráficos	10
CAPÍTULO I	
1.1. Introducción	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación de la investigación	13
CAPÍTULO II	
2.1. Marco teórico	15
2.1.1. Bases Teóricas	15
2.1.2. Antecedentes de Estudio	27
2.3. Hipótesis	37
CAPÍTULO III	
3.1. Metodología	38
3.2. Método de Investigación	38
3.3. Diseño de Investigación	38
3.4. Población y muestra	38
3.5. Técnicas e Instrumentos	39
3.6. Procedimiento de recolección de datos	39
3.7. Procedimiento de la información	40
3.8. Procedimiento de análisis estadístico	40
CAPÍTULO IV	
4.1. Conclusiones	62
CAPÍTULO V	
5.1. Recomendaciones	63
CAPÍTULO VI	
6.1. Referencias Bibliográficas	64
6.2. Anexos	

J. Magallanes

Med. Mgr. Jesús J. Magallanes Castilla
Presidente

J. Zamudio
Med. Jaime Zamudio Zelada
Miembro

K. González
Obst. Karina González Sánchez Moreno
Miembro

E. Trigozo
Obst. Mgr. Erika Trigozo Barbaran
Asesora de Tesis

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria.	1
Agradecimientos	2
Índice de contenido	5
Resumen	6
Índice de tablas	8
Índice de gráficos	10
CAPITULO I	
1.1. Introducción	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.4. Justificación de la investigación	13
CAPITULO II	
2.1. Marco teórico	15
2.1.1. Bases Teóricas	15
2.1.2. Antecedentes de Estudio	27
2.3. Hipótesis	37
CAPITULO III	
3.1. Metodología	38
3.2. Método de investigación	38
3.3. Diseño de investigación	38
3.4. Población y muestra	38
3.5. Técnicas e instrumentos	39
3.6. Procesamiento de recolección de datos	39
3.7. Procesamiento de la información	40
3.8. Protección de los derechos humanos	40
CAPITULO IV	
Resultados	41
CAPITULO V	
Discusión	60
CAPITULO VI	
Conclusiones	62
CAPITULO VII	
Recomendaciones	63
CAPITULO VIII	
Referencias Bibliográficas	64
Anexos	

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar las características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, en el año 2015. Materiales y método: Estudio cuantitativo, descriptivo, retrospectivo. La muestra es por conveniencia, se tomó a 242 mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, en el 2015. Resultados: Mujeres de edades entre 20 a 39 años (38.4%), convivientes (53.8%), de procedencia urbana (92.1%), grado de instrucción secundaria (64.5%) y ama de casa (67.8%). Menarquía a los 11 años (48.8%), edad de inicio de relaciones sexuales a los 13 años, el 17.4% tienen más de dos hijos, el 17.4% tienen tres y más parejas sexuales, el 23.6% han tenido aborto, y 50% tiene tres y mas hijos. Respecto al Papanicolaou, el 53.31% de las mujeres se ha realizado Papanicolaou, presentando solo el 1.3% Papanicolaou anormal. El 52.1% de las mujeres se realiza Papanicolaou una vez al año y el 45.5% nunca se ha realizado un Papanicolaou. El 98.8% normal, 0.4 indeterminado y 0.8 anormal. Según la clasificación de Bethesda, el 1.2% presentan células escamosas atípicas. Se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables procedencia y se realiza Papanicolaou, entre las variables ocupación y se realiza Papanicolaou, se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las edad de inicio de relaciones sexuales y se realiza Papanicolaou

Palabras clave: Citología de cérvix uterino, Prueba de Papanicolaou.

SUMMARY

The present research aims to determine the characteristics of Papanicolaou in women attended at the San Antonio Health Center in 2015. Materials and methods: Quantitative, descriptive, retrospective study. The sample is for convenience, 242 women attended at the San Antonio Health Center, in 2015. Results: Women aged between 20 and 39 years (38.4%), cohabiting (53.8%), of urban origin (92.1%), secondary education (64.5%) and housewife (67.8%). Menarche at age 11 (48.8%), age at the onset of sexual intercourse at age 13, 17.4% have more than two children, 17.4% have three and more sexual partners, 23.6% have had an abortion, and 50% He has three and more children. Regarding the Papanicolaou, 53.31% of the women had Papanicolaou, presenting only 1.3% Papanicolaou abnormal. 52.1% of women are having a Pap smear once a year and 45.5% have never had a Pap smear. The 98.8% normal, 0.4 undetermined and 0.8 abnormal. According to the Bethesda classification, 1.2% present atypical squamous cells. It is observed that there is a statistically significant relationship between the variables origin and Papanicolaou is performed, between occupation variables and Papanicolaou is performed, it is appreciated that there is a statistically significant relationship between the age of onset of sexual intercourse and is performed Papanicolaou

Key words: Cytology of uterine cervix, Pap smear.

INDICE DE TABLAS

Tabla1.Características sociodemográficas de las mujeres que se realizaron Papanicolaou atendidas En el Centro de Salud de San Antonio.2015.....	41
Tabla2. Características Gineco Obstétricas de las mujeres según edad de menarquia Atendidas en el Centro de Salud de San Antonio. Setiembre 2015.....	45
Tabla 3. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio. Según edad de inicio de relación sexual.2015.....	46
Tabla 4. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según número de parejas sexuales.2015.....	47
Tabla 5. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según números de hijos.2015.....	48
Tabla 6. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según número de abortos.2015.....	49
Tabla 7. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según realización de IVAA.2015.....	49
Tabla 8. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según resultado de IVAA.2015.....	49
Tabla 9. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según resultado de Papanicolaou.2015.....	50
Tabla 10. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según frecuencia de Papanicolaou.2015.....	51
Tabla 11. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según resultado de Papanicolaou.2015.....	52
Tabla 12. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según resultado de Papanicolaou.2015.....	53
Tabla 13. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según grado de instrucción y se realiza Papanicolaou.2015.....	53
Tabla 14. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según grado de instrucción y frecuencia de Papanicolaou.2015.....	54
Tabla 15. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según y se realiza Papanicolaou.2015.....	54

Tabla 16. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según ocupación y se realiza Papanicolaou.2015.....	55
Tabla 17. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según edad de inicio de relación sexuales y si se realiza Papanicolaou.2015.....	55
Tabla 18. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según edad de inicio de relaciones sexuales y frecuencia de Papanicolaou.2015.....	56
Tabla 19. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según edad de inicio de relación sexual y resultado de Papanicolaou.2015.....	57
Tabla 20. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio según resultado de IVAA y Papanicolaou.2015.....	59

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según grupo etario 2015.....	42
Grafico 2. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según estado civil 2015.....	43
Grafico 3. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según grado de instrucción 2015.....	43
Grafico 4. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según procedencia 2015.....	44
Grafico 5. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según estado civil 2015.....	45
Grafico 6. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según edad de la menarquía 2015.....	46
Grafico 7. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según edad de inicio de relaciones sexuales 2015.....	47
Grafico 8. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, según número de parejas sexuales atendidas en el Centro de Salud de San Antonio 2015.....	48
Grafico 9. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según se realiza Papanicolaou 2015.....	50
Grafico 10. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según frecuencia de Papanicolaou 2015.....	51
Grafico 11. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según resultado de Papanicolaou 2015.....	52
Grafico 12. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, según edad de inicio de relaciones sexuales y resultado de Papanicolaou 2015.....	58

CAPITULO I.

1.1. INTRODUCCION

La prueba del Papanicolaou es una manera de examinar células recolectadas del cuello uterino y la vagina, esta prueba puede mostrar la presencia de infecciones, inflamación, células anormales o cáncer.

El cáncer cérvico-uterino provoca la muerte de 231.000 mujeres por año en todo el mundo. Más del 80 por ciento de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo.

Se estima que cada año se presentan cerca de 72.000 casos nuevos y 33.000 muertes por cáncer cérvico-uterino en el continente americano y es la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres en edad fértil en la mayoría de los países.

Se cree que la incidencia y prevalencia del cáncer cérvico-uterino es mayor en los países en desarrollo en comparación con los países desarrollados debido a la falta de programas de tamizaje del Papanicolaou eficaces, encaminados a detectar lesiones pre cancerosas y a tratarlas antes de que progresen hacia un cáncer invasor.

La infección persistente por el virus del Papiloma Humano, VPH, tiende a progresar con mayor frecuencia hacia la displasia de grado alto y el cáncer.

La inmunosupresión, en especial la relacionada con la infección por VIH, también es un factor de predisposición del VPH.

Algunos factores hormonales, como el parto a edad temprana y los partos numerosos también influyen.

La mayoría de los demás factores que se consideran asociados con el cáncer cérvico-uterino, como la edad en que se tiene la primera relación sexual y el número de parejas sexuales, muy probablemente sean indicadores de exposición al VPH, más que factores de riesgo propiamente dichos.

1.2. Formulación del problema:

Problema general:

¿Cuáles son las Características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, en el año 2015?

Problemas específicos

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1.- Objetivo general:

- Determinar las características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, en el año 2015.

1.3.2.-Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres que se realizaron Papanicolaou en el Centro de Salud de San Antonio, según: edad, estado civil, grado de instrucción, procedencia, ocupación.
- Identificar las características gineco- obstétricas de las mujeres que se realizaron Papanicolaou, tales como: menarquia, edad de inicio de relación sexual, número de parejas sexuales, número de partos, abortos, resultados de IVAA.
- Identificar los resultados del Papanicolaou: Normal o Anormal.
- Identificar el resultado citológico del Papanicolaou según la clasificación de Bethesda.
- Relacionar las características sociodemográficas y gineco- obstétricas de las mujeres en estudio con los resultados citológicos del Papanicolaou.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

Loreto está ubicada en el extremo nor-oriental del territorio peruano. En Loreto el clima es cálido, húmedo y lluvioso, la capital de Loreto es la ciudad de Iquitos, principal urbe turístico-comercial de toda la Amazonía peruana, se encuentra a 106 m.s.n.m. Iquitos se encuentra rodeado por ríos, los medios de acceso a esta ciudad son el aéreo y el fluvial, pues no cuenta con carreteras que la unan al resto del país y a través del departamento de Oncología se vienen realizando tamizajes a través de la prueba del Papanicolaou a todas las mujeres en edad fértil que acuden a dicho centro hospitalario.

Según el INEI en el año 2015, Loreto tiene una población de 1,039,372 habitantes, con una densidad poblacional de 2.8 hab/km².

El estancamiento en el crecimiento de la población peruana es indicativo de que el proceso de cambios en la mortalidad y la fecundidad han afectado el volumen y la estructura por edad de la población. La evolución de esta estructura en el tiempo da cuenta de las modificaciones experimentadas por el comportamiento social y económico de la población. Estos elementos determinan el escenario demográfico que es dinámico y cambiante.

Al comparar las pirámides poblacionales de los años 1950, 2015 y 2025, se observa que estas tienden a experimentar un progresivo y persistente incremento de la población en edades adultas y una homogenización en los tramos de edades jóvenes.

El Censo Nacional del 2009: XI de Población y VI de Vivienda determinó para Loreto una población de 891 732 habitantes, la cual representa el 3,3 por ciento de la población nacional, y con relación al censo de 1993 registró una tasa de crecimiento promedio anual de 1,8 por ciento. Los hombres representaron el 51,2 y las mujeres el 48,8 por ciento de la población de la región.

El inicio de las relaciones sexuales en el Perú entre las mujeres de 25 a 49 años, al igual que el inicio de la vida conyugal, fue más temprano en el área rural (17,7 años) que en el área urbana (19,2 años), comparando con Loreto ocurre antes de los 17 años; en las mujeres peruanas sin instrucción ocurre 4,3 años antes comparadas con las que tienen educación superior, y 3,2 años antes en las mujeres del primer quintil de riqueza en relación con las del último quintil. Las mujeres entre 15 a 19 años no tienen ninguna pareja sexual (85,8 %), las de 25 a 29 años sólo una

pareja (41,2 %) y las de 20 a 24 años tienen dos o más parejas (3,5 %) en los últimos 12 meses, en base a la información proporcionada por las ENDES Continua 2012.

En la mayoría de los países en desarrollo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) ocupan el segundo lugar entre las causas de enfermedad de las mujeres en edad reproductiva. Si se incluyen las relacionadas con el SIDA, esas infecciones representan casi el 15,0 por ciento de las muertes. Los grupos más susceptibles son las mujeres, especialmente las jóvenes; y la mayoría de las ITS son infecciones del aparato reproductivo.

Debido a que la caracterización de un examen de Papanicolaou es vital para detectar a tiempo las lesiones pre malignas tanto a nivel del cuello uterino como del propio útero para indicar la conducta a seguir por parte de la paciente y orientar al médico en el tratamiento oportuno, es que se requiere determinar con claridad qué características tienen los resultados de estos exámenes y por otro lado, llevar un estricto control o monitoreo de las pacientes atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, y de esta forma aportar información actual procedente de un establecimiento de salud del primer nivel de atención; y que este trabajo no solo sea un aporte más a la investigación, sino más que todo contribuir a que las mujeres tengan un control estricto y permanente para que mejoren cada vez más su nivel y calidad de vida que merecen, aumentando además sus esperanza de vida, ya que muchas son madres que son el pilar de una familia, pero sobre todo, personas.

La importancia de buscar alternativas para que las mujeres logren incorporar en su vida cotidiana prácticas saludables, entre ellas la realización de la prueba de Papanicolaou. Es necesario analizar porque algunas mujeres a pesar de conocer sobre el test presentan resistencia a realizarse dicha prueba, para ello se debe de tomar en cuenta las influencias tanto externas como las de carácter personal relacionadas con el Papanicolaou, todo con el propósito de aumentar el número de mujeres que debido a sus temores y creencias no se realizan la prueba, a pesar de encontrarse accesibles las unidades de salud para muchos sectores de la población.

CAPITULO II.

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. BASE TEORICA CONCEPTUAL:

Anatomía del útero:

El útero es un órgano hueco con forma de pera, de pared fibromuscular situada entre la vejiga y el recto. El tamaño del útero varía dependiendo de la edad y el número de embarazos de cada mujer. En la edad de la reproducción, pesa unos 50g y mide aproximadamente 8.0 x 6.0 x 3.0 cm. Los embarazos pueden producir pequeños aumentos residuales de este tamaño (de hasta 70 g de peso), pues el útero rara vez involuciona del todo hasta su tamaño inicial. Después de la menopausia, el útero se atrofia, y su tamaño disminuye incluso a la mitad.

El sitio donde se reúnen el epitelio escamoso y el glandular es la unión cilindro escamosa. La localización de esta unión es variable. Aunque inicialmente esa situada en el orificio en el orificio cervical, prácticamente en todas las mujeres adultas que han tenido hijos, el endocérnix está evertido, mostrando la unión cilindroescamosa al ojo del observador. Al combinarse el crecimiento hacia el interior de la porción escamosa del epitelio (epidermidalización) y una diferenciación escamosa intrínseca de las células subcilíndricas de reserva (metaplasia escamosa), esta región se convierte en un epitelio escamoso y produce la zona de transformación. Durante la vida reproductiva, la unión cilindro escamosa emigra en dirección cefálica sobre el borde delantero de la zona de transformación y puede ser invisible a simple vista después de la menopausia. Es en esta zona de transformación que abarca a la unión cilindro escamoso donde aparecen los carcinomas epidermoides o las lesiones precancerosas. El segmento inferior del útero, o istmo, es la porción situada entre el endocérnix y la cavidad endometrial.

Papanicolaou:

La citología cérvico-vaginal es un test de screening diseñado para identificar células cervicales anormales. En 1945 la Sociedad Americana de Cáncer apoyó el uso de la citología vaginal como un examen preventivo efectivo para el cáncer cervical. Las lesiones pre invasivas de alto grado

generalmente son evaluadas mediante Colposcopia y biopsia; luego las lesiones pre cancerosas son tratadas a través de remoción quirúrgica o ablación.

El Papanicolaou generalmente es considerado un examen específico para lesiones cervicales de alto grado y cáncer. La especificidad en este caso, es la proporción de mujeres correctamente identificadas por el examen como negativas para lesiones cervicales de alto grado y cáncer. La sensibilidad es la proporción de mujeres correctamente identificadas como positivas para las anomalías antes mencionadas. Varias meta-análisis recientes han reportado una sensibilidad de Papanicolaou verdaderamente baja (rangos del 30% hasta el 20% de sensibilidad).

Frecuencia de la citología vaginal:

La citología vaginal de acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer (Nov.1988) se recomienda sea tomada anualmente a “Todas las mujeres que sean o hayan sido activas sexualmente o que hayan alcanzado los 18 años de edad, conjunto con un examen pélvico. Son consideradas pacientes de alto riesgo para desarrollar lesiones Intraepiteliales y cáncer cervical todas aquellas mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, tuvieron múltiples compañeros sexuales, su compañero sexual es promiscuo, antecedente de infección por Virus del papiloma humano y tabaquismo.

Son de bajo riesgo las célibes y cuando ambos compañeros son monógamos. Las pacientes hysterectomizadas por patología benigna son consideradas de riesgo bajo.

En 1993 el CDC (Center for Disease Control) recomendó como suficiente la realización de una citología anual en pacientes infectadas por VIH que tuviesen dos citologías previas consecutivas normales con un intervalo de seis meses entre ellas.

Lesión escamosa intra epitelial del cuello uterino: La razón de que el frotis de Papanicolaou sea una prueba de detección selectiva tan eficaz en la profilaxis del cáncer del cuello uterino es que la mayoría de los tumores van precedidos de una lesión precancerosa. Esta lesión puede existir ya en la fase no invasora alrededor de 20 años antes las cuales desprenden células anormales que en la mayor parte de los casos se detectan en el PAP. Las lesiones precancerosas constituyen un todo de continuo cambios morfológicos cuyas fronteras están bastante mal delimitadas. Dichas lesiones no siempre evolucionan hacia la formación de un cáncer y pueden retroceder

espontáneamente, además del riesgo de que persistan o que evolucionen hacia un cáncer conforme aumenta la intensidad de la lesión precancerosa. Se asocian al virus del papiloma humano, y los tipos de “alto riesgo” (18, 16 y 30) del virus del papiloma humano se encuentran cada vez con más frecuencia en las lesiones precursoras de grado más elevado.

La metaplasia es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro de tipo escamoso en respuesta a diversos estímulos (pH, endocrinos, trauma, inflamación, etc.). La zona de Metaplasia entre epitelio original escamoso y el endocervical se denomina, como se mencionó previamente, zona de transformación, la metaplasia es tan común que se considera un proceso fisiológico normal. La diferencia esencial entre displasia y carcinoma "in situ" es la presencia o ausencia, respectivamente, de cualquier signo visible de diferenciación escamosa en las células anormales. La intensidad de las alteraciones nucleares, la relación núcleo / citoplasma y las características citoplasmáticas nos permitirán clasificar la lesión como displasia leve, moderada y severa (NIC I, NIC II y NIC III) y carcinoma "in situ".

Recientemente, según el sistema Bethesda, las displasias se clasifican como lesión escamosa de bajo grado (SIL de bajo grado), que incluye las displasias leves y el condiloma y como lesión escamosa de alto grado (SIL de alto grado), que incluye las displasias moderadas y severas. Conforme se produce la transformación de carcinoma "in situ" a micro invasor y francamente invasor, el cuadro citológico va haciéndose cada vez más abigarrado, con mayores atipias y un fondo de aspecto necrótico (diátesis tumoral).

La Neoplasia Intraepitelial Escamosa puede ocurrir poco después de la actividad sexual incipiente (años de la adolescencia), con una frecuencia máxima entre los 25 y los 30 años. La NIC afecta una proporción de 1.2 a 3.8% de las mujeres no embarazadas. El grado de la NIC depende de la extensión a la cual las células neoplásicas afectan el espesor total del epitelio cervical. La NIC I indica que las células neoplásicas se encuentran confinadas al tercio inferior del epitelio. En caso de NIC II las células neoplásicas ocupan hasta las dos terceras partes del espesor epitelial, y la NIC III esta constituida por célula neoplásicas indiferenciadas que se extienden casi hasta la superficie. La NIC III incluye también al Carcinoma in situ, en el cual las células neoplásicas indiferenciadas se extienden a todo el espesor del epitelio. La NIC comienza casi siempre en la unión cilindro escamoso, en la zona de transformación.

Las lesiones NIC de menor grado, como los condilomas, lo más probable es que no avancen, mientras que las lesiones que contienen grados más intensos de atipia celular son de más riesgo. Un tercio y dos tercios, aproximadamente, de las lesiones NIC I y NIC II, respectivamente, persisten o avanzan hasta convertirse en lesiones de alto riesgo. El concepto de enfermedad preinvasiva del cuello uterino se definió en 1947 cuando se pudieron identificar los cambios epiteliales que tenían aspecto de cáncer invasivo pero que se confinaban al epitelio. Con los avances citológicos se pudieron identificar lesiones más tempranas que fueron llamadas displasia. En 1967 se incorporó el concepto de neoplasia cervical intraepitelial (NIC) refiriéndose con esto a una lesión que puede progresar hasta carcinoma invasivo y equivale al término displasia que significa maduración anormal, por lo tanto no se debe incluir la metaplasia escamosa como displasia ya que no progresa hasta cáncer invasor. Dentro de los criterios para el diagnóstico se incluyen la inmadurez celular, desorganización celular, anomalías nucleares y aumento de la actividad mitótica. Si hay afectación solo en el tercio inferior se llamará NIC I, si se afectan los dos tercios medios y superior se llamará NIC II y III respectivamente.

Actualmente la terminología utilizada es de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado (véase más adelante Sistema Bethesda). Se estima que el cáncer cervicouterino causa alrededor de 500,000 muertes al año en todo el mundo. La prevalencia global de las lesiones preinvasoras se estima en un 10-15% y las edades máximas de prevalencia son entre los 15-30 años para NIC I, 30-34 años para NIC II y de los 35-49 años para el NIC III.

Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado como se llaman en la actualidad tienen una tasa de incidencia que varía desde 1.6% hasta 7.7% en grupos de alto riesgo, aproximadamente un 15-30% de estas mujeres tendrán NIC II y III identificado en la subsecuente biopsia del cérvix. El diagnóstico citológico de lesión intraepitelial de alto grado no es común y solo se le encuentra en un 0.45%, sin embargo ellas tienen una probabilidad del 70-75% de tener un NIC II, III diagnosticado por biopsia y una posibilidad de un 1-2% de que sea cáncer cervical invasor.

Se ha mencionado la participación del virus del herpes simple 2 (HSV2), diversos tipos de virus del papiloma humano (VPH), y últimamente se ha asociado también con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) además de otros factores que deben estar presentes para que pueda darse la transformación del epitelio, entre ellos se mencionan la edad temprana de inicio de las relaciones sexuales ya que en la adolescencia el epitelio cervical es particularmente vulnerable

a los carcinógenos. Las múltiples parejas sexuales ya que es posible que estas mujeres estén expuestas algún carcinógeno de transmisión sexual. Las infecciones de transmisión sexual se han visto con mayor frecuencia entre mujeres con neoplasia cervical. El riesgo relativo se incrementa entre aquellas mujeres que refieren una sola pareja sexual pero cuyo cónyuge había tenido más de una pareja sexual.

Sistema de Bethesda

La clasificación de Bethesda surge de los talleres realizados en el National Cancer Institute, en la ciudad de Bethesda, estado de Maryland de Estados Unidos. La clasificación se introdujo en 1988 y se modificó en 1992. Las características del sistema Bethesda consisten en:

Clasificación de las anomalías citológicas en tres categorías:

- Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado (ASCUS)
- Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LSIL)
- Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (HSIL)

El Sistema Bethesda introduce nuevos términos para lesiones que desde hace años han transitado por una profusa cantidad de denominaciones. Todos estos cambios, que no son sólo de terminología sino también conceptuales, son el resultado de la interpretación que cada autor hace sobre las mismas lesiones. Resulta difícil compatibilizar las nomenclaturas de la patología con la citología: la OMS favorece el diagnóstico de displasia y CIS e incluye el CIN comparativamente; en tanto describe el Sistema Bethesda. Clement y Young muestran las equivalencias de las tres nomenclaturas más utilizadas (displasia / CIN y SIL). En todos ellos se asimila la displasia severa (DS), CIN III y HSIL con el CIS. Otros autores concuerdan con esta opinión.

Se prevé que en 2020 habrá un aumento significativo de la incidencia de cáncer cérvico-uterino: un aumento del 74 por ciento en Centroamérica, del 55 por ciento en América del Sur y del 36 por ciento en el Caribe.

En la mayoría de los estudios, la prevalencia de la citología e histología cervical anormal está asociada de alguna manera con el grado de inmunosupresión.

Tabla 1: Relación SIL, NIC y Displasia.

SIL BAJO GRADO			SIL ALTO GRADO	
HPV	NIC I	NIC II	NIC II	
~	Displasia Leve	Displasia Moderada	Displasia Grave	Carcinoma "In situ"

Sin embargo considerar en una misma jerarquía diagnóstica al HSIL , que involucra la displasia moderada (DM) o CIN II, la DS o CIN III y el CIS nos parece inadecuado, ya que ello significa el sobre diagnóstico para un grupo de lesiones. Coincidimos con la opinión que el CIS y la DS o CIN III son difíciles de diferenciar y probablemente correspondan a un proceso continuo en donde los límites son imprecisos y la mayoría de las veces subjetivos. A los fines prácticos el diagnóstico de DS o CIN III implica igual tratamiento que para el CIS.

La diferenciación entre displasia leve DL-CIN I y la DM-CIN II y a su vez esta con la DS-CIN III son igualmente confusos y representan otro escollo cuando se realiza un análisis de correlación cito-histológica. El término recientemente introducido, Atipia de Células Escamosas de Significado Indeterminado (ASCUS - "Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance") y que es definido, según el sistema Bethesda, como alteraciones escamosas que son más marcadas que las atribuibles a cambios reactivos, pero que cuantitativamente o cualitativamente no encajan en el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial.²⁶ Pacientes con este diagnóstico deben ser seguidas regularmente con controles clínico-citológicos según se encuentren dentro de grupos de alto o bajo riesgo. Para el seguimiento y control de las pacientes con Lesiones Escamosas Intraepiteliales (Displasias - carcinoma "in situ") es esencial conocer la historia natural de estas lesiones.

La citología cervicovaginal es sólo una prueba de "screening". Aunque es fundamental en la detección del cáncer cervical, no es el único método. El clínico debe evitar la falsa sensación de seguridad ante un resultado negativo de la citología. No debe reemplazar totalmente la evolución clínica, aunque la citología sea totalmente normal. Se cree que el 5-10% de los cánceres cervicales no se detectan.

Desgraciadamente, algunas mujeres desarrollarán un cáncer a pesar de ser sometidas a un cribado (generalmente por no haberlo seguido adecuadamente). Por todo ello, hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Primero y más importante, la mujer debe realizarse regularmente estudios citológicos, incluso si tiene historia de normalidad.
2. Se debe informar a las mujeres de la fiabilidad de la prueba.
3. Seguimiento estrecho de las pacientes de alto riesgo (infecciones múltiples, inflamaciones marcadas, citologías previas anormales).
4. Las lesiones sospechosas deben ser biopsias y los síntomas investigados, incluso si las citologías han sido negativas.
5. El número de falsos negativos, en el mejor de los casos, estará en torno al 5-10%. Aunque puede parecer alarmante, tiene escasa significación clínica, ya que, si tiene estudios citológicos repetidos, rara vez se desarrollará una lesión invasiva potencialmente grave para la paciente.

Los falsos positivos, aunque también pueden ocurrir, tienen menor significado, ya que las lesiones displasias graves deben confirmarse por biopsia.

FACTORES DE RIESGO:

En términos generales, riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (Enfermedad, muerte, etc.). El riesgo es la probabilidad estadística de un suceso futuro. Queda implícita la idea de que la probabilidad de consecuencias adversas aumenta por la presencia de una o más características o factores determinantes de esas consecuencias.

Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes que ellos acontezcan, se habla de la utilización de enfoque de riesgo con fines preventivos.

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido.

Al considerar los factores de riesgo, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar y tener conductas sexuales que pueden llevar a infección con el virus del papiloma humano), en vez de en los que no se pueden (tales como las diferencias en la edad y los antecedentes familiares). Sin embargo, el conocimiento de los factores de riesgo que no se pueden cambiar sigue siendo importante porque puede ayudar a convencer a las mujeres con estos factores de la importancia de la prueba de Papanicolaou para la detección temprana del cáncer del cuello uterino en las primeras etapas. Los factores de riesgo del cáncer del cuello uterino (y por consiguiente de las lesiones pre invasivas) incluyen:

La edad promedio de las mujeres que por primera vez reciben un diagnóstico de cáncer cervical es entre 50 y 55 años. El riesgo de desarrollar este cáncer es muy bajo entre las mujeres menores de quince años. Y aumenta entre la adolescencia y mediados de los treinta.

Al contrario de muchos otros tipos de cáncer que afectan con poca frecuencia a los adultos jóvenes, el cáncer cervical puede afectar a las mujeres jóvenes de entre veinte y treinta años.

Características de la conducta sexual:

- **El número de compañeros sexuales:** El riesgo aumenta conforme aumentan el número de compañeros sexuales, 8 veces en pacientes con más de tres compañeros sexuales y 14.2 veces con más de 5 compañeros.
- **La edad del primer coito:** Generalmente, el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estos. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de LIC cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2.4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

- Las características del compañero sexual de alto riesgo de LIC sí tiene antecedentes de Cáncer de pene, antecedentes de relaciones sexuales con una mujer con neoplasia cervical, visita frecuentemente a trabajadoras del sexo, nunca utiliza condón.
- Antecedentes de ITS: Se sabe que la mayor frecuencia de estas se presenta en aquellas mujeres que acuden a clínicas de enfermedades de transmisión sexual (13% - 26%).

FACTORES DE LA REPRODUCCIÓN:

- **Paridad:** se ha establecido que mujeres con 2 o más hijos tienen un riesgo 80% mayor (respecto de las nulípara) de presentar LIC; y luego del 4to hijo dicho riesgo se triplica. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal, aumentan la susceptibilidad a la infección por HPV. Sin embargo no existe un acuerdo al respecto.
- **Edad del primer parto:** Bosh demostró como la presencia de 1 ó más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia cervicouterino.
- **Partos vaginales:** Aquellas mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de LIC, comparadas con las que sólo tuvieron partos por cesárea. Esto probablemente explicaría el porque las neoplasias aparecen con mayor frecuencia en el labio anterior del cérvix, zona donde el traumatismo.

HISTORIA NATURAL DE LA DISPLASIA CELULAR

En el desarrollo de la displasia cervical juega un papel muy importante la presencia de epitelio metaplásico inmaduro, considerado de alto riesgo porque es vulnerable a patógenos como el VPH. La literatura actual reporta variación en el período de evolución de una lesión a otra más avanzada. Se estima que dicha variación es debido a que la gran mayoría de estudios existentes en los que se ha estudiado la historia natural de esta enfermedad se realizaron cuando no existían los avances tecnológicos diagnósticos actuales. La mayoría se basan en pruebas citológicas o biopsias, las cuales tienen variaciones aún en manos expertas; en algunos casos se ha encontrado un progreso rápido en el tiempo, de una lesión inicial leve a carcinoma in situ, debido fundamentalmente a un diagnóstico inicial mal documentado principalmente por extensiones inadecuadas, falsos negativos y falla en la evaluación de una citología anormal.

En general podemos decir que una lesión temprana tiene mayor probabilidad de regresión que una lesión más avanzada y que la posibilidad de progresión o persistencia de las lesiones es mucho mayor entre las lesiones avanzadas que entre las tempranas.

El meta-análisis conducido por Melnikow encontró que una mujer con una lesión indeterminada o de bajo riesgo en la citología cervical tiene riesgo de progresión a carcinoma cervical invasor de 1 a 2 por cada 1000 mujeres después de 24 meses sin tratamiento. Aún cuando el riesgo es considerado como aceptado depende de 2 factores: La percepción del riesgo por las políticas de salud, los médicos y la paciente y del impacto que puede tener en la reducción del riesgo una estrategia de tratamiento más agresiva. Los hallazgos de este estudio soportan políticas de salud que incluyan períodos de observación para estos 2 tipos de hallazgos antes de un examen más invasivo o cualquier otra intervención. Las tasas de regresión a citología normal fueron: ASC-US: 68.19%, L-SIL: 47.39%, H-SIL: 35.03%. La progresión a H-SIL después de 24 meses de seguimiento fue: ASC-US: 7.13%, L-SIL: 20.81%, H-SIL: 23.37%. La progresión a cáncer invasor después de 24 meses de seguimiento fue de: ASC-US: 0.25%, L-SIL: 0.15%, H-SIL: 1.44% .

Para el NIC III la regresión se ocurrió en el 33%, progresión a cáncer invasor mayor del 12%. Es obvio que la posibilidad de que un epitelio atípico se convierta en cáncer invasor incrementa con la severidad de la atipia pero no ocurre en todos los casos. Aún los grados más avanzados de atipia pueden regresar en una proporción de casos significativa. La morfología de las lesiones por si mismas no puede predecir cuales casos progresarán y cuales regresarán.

Mitchell reportó que el 43% de lesiones NIC II regresan sin tratamiento y que el 22% progresarán a carcinoma in situ o cáncer invasor, comparado con el 32% de los NIC III que regresarán espontáneamente, el 5% persistirán y el 14% progresarán.

En la siguiente tabla se muestra el tiempo estimado de transición del NIC, las pacientes que progresan a carcinoma in situ lo hacen en un tiempo muy corto y una vez alcanzado ese estadio en muchas de ellas puede observarse estabilización.

Tabla 1: Tiempo de transformación de la neoplasia intraepitelial cervical.

Estadío	Media de años
Normal a displasia leve-moderada	1.62
Normal a displasia moderada-severa	2.20
Normal a carcinoma in situ	4.51

SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE CON CITOLOGÍA CERVICAL

El manejo depende del hallazgo inicial del frotis de Papanicolaou, sin embargo cuando hay una lesión visible debe realizarse una biopsia de inmediato. Manejar a las pacientes según las siguientes situaciones. a saber:

1. PAP negativo para lesión intraepitelial/malignidad: Frecuencia de la citología basada en las guías de manejo.
2. PAP insatisfactorio: Repetir tan pronto como sea posible y tratar las infecciones si están presentes y está indicado.
3. ASC-US: Ver esquema de seguimiento a continuación.
4. ASC-H o L-SIL: Ver esquema de seguimiento a continuación.
5. H-SIL: Ver esquema de seguimiento a continuación.

PREVALENCIA

La prevalencia del cáncer de cérvix invasor ha disminuido notoriamente en los países o estados en los que se ha realizado detección masiva, mediante citología, en toda la población femenina con riesgo de padecer de esta enfermedad.

Al contrario de lo que ocurre en los países desarrollados, la prevalencia por esta patología sigue siendo alta en países en desarrollo y en zonas con niveles socio económicos bajos, ocupando así, el primer lugar entre los cánceres ginecológicos en algunos países (Poccard PMB y col, 2005). Datos recientes indican que cada año se diagnostican cerca de 500.000 casos nuevos en el mundo (lo que representa el 15% de todos los cánceres de la mujer); el 80 por ciento se registran en países en desarrollo.

Respecto a África, algunos estudios recientes, realizados en Zimbabwe (país vecino con Mozambique) y otro en Guinea Conacry, verificaron que las tasas de prevalencia de cáncer de cérvix uterino, fueron altas, con 54 por 100.000 y 46 por 100.000 respectivamente .

De acuerdo con Wabinga HR y col, (2000), hay indicios de que las tasas de prevalencia están aumentando en algunas regiones de África Subsahariana.

En las últimas décadas, la prevalencia de cáncer invasivo en los países industrializados ha disminuido pero las lesiones preinvasivas han aumentado proporcionalmente. Este fenómeno puede ser explicado en parte por el establecimiento de un programa de detección masivo eficaz y por el uso de nuevas técnicas diagnósticas, tales como test de HPV y cervicografía .

DISTRIBUCIÓN POR EDADES

La incidencia de cáncer cervical invasivo es mayor a medida que aumenta la edad de la mujer desde los 35 años, con pico máximo entre los 50 y 60 años (Giménez JA y col, 2002). Las lesiones intra epiteliales aparecen antes, de manera que el carcinoma in situ alcanza su máxima incidencia entre los 25 y 35 años (González MJ y col, 2003). Sin embargo, en los países en desarrollo donde los programas de cribado son insuficientes y con escasos recursos humanos y materiales, han tenido casos de cáncer invasor con edad inferior a 30 años. Un estudio de 10.000 frotis de Papanicolaou obtenidos en las clínicas de Ginecología y Obstetricia de Ka-Ngwane, Pretoria y Transkey en Sudáfrica, reveló que un considerable porcentaje de los casos de cáncer cervical se presentaba en mujeres menores de 40 años.

Algunos estudios demostraron diferencias regionales en cuanto a la edad en que existe un mayor riesgo de desarrollar cáncer cervical; pero en general, este riesgo alcanza su punto más alto alrededor de los 50 años, y en cuanto a la displasia grave el mayor riesgo se presenta alrededor de los 35 años.

2.1.2. ANTECEDENTES DE ESTUDIOS.

Barrios García (Colombia, 2016) en su estudio sobre describir los factores de riesgo presentes en un grupo de pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cérvix en una entidad de referencia para mujeres del régimen subsidiado en la ciudad de Cartagena entre los años 2007 y 2012. Estudio descriptivo. La población de estudio la conformaron pacientes con diagnóstico histológico de lesiones intraepiteliales escamosas, que asistieron a la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, de Cartagena (Colombia). La muestra fueron 150 mujeres mayores de 18 años. Resultados: el promedio de edad fue 35,5 años, el 62% del grupo estudio se encontró entre los 20 y 39 años. El 78% presentó LIE de bajo grado y el 22% LIE de alto grado. El 74% tuvo dos o más embarazos, 44,1% su primer embarazo fue antes de los 20 años, 64% tuvieron dos o más partos, 94,66% de la población no era fumadora, 4% refirió consumir alcohol regularmente, 54% afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales, 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años, 22% usa anticonceptivos hormonales y 38% no utiliza métodos de planificación familiar. Conclusiones: la multiparidad, la cantidad de embarazos, la sexarquia temprana, el múltiple número de parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción, fueron los factores de riesgo con mayor frecuencia encontrados en las pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cerviz en Cartagena.¹

Hernandez Millan et al. (Cuba, 2016), Objetivo: identificar el nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Métodos: estudio descriptivo de corte transversal, en el Policlínico de Cumanayagua durante el año 2013. El universo estuvo constituido por 51 mujeres entre 25 y 59 años de edad, con cáncer cérvico-uterino. Para la recolección de la información se revisaron las historias clínicas, tarjetas de citodiagnóstico y se aplicó una encuesta. Para el análisis de los resultados se utilizaron distribuciones de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Resultados: el 80,39 % tenía algún hábito tóxico, predominó el consumo de cigarrillos con el 41,17 %, el 33,33 % presentó infección por virus papiloma humano, El 23,53 % se practicó abortos, el 17,64 % fueron instrumentados, el síntoma predominante fue dispareunia en 47,05 %, el 88,24 % de las mujeres fueron diagnosticadas en la etapa adulta, el 92,15 % posee desconocimiento sobre el cáncer cérvico-uterino, de ellas el 58,82 % con conocimientos regulares y el 33,33 % malos. Conclusiones: predominaron los factores de riesgo: hábitos tóxicos como tabaquismo; infecciones vaginales, práctica de abortos y dispareunia, el diagnóstico de la enfermedad en etapa adulta e insuficiente nivel de conocimientos sobre la misma.²

Marins Silva C, de Oliveira D, da Costa Vargens O. (Brasil, 2016), en un estudio cuyo objetivo es desvelar la percepción de mujeres acerca del Examen Papanicolaou. Metodología: estudio descriptivo cualitativo, desarrollado en un campus universitario, en Río de Janeiro, de julio/2014 hasta agosto/2015. Participaron 12 mujeres, entre 18 y 45 años, que asisten a esta universidad. Se hicieron entrevistas semiestructuradas y los datos fueron analizados según el Análisis de Contenido Temático. Resultados: los datos fueron sistematizados en dos categorías: "Percibiendo el procedimiento como incómodo" que se divide en tres subcategorías: "relacionando el incómodo al procedimiento en sí", "relacionando el incómodo con la sensación de consternación vergüenza" y "percibiendo el enlace con el profesional como una manera de disminuir el incómodo" y; "Percibiendo el examen de detección como una manera de cuidado a la salud". Conclusión: las mujeres perciben el examen Papanicolaou como incómodo, pero entiende la necesidad y la importancia del cuidado a la salud³

Cifuentes et al (Colombia, 2014), en un estudio que tuvo como objetivo: Identificar factores socioculturales asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas en mujeres residentes en un municipio de predominio rural en Boyacá, Colombia. Estudio observacional analítico, retrospectivo de casos y controles. De un registro institucional, mediante muestreo aleatorio secuencial, se seleccionó una muestra de 168 mujeres: 42 casos y 126 controles, apareadas por edad y estrato socioeconómico, a quienes mediante encuesta se evaluaron los antecedentes y los factores familiares y culturales, posiblemente asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas en la citología vaginal. Resultados: Rango de edad entre 16 y 71 años; promedio de edad 42,2 años (SD = 14,57 años); el 79,2% se encontraba con pareja estable; el 90,0% cursó educación primaria o menos; el 11,3% fumaba; la edad promedio de menarquia fue de 13,8 años (SD = 1,38) y el 17,9% la presentó a los 12 años o antes. Todas las mujeres encuestadas han tenido al menos una gestación y el 66,1% ha tenido 3 o más. La edad media de la primera gestación es de 19,7 años (SD = 3,45) y el rango de edad de la primera gestación oscila entre los 15 y 29 años. En el 35,7% de los casos el primer embarazo ocurrió antes de los 18 años. El 31,5% de las mujeres estudiadas tiene antecedente familiar de cáncer. Los siguientes factores se encontraron significativamente asociados con la presencia de lesión preneoplásica en la citología vaginal: historia de dos o más parejas sexuales (OR = 85,0); primer embarazo antes de los 18 años (OR = 40,0); antecedente familiar de cáncer (OR = 23,9); consumo de cigarrillo (OR = 12,1); inicio sexual antes de los 17 años (OR = 11,8); consumo de bebidas alcohólicas (OR = 10,8);

antecedente de infecciones vaginales (OR = 10,1); 3 o más gestaciones (OR = 5,2); ningún grado de escolaridad (OR = 3,49); antecedente de aborto (OR = 2,87). Conclusión: Se encontraron factores de riesgo susceptibles de intervención educativa y motivación que podrían mejorar sustancialmente la oportunidad y la cobertura de los programas de promoción de la **salud** y prevención de la enfermedad, además de la adherencia a la práctica de la citología vaginal⁴

Ehrenzweig Sanchez et al. (Mexico, 2013), el objetivo del estudio fue identificar la relación entre los conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, el locus de control, y la realización de la prueba de Papanicolaou en mujeres mexicanas con diferentes niveles de escolaridad. Se estudió una muestra de 208 mujeres de entre 30 y 64 años de edad. Las mujeres con escolaridad media superior y superior sabían más sobre la utilidad de la prueba y cuándo realizarla. Todas las mujeres sabían poco sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, incluso aquellas con educación superior. La mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la primera prueba antes de los 30 años, y solo seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior lo hicieron después de los 30 años o no lo habían hecho. Al dividir a las mujeres en dos grupos según su nivel de conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, se encontró que más de la mitad de quienes tuvieron mayores conocimientos se hicieron la primera prueba antes de los 30 años. Al dividir a las mujeres en dos grupos según sus puntajes de locus de control-azar, se encontró un mayor porcentaje de mujeres que no se habían hecho la prueba o que lo habían hecho después de los 30 años. Es importante tomar las medidas necesarias para informar a las mujeres sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino a fin de contrarrestar las falsas creencias al respecto.⁵

Prieto Herrera et al. (Cuba, 2012), en una investigación sobre “Comportamiento de las citologías orgánicas alteradas en un área de salud”, tenía como objetivo: conocer el comportamiento de las citologías orgánicas alteradas en un área de salud. Métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el Policlínico Este del municipio Camagüey en el período de enero de 2005 a diciembre de 2010. El universo estuvo constituido por las 189 mujeres que presentaron citologías orgánicas anormales en el período antes señalado. Se recogieron variables como: grupo de edades, resultados de las citologías orgánicas según toma de muestra, edad de las primeras relaciones sexuales, número de partos, diagnóstico citológico de infección por virus del papiloma humano (VPH). Resultados: poco menos de la mitad de las mujeres inició las relaciones sexuales antes de los 18 años (46,56 %) y la mayoría tenía entre 1 y 3 partos (83,06 %). El 56,08 % de las

pacientes presentaron infección por VPH. Conclusiones: predominaron las pacientes con neoplasia intraepitelial cervical II, el año 2006 fue el de mayor incidencia de lesiones de cuello uterino.⁶

Araujo Oliveira et al. (Brasil, 2012), en un estudio descriptivo exploratorio de corte cuantitativo, que tuvo por objeto evaluar la adhesión de las mujeres a las pruebas de rastreo de Papanicolaou en la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de Iporá, Goiás, Brasil. La muestra del estudio consistió en 114 mujeres con una edad mínima de 18 años y una edad máxima de 50 años que asistieron a centros de ESF para realizar la citología entre los meses de octubre y noviembre de 2010. El análisis descriptivo, mostró que la mayor adhesión se encuentra entre los 46 a 50 años de edad (24%) y la menor entre los 18 a 20 y 41 a 45 (10% cada uno). Entre las entrevistadas, el 70% realiza el examen cada dos años o menos y el 12% nunca lo ha realizado. La unidad de ESF con mayor adhesión fue la del Jardim Monte Alto (16%) y la de menor adherencia fue la del barrio Umuarama con 8%. Se concluyó que la prevención es la razón principal de las mujeres para hacerse el examen⁷

Treviño-Salinas EM. et al (Mexico, 2010), en una investigación que tiene como objetivo evaluar la incidencia de la displasia cervical en mujeres embarazadas. Métodos: Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, no ciego. Se analizó el examen de Papanicolaou en 250 embarazadas que acudieron a consulta de obstetricia del Hospital Universitario de enero 2006 a julio 2007. Resultados: Se documentaron alteraciones en el examen de Papanicolaou en 36 pacientes (14.4%), lo que significa una incidencia mayor a la informada en la bibliografía. Se evidenció atipia de células escamosas (ASCUS) en 3.2%; lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) en 8%; lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) en 2.4% y cáncer cérvico uterino (CACU) en 0.8%. Conclusiones: En nuestra población, es altamente recomendable la realización del examen de Papanicolaou a toda paciente embarazada en el control prenatal para la detección oportuna de displasias cervicales⁸.

Flores Acosta et al., (Mexico, 2010), en un estudio sobre “PREVALENCIA DE DISPLASIA CERVICAL EN EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO” tuvo como objetivo. Determinar la prevalencia de displasia cervical en mujeres embarazadas. Método. Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, en el cual se analizaron los resultados de 250 pacientes embarazadas que acudieron a

control prenatal en el Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, Monterrey, Nuevo León, México, en el período enero 2007 a julio de 2008. Resultados. Se analizaron 36 citologías anormales (14,4%), las cuales reportaron ASCUS 3,2% (n=8), LIEBG 8% (n=20), LIEAG 2,4% (n=6) y CaCu 0,8% (n=2). La prevalencia de displasia cervical confirmada por biopsia fue 5,6% (n=14). Conclusiones. Se recomienda realizar la citología cervical a toda paciente embarazada, para la detección y tratamiento oportuno de las displasias cervicales.⁹

Sánchez et al. (Mexico, 2009), en un trabajo de investigación sobre “Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical”, cuyo objetivo fue describir los factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. Material y métodos: Se estudiaron a 100 pacientes femeninas referidas a la Clínica de Displasias del Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social por el reporte de citología cervicovaginal anormal, a las cuales se les realizó su historia clínica con interrogatorio dirigido a los factores de riesgo, toma de Papanicolaou, calificándose con el índice colposcópico de Reid y con biopsia dirigida del cérvix uterino con el diagnóstico confirmatorio de displasia leve por biopsia cervical. Resultados: La edad promedio de las pacientes fue de 36.94 años con un rango de 20 a 66 años. El inicio de la vida sexual fue en promedio a los 19.25 años con \pm DE 3.9 y con un rango de 11 a 30 años. El número de parejas sexuales que tuvieron estas pacientes fue en promedio de 2.57 con \pm DE de 2.4 y con un rango de 1 a 20 y con un tiempo promedio de vida sexual activa de 17.82 años \pm DE 9, con un rango de 1 a 52 años. La edad en que se presentó el primer embarazo fue en promedio de 20.82 años \pm DE 4, con rango de 11 a los 40 años, siendo más frecuente entre los 10 a 20 años. El tabaquismo: No fumadoras fueron 55 (55%) y las fumadoras fueron 45 (45%), de las cuales tuvieron un promedio del hábito en 19.7 años con \pm DE 4.6. El diagnóstico llevado a cabo en todas las pacientes fue realizado por colposcopia con biopsia dirigida, confirmándose el diagnóstico definitivo por reporte histológico de displasia leve cervical por infección del virus del papiloma humano. Conclusiones: El inicio de la vida sexual activa a corta edad, así como el tener múltiples compañeros sexuales, el tener un embarazo a corta edad y el hábito de tabaquismo en forma crónica son los factores indirectos para el desarrollo de la displasia leve cervical y que el tipo de virus del papiloma humano con que se infecten estas pacientes es el factor directo para generar el cáncer invasor. Es una enfermedad con historia natural de larga evolución, crónica, de transmisión sexual y de origen multifactorial.¹⁰

Huamaní C, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J., (Lima, Perú, 2008), en un estudio sobre “Conocimientos y Actitudes sobre la toma de Papanicolaou en mujeres de Lima, Perú 2007”. Objetivos. Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia la toma de Papanicolaou y factores asociados en mujeres en edad fértil de Lima, Perú. Estudio transversal, se realizó un muestreo por conglomerados empleando un cuestionario validado por juicio de expertos, que tenía 22 ítems, seis preguntas de opción múltiple, nueve abiertas y siete tipo escala de Likert. Se determinó la asociación bajo conocimientos y actitud negativa o indiferente usando regresión logística múltiple Resultados. Se incluyó a 502 mujeres, con una edad promedio de 27 ± 8 años. El 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. La prevalencia de un nivel bajo de conocimientos sobre la toma del PAP fue de 24,9% (IC95%: 21,0-28,7%), el cual estuvo asociado con un menor nivel educativo (ORa: 3,1; IC95%: 1,0-4,1) y a una historia de PAP inadecuada (ORa: 2,8; IC95%: 1,6-4,9). La prevalencia de una actitud negativa o indiferente hacia la toma del PAP fue de 18,7% (IC95%: 15,2-22,2%), la cual estuvo asociada con un bajo conocimiento sobre el PAP (ORa: 9,0; IC95%: 3,1-26,8), así como a un menor nivel educativo (ORa: 3,2; IC95%: 1,3-7,9), historia inadecuada de PAP (ORa: 2,0; IC95%: 1,1-3,6) y haber tenido más de dos parejas sexuales (ORa: 2,6; IC95%: 1,3-5,3). Conclusiones. Un bajo nivel educativo y una historia inadecuada de PAP están asociados con pobre conocimiento y una actitud negativa hacia la toma del Papanicolaou en mujeres de Lima.¹¹

Fernández et al. (Caracas, Venezuela, 2008), en un estudio que tiene como objetivo determinar la incidencia de anomalías de células epiteliales en citologías cervicales uterinas, en el Hospital Materno Infantil del Este "Dr. Joel Valencia Parparcen" de Petare, Caracas, periodo 2000-2006. Se revisaron 63.584 citologías cervicales uterinas en el Servicio de Anatomía Patológica, coloreadas según la técnica de Papanicolaou e informadas según el sistema del grupo de Bethesda; 75,31% (47.885) procedían de la red ambulatoria adscrita al Hospital y 24,69% (15.699) de las consultas externas del hospital. Del total, 99,58% fueron adecuadas para evaluación y la edad de las pacientes con diagnóstico citológico de anomalías de células epiteliales estaba en el rango 15 y 80 años; 1,33% (n=845) presentó algún tipo de anomalía de células epiteliales Las alteraciones de células epiteliales fueron: carcinoma de células escamosas n=29 y adenocarcinoma n=5. Es importante destacar que la incidencia de anomalías de células epiteliales reportadas han mostrado un incremento a lo largo del período evaluado.¹²

Givaudan et al. (Mexico, 2008), en un trabajo se analizan los resultados de la aplicación del programa educacional Porque me quiero, me cuido, denominado actualmente Yo quiero, yo puedo... prevenir el cáncer, en poblaciones rurales e indígenas de Valles Centrales, estado de Oaxaca, una de las regiones más pobres de México. Este programa está dirigido a promover el uso de servicios de tamizaje y la prevención del cáncer cervicouterino mediante el cambio de conducta de las personas y la comunidad. Para ello se realizaron talleres interactivos enfocados al desarrollo de habilidades y conocimientos en las mujeres de 15 a 64 años de edad. Estos talleres se complementaron con campañas en la comunidad y talleres para hombres con el fin de conseguir su apoyo. Se cuantificaron las pruebas de Papanicolau realizadas en las 10 poblaciones intervenidas y en 6 poblaciones con características similares empleadas como control. Además se evaluó mediante un cuestionario los cambios en la conducta, los conocimientos y las actitudes. Se observó un número significativamente mayor de pruebas de Papanicolau realizadas en las poblaciones intervenidas con respecto a las de control ($P = 0,02$). Se comprobaron cambios positivos en el nivel de conocimientos de las mujeres respecto a las causas del cáncer cervical y las medidas para prevenirlo¹³

Denny L (SudAfrica, 2008) examina el impacto del cáncer cervical en Sudáfrica, que continúa siendo el cáncer más común entre las mujeres sudafricanas, particularmente las que tienen el menor acceso a la detección sistemática del cáncer cervical. Se explica la lógica de la política sudafricana respecto a la detección sistemática del cáncer cervical: ofrecer a cada mujer asintomática tres pruebas gratuitas de Papanicolaou a lo largo de su vida, empezando a los 30 años de edad, a intervalos de 10 años. Además, se muestra que la detección sistemática del cáncer cervical ofrece oportunidades únicas para la prevención tanto en el primer nivel como en el segundo nivel de atención. Se trata la asociación causal de la infección por virus del papiloma humano del cérvix y la posibilidad de vacunación contra el virus, así como la historia de la detección sistemática en Sudáfrica y por qué hasta la fecha no ha logrado disminuir considerablemente las tasas de morbilidad y mortalidad por cáncer cervical. Por último, se examinan posibles alternativas a la citología cervical para la prevención del cáncer cervical.¹⁴

Marins Silva C, de Oliveira D, da Costa Vargens O. (Brasil, 2006) en una investigación descriptiva y exploratoria con el objetivo de trazar el perfil de mujeres en el rango de edad de 40 a 49 años, en un núcleo de Salud de la Familia del Municipio de Ribeirão Preto, según las variables: registro en el servicio, posesión de plan de salud y data de realización del preventivo, entre otras. La

recopilación de datos abarcó los registros de 213 mujeres. Los resultados revelan que el 49% de las mujeres realizó el preventivo de Papanicolaou al menos una vez en el período de 2000 a 2003, el 54,5% no poseía plan de salud y la realización del examen es mayor entre estas. Se concluyó que la organización de la atención de salud, de acuerdo con el modelo de Salud de la Familia, favorece la adhesión al preventivo. Recomendamos la realización de nuevos estudios para obtener un perfil más representativo de la población registrada en el servicio.¹⁵

2.2. VARIABLES.

TÉRMINOS OPERACIONALES

2.2.1. VARIABLES INDEPENDIENTES: Incluyen las características de la población femenina que están más relacionadas con la problemática del cáncer cervicouterino.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES FINALES	CRITERIOS	TIPO ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	a. De 19 años o menos b. De 20 a 29 años c. De 30 a 39 años d. De 40 a 49 años e. De 50 a más años	Mujeres desde los 19 años o menos, hasta los 50 a más años.	Cuantitativa Ordinal
Grado de Instrucción	Nivel de preparación académica de la persona	Ninguno Primaria Secundaria Superior Técnica o Universitaria	a. Ninguno: no sabe leer ni escribir b. Primaria: estudió algún grado de primaria c. Secundaria: estudió algún grado de secundaria d. Superior: estudió algún año superior técnica o universitaria	Cualitativa Ordinal
Estado civil	Situación en que se encuentra una persona física en relación a otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	a. Soltera b. Casada c. Conviviente d. Separada.		Cualitativa Nominal
Ocupación	Referido a la actividad laboral	a. Ama de casa. b. Empleada	Referido a la actividad laboral.	Cualitativa Nominal

	que realiza la paciente.	c. Estudiante. d. Otra.		
Procedencia	Lugar de donde procede la persona en relación al perímetro de la ciudad.	a. Urbano b. Urbano Marginal c. Rural		Cualitativa Nominal

CARACTERÍSTICAS GINECO – OBSTÉTRICAS

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES FINALES	CRITERIOS	TIPOS ESCALA
Menarquia	Edad de inicio de primera menstruación		Edad en que inicio su primera menstruación	Cuantitativa Ordinal
Edad de inicio de relaciones sexuales	Edad a la que tuvo su primera relación sexual	a. Menor o igual a 15 años b. De 16 a 19 años c. De 20 a 24 años d. De 25 años a más e. No responde	Edad a la que tuvo su primera relación sexual, con una persona del sexo masculino, que incluyó penetración vaginal.	Cuantitativa Ordinal
Número de parejas sexuales	Número de parejas masculinas	a. De 1 a 2 b. De 3 a 4 c. De 5 a más d. No responde	Parejas masculinas con las que haya tenido relaciones sexuales coitales.	Cuantitativa Ordinal
Número de partos PARIDAD	Número de veces que un embarazo finalizó en parto	a. Ninguno b. De 1 a 2 c. De 3 a 4 d. De 5 a más	Embarazos a término o no que finalicen en parto (dilatación, expulsión y alumbramiento)	Cuantitativa Ordinal
Inspeccion Visual de Acido Acetico (IVAA)		a. Si b. No		Cualitativa Nominal
Resultado de Inspeccion Visual de Acido Acetico (IVAA)		a. Positivo b. Negativo c. No se hizo		Cualitativa Nominal
Examen de PAP anteriores		a. Si b. No		Cualitativa Nominal

2.2.2. VARIABLES DEPENDIENTES: Resultados del Papanicolaou

RESULTADOS DE PAPANICOLAOU

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES FINALES	CRITERIOS	TIPOS ESCALA
Resultado del Papanicolaou	Hallazgo citológico de la muestra cervico uterina	a. Negativo (Normal) b. Positivo (Anormal).	Muestra cervico uterina sin o con alteraciones citologicas	Cuantitativa nominal
Informe de los Resultados de Papanicolaou Sistema BETHESDA	Celulas Escamosas Atipicas Anomalias de células glandulares.	Anomalías células escamosas (ASCUS, ASCH, Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL). Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) Células glandulares atípicas, (AGC). Adenocarcinoma endocervical in situ, (AIS)	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Celulas escamosas atípicas de alto grado (ASCH), Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL) Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) Células glandulares atípicas, (AGC). Adenocarcinoma endocervical in situ, (AIS)	Cuantitativa Nominal

Definición de las Variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES:

Edad.

Estado Civil.

Ocupación.

Procedencia.

- CARACTERÍSTICAS GINECO OBSTETRICAS

Menarquia

Inicio de vida Sexual activa

Número de compañeros sexuales

Número de partos vaginales

RESULTADO DEL IVAA:

- Se realiza IVAA- SI:----- NO:.....

- Resultado IVAA. Positivo. Negativo, No se hizo.

VARIABLE DEPENDIENTE

- Resultado del Papanicolaou: Normal o Anormal.

-Hallazgo de PAP:

- Presencia de células Escamosas Atípicas
- Presencia de lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado
- Presencia De lesiones Precursoras de cáncer Cervicouterino
- Presencia Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado

2.3 Hipótesis:

El presente trabajo es descriptivo y por tanto la hipótesis es implícita o no es necesario plantearla.

CAPITULO III.

3.1. METODOLOGIA:

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Cuantitativo.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACION.

Es un estudio descriptivo retrospectivo.

Descriptivo: Porque describe las características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio.

Retrospectivo: Porque la variable dependiente ocurrió antes del inicio del estudio.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población estuvo constituida por todas las mujeres que se realizaron un Papanicolaou en el Centro de Salud de San Antonio, en el año 2015 que fue un total de 885 mujeres.

La muestra fue por conveniencia, se tomó 242 mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio en el año 2015, que se realizaron Papanicolaou durante sus controles y que cumplían los criterios de inclusión.

Criterios de inclusión:

Pacientes de sexo femenino de todas las edades se hayan realizado Papanicolaou en el Centro de Salud de San Antonio, en el año 2015.

Historias clínicas completas.

Criterios de exclusión:

Pacientes de sexo femenino de todas las edades no se hayan realizado Papanicolaou, que tuvieran historias clínicas incompletas, así como también a pacientes cuyas historias clínicas no sean ubicadas en el Centro de Salud de San Antonio.

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS.

Técnicas, instrumentos

Técnica

La técnica de recolección de la información que se empleo fue de fuente secundaria con la revisión de las historias clínicas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio.

Instrumento

La ficha de recolección de datos, está compuesta por tres ítems, en el primero se recoge información sociodemográfica como edad, estado civil, procedencia, distrito de residencia, ocupación y nivel de instrucción; en el segundo ítem las características Gineco-obstétricos como menarquia, edad de inicio de relación sexual, número de parejas sexuales, número de embarazos, número de abortos, y resultado de IVAA; en el tercer ítem se consigan las características del Papanicolaou: se realiza Papanicolaou, frecuencia del Papanicolaou y resultados del Papanicolaou, y según la clasificación de Bethesda.

3.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Procedimientos de recolección de datos

Aprobado el proyecto se presentó la solicitud al Gerente del Centro de Salud de San Antonio, quien autorizó la ejecución de la investigación y recolección de la información.

Los datos se recogieron a través de las historias clínicas de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, las variables a estudiar fueron extraídas y registradas en la ficha de recolección de datos, los cuales se verificaron con el asesor de la tesis, luego de ello se clasificaron y ordenaron según las variables a estudiar para su almacenamiento.

Los resultados de la citología se clasificaron de acuerdo con la clasificación de Bethesda. En la población del estudio se utilizan los códigos que describen la morfología del Papanicolaou: normal, ASCUS (alteraciones escamosas de significado desconocido), LGSIL (lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado), HGSIL (lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado).

3.7. Procesamiento de la información

La información recogida es ingresada en una base de datos creada con el software SPSS 17.0, luego se procedió a realizar análisis univariado, los resultados se presentan a través de estadística descriptiva y analítica mediante tablas univariadas y bivariadas de frecuencias relativas, tablas, gráficos.

3.8. Protección de los Derechos Humanos

El presente estudio se ampara en las leyes de la ética y deontología médicas, ya que no se pone en riesgo la vida de las pacientes por ser un estudio de carácter descriptivo; además de utilizar el criterio de confidencialidad y el anonimato, conservando así el derecho de privacidad de los sujetos investigados y respetando sobre todo los derechos humanos.

Dicha información es empleada sólo con fines científicos para la culminación del presente trabajo y no serán divulgados bajo ninguna modalidad con otros fines.

CAPITULO IV.

RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio. 2015

Características	N°		Características	N°	%
Edad			Grado de Instrucción		
< 20 años	7	2.9	Sin instrucción	2	0.8
20 – 29	93	38.4	Primaria	61	25.2
30 – 39	68	28.1	Secundaria	156	64.5
40 y mas.	74	30.6	Superior Técnica	10	4.1
Total	242	100.0	Superior Universitaria	13	5.4
Media: 34.9			Total	242	100.0
DS: 11.126					
Mi: 16					
Ma: 64					
Estado civil			Procedencia		
Soltera	68	28.1	Urbano	223	92.1
Casada	38	15.7	Urbano Marginal	13	5.4
Conviviente	130	53.7	Rural	6	2.5
Separada	3	1.2	Total	242	100.0
Viuda	3	1.2			
Total	242	100.0			
Ocupación			Distrito de residencia		
Ama de casa	164	67.8	Iquitos	96	39.7
Empleada	28	11.6	Punchana	128	52.9
Estudiante	25	10.3	Belén	14	5.8
Otras	25	10.3	San Juan	3	1.2
Total	242	100.0	Otros	1	0.4
			Total	242	100.0

En la tabla 1 se aprecia que, en las mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, el grupo etario predominante es de 20 a 29 años con 38.4%, seguido del grupo de 40 y mas años con 30.6%. El estado civil es conviviente con 53.7% y soltera con 28.1%. Grado de instrucción secundaria con 64.5% y primaria con 25.1%, de procedencia urbana con 92.1% y urbano marginal con 5.4%. Ocupación ama de casa con 67.8% y empleada con 11.6%. (Gráficos 1, 2, 3, 4 y 5)

Grafico 1. Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio segun grupo etareo. 2015.

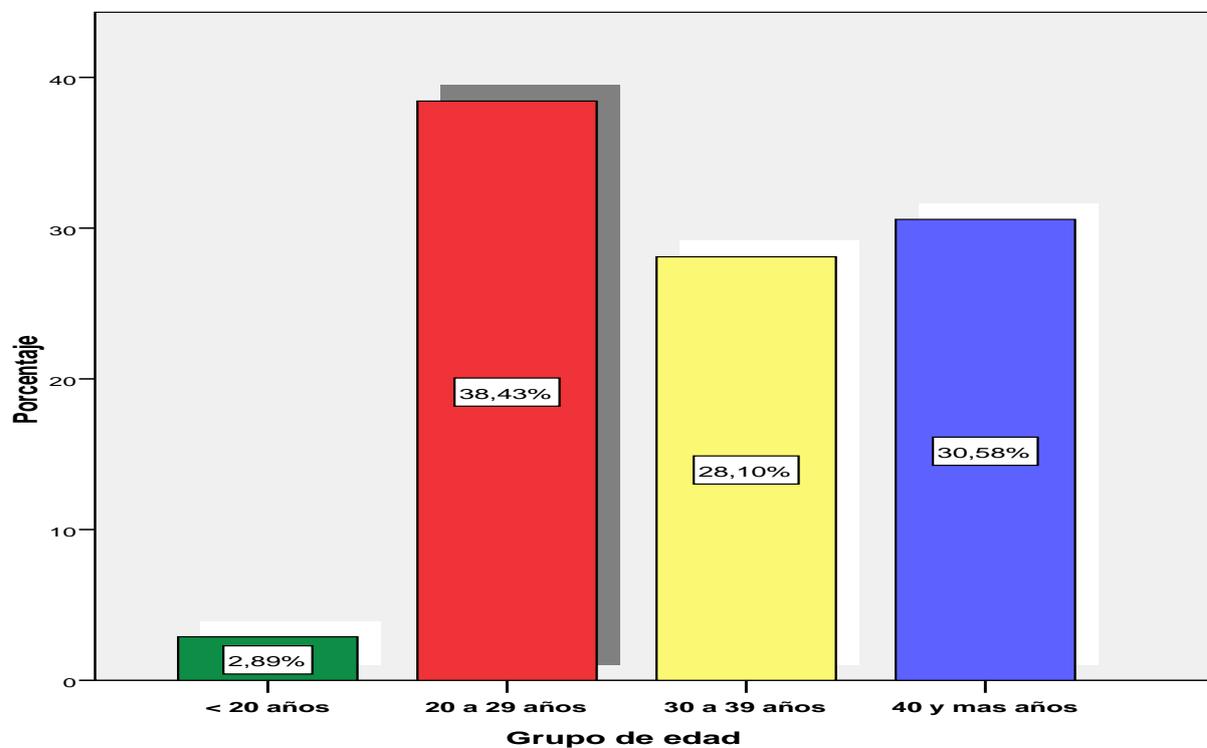


Grafico 2. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el CS San Antonio segun estado civil. 2015

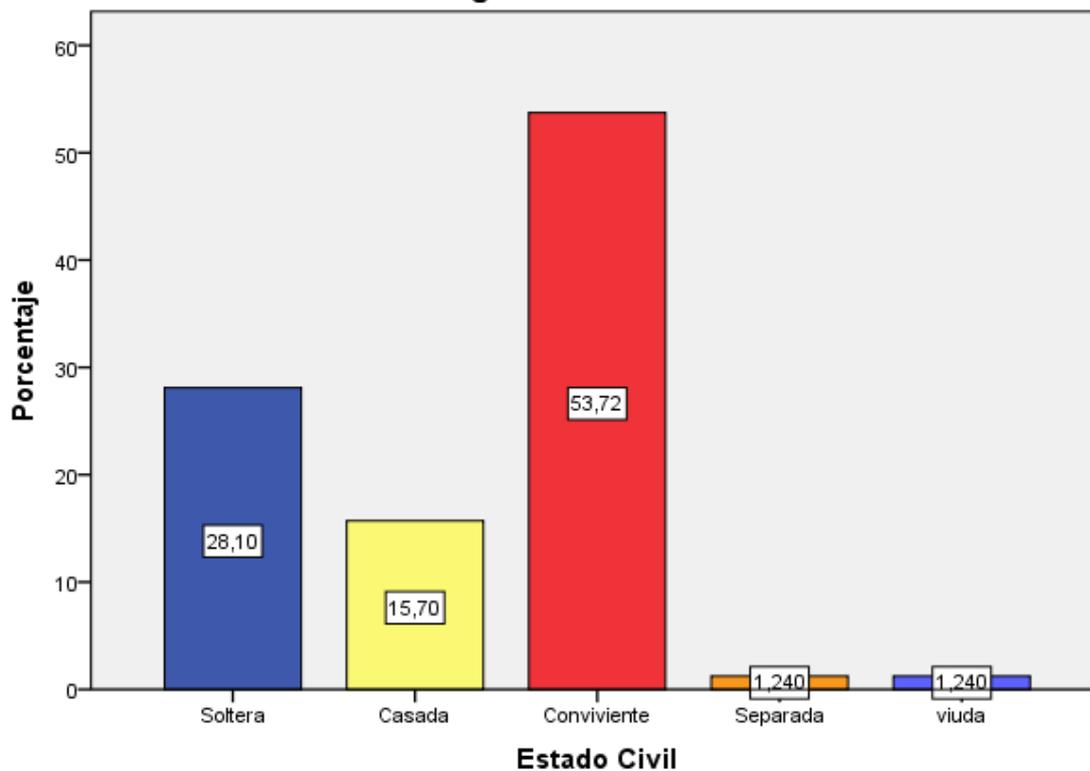


Grafico 3. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el CS San Antonio segun grado de instruccion. 2015.

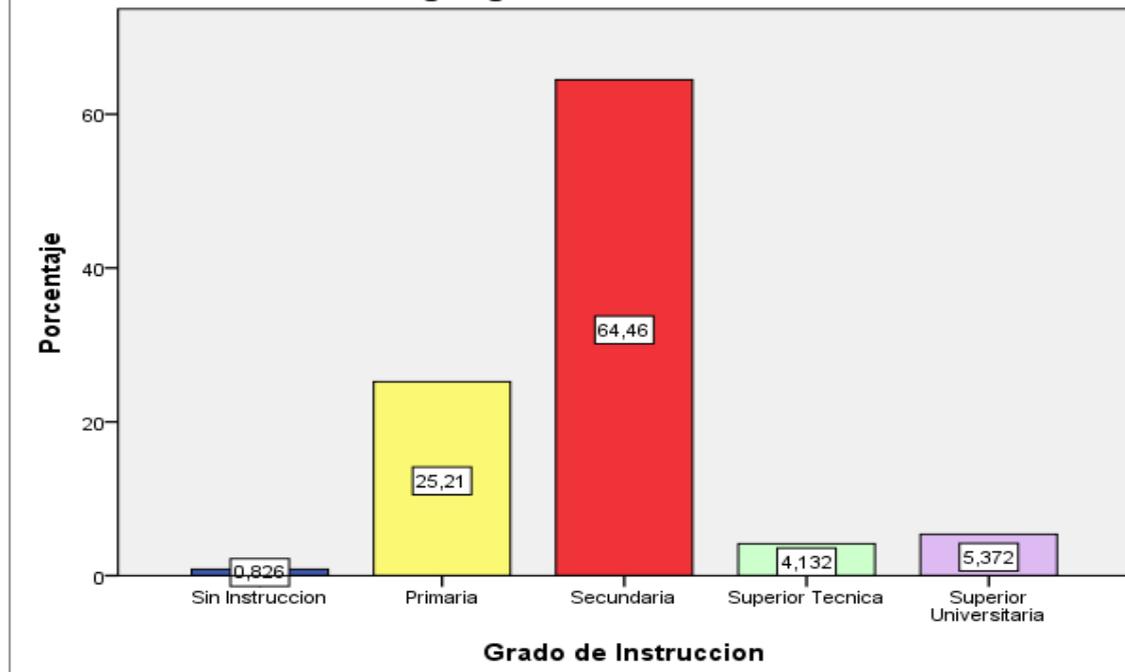


Grafico 4. Mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el CS San Antonio segun procedencia. 2015

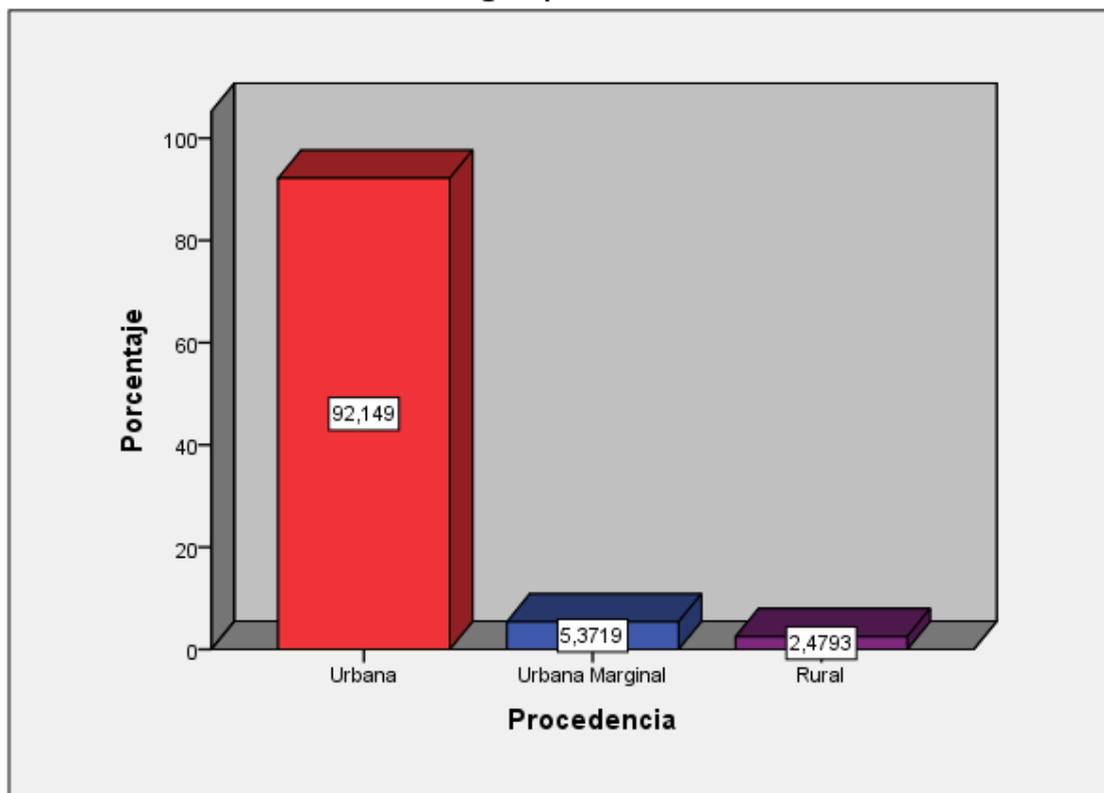
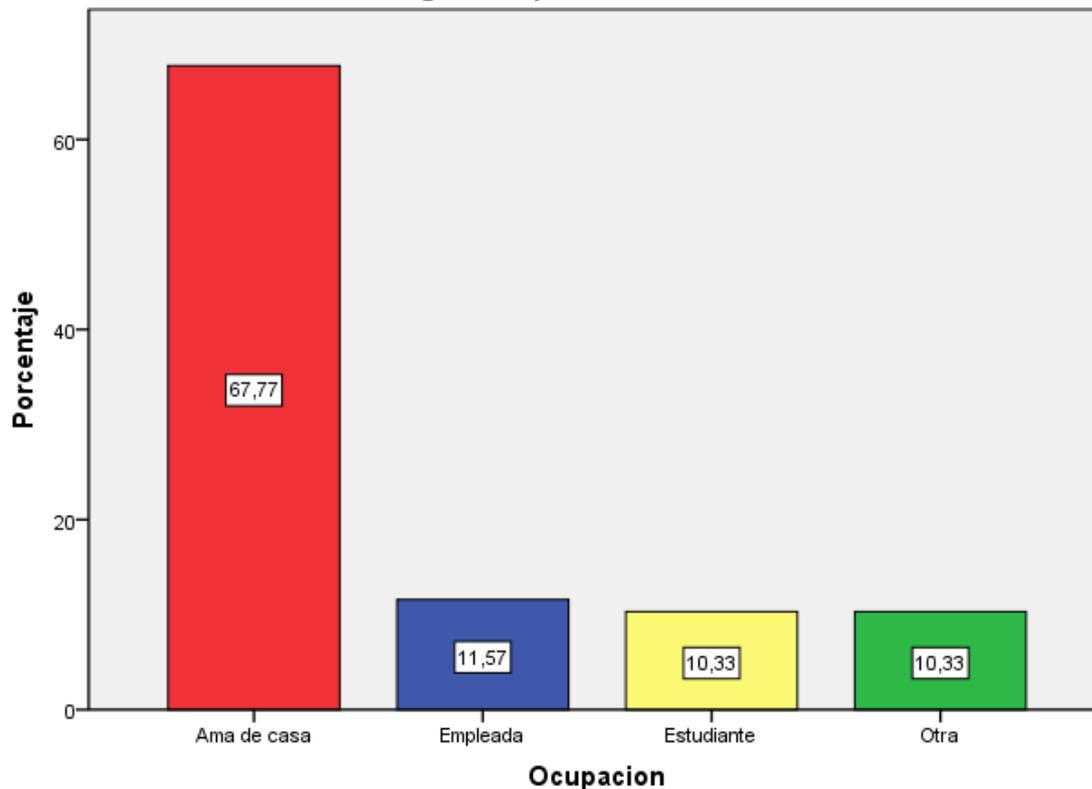


Grafico 5. Mujeres que se realizaron Papanicolaou atendidas en CS San Antonio según ocupacion. 2015.



2. CARACTERISTICAS GINECO OBSTETRICAS

Tabla 2. Mujeres atendidas en CS San Antonio según edad de menarquia, 2015

Edad de menarquia	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 8	2	,8
9	14	5,8
10	9	3,7
11	118	48,8
12	68	28,1
13	16	6,6
14	12	5,0
15	1	,4
16	2	,8
Total	242	100,0

Media: 11.4 DS: 1.191 Mi: 8 Ma:16

En la tabla 2 se observa que, las mujeres atendidas en el CS San Antonio tiene como menarquia predominantemente a los 11 años con 48.8% seguido de 12 años con 28.1%. (Grafico 6).

Grafico 6. Mujeres que se realizaron Papanicolaou atendidas en CS San Antonio según edad de la menarquia. 2015.

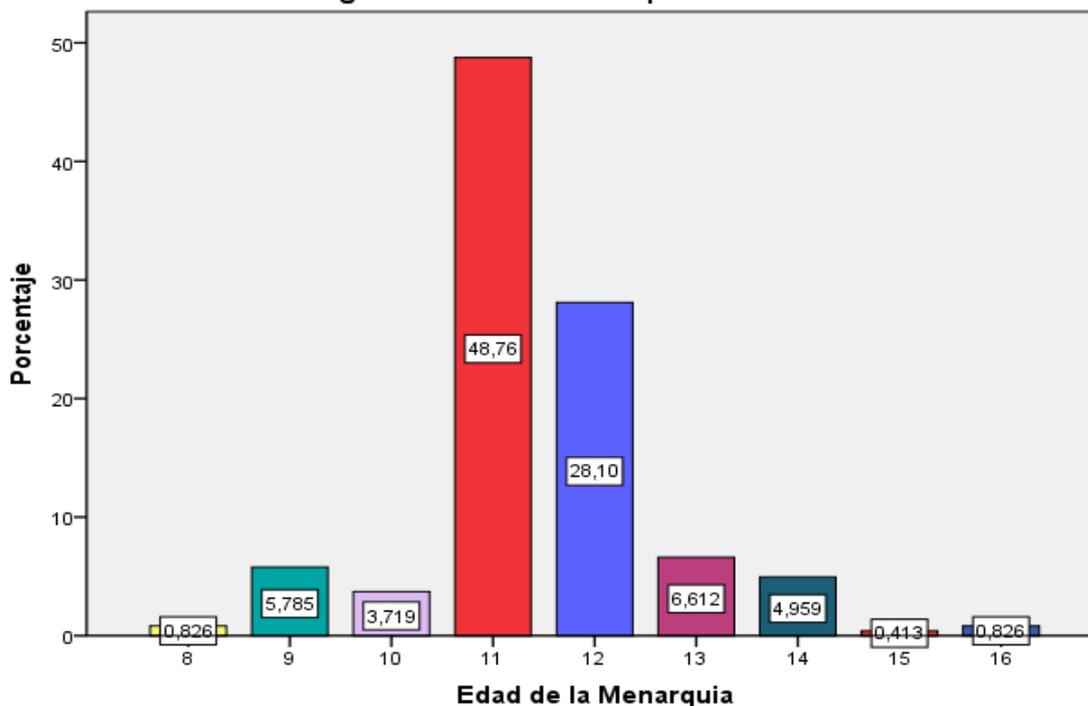


Tabla 3. Mujeres atendidas en CS San Antonio según edad de inicio de relaciones sexuales. 2015.

Edad inicio de relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 13	19	7,9
14	29	12,0
15	23	9,5
16	43	17,8
17	27	11,2
18	45	18,6
19	3	1,2
20	43	17,8
21	4	1,7
22	1	,4
23	3	1,2
25	2	,8
Total	242	100,0

Media: 16.9 DS: 2.468 Mi: 13 Ma: 25

En la tabla 3 se observa que, las mujeres atendidas en el CS San Antonio tiene como edad de inicio de las relaciones sexuales más frecuente el grupo de 16 a 19 años con 48.8%, seguidos del grupo de 13 a 15 años con 29.4%, con una media de 16.9 años, desviación estándar de 2.468, Mínimo: 13 y máximo; 25 años. (Grafico 7).

Grafico 7. Mujeres que se realizaron papanicolaou, atendidas en CS San Antonio segun edad inicio de relaciones sexuales.2015.

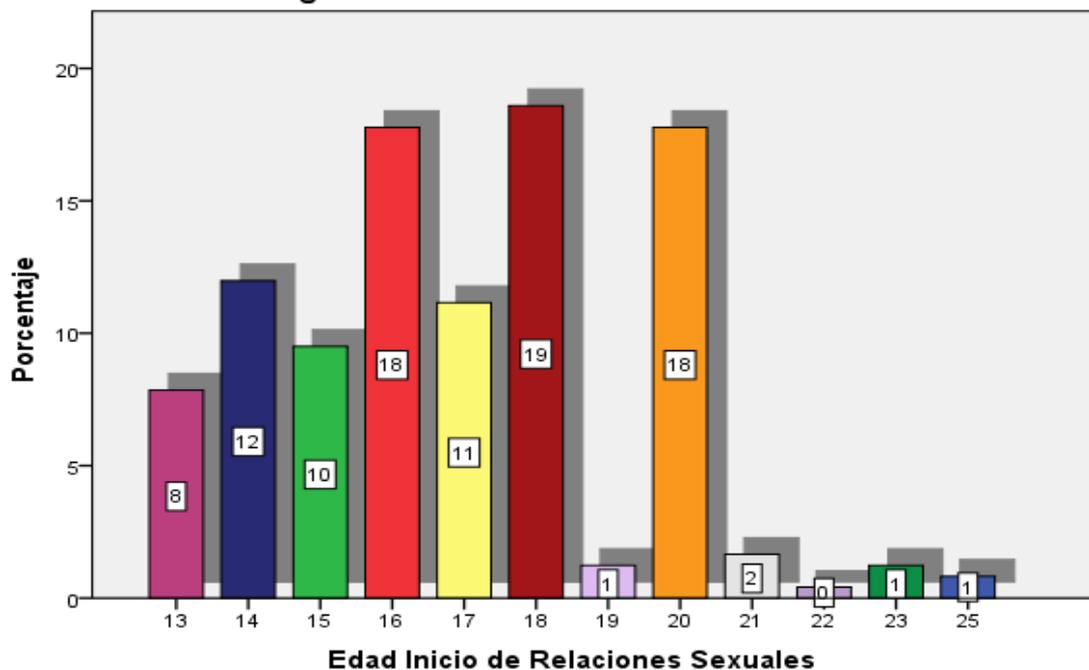


Tabla 4. Mujeres atendidas en CS San Antonio según número de parejas sexuales. 2015

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 1	90	37,2
2	75	31,0
3	42	17,4
4	17	7,0
5	10	4,1
6	2	,8
7	1	,4
8	4	1,7
9	1	,4
Total	242	100,0

Media: 2.33 DS: 1.837 Mi: 1 Ma: 9

En la tabla 4 se observa que, las mujeres atendidas en el CS San Antonio tienen el 37.2% una sola pareja sexual, seguido de 2 parejas con 31.0% y tres parejas el 17.4%, con una media de 2.3, desviación estándar de 1.837, Mínimo: 1 y máximo; 9. (Grafico 8).

Grafico 8. Mujeres que se realizaron Papanicolaou segun numero de parejas sexuales, atendidas en CS San Antonio. 2015.

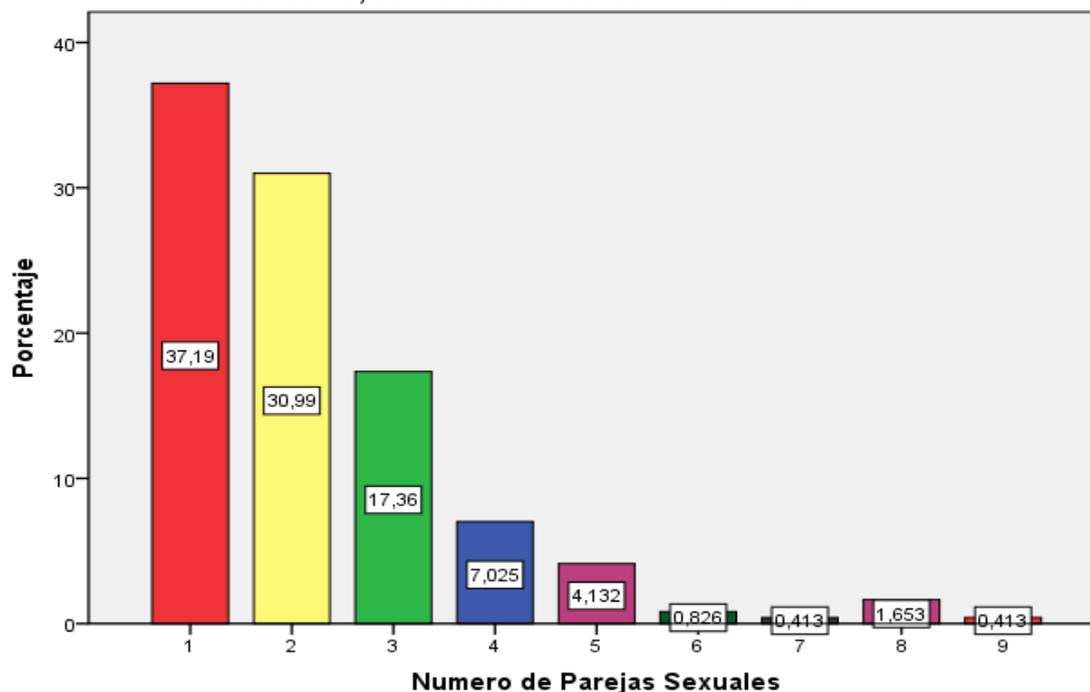


Tabla 5. Mujeres atendidas en CS San Antonio según número de hijos. 2015

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	13	5,4
1	44	18,2
2	68	28,1
3	42	17,4
4	22	9,1
5	21	8,7
6	16	6,6
7	4	1,7
8	7	2,9
9	2	,8
10	3	1,2
Total	242	100,0

Media: 3 DS: 2.106 Mi: 0 Ma: 10

En la tabla 5 se observa que, las mujeres atendidas en el CS San Antonio tienen el 28.1% dos hijos, el 18.2% solo un hijo y el 17.4% tienen tres hijos. En promedio 3 hijos, desviación estándar: 2.106, Mínimo: 0 y máximo: 10.

Tabla 6. Mujeres atendidas en CS San Antonio según número de abortos. 2015

Número de abortos.	Frecuencia	Porcentaje
Válidos 0	151	62,4
1	57	23,6
2	23	9,5
3	9	3,7
4	1	,4
5	1	,4
Total	242	100,0

Media: 0.57 DS: 0.891 Mi: 0 Ma: 5

En la tabla 6 se observa que, las mujeres atendidas en el CS San Antonio el 62.4% no han tenido aborto, y el 23.6% tienen un aborto, con una media de 0.57, desviación estándar de 0.891, Mínimo: 0 y máximo: 5.

Tabla 7. Mujeres atendidas en CS San Antonio según realización de IVAA. 2015.

IVAA	N°	%
SI	230	95.3
NO	12	4.7
Total	242	100.0

En la tabla 7 se aprecia que el 95.3% de las mujeres se realizaron IVAA y solo el 4.7% no se realizó IVAA.

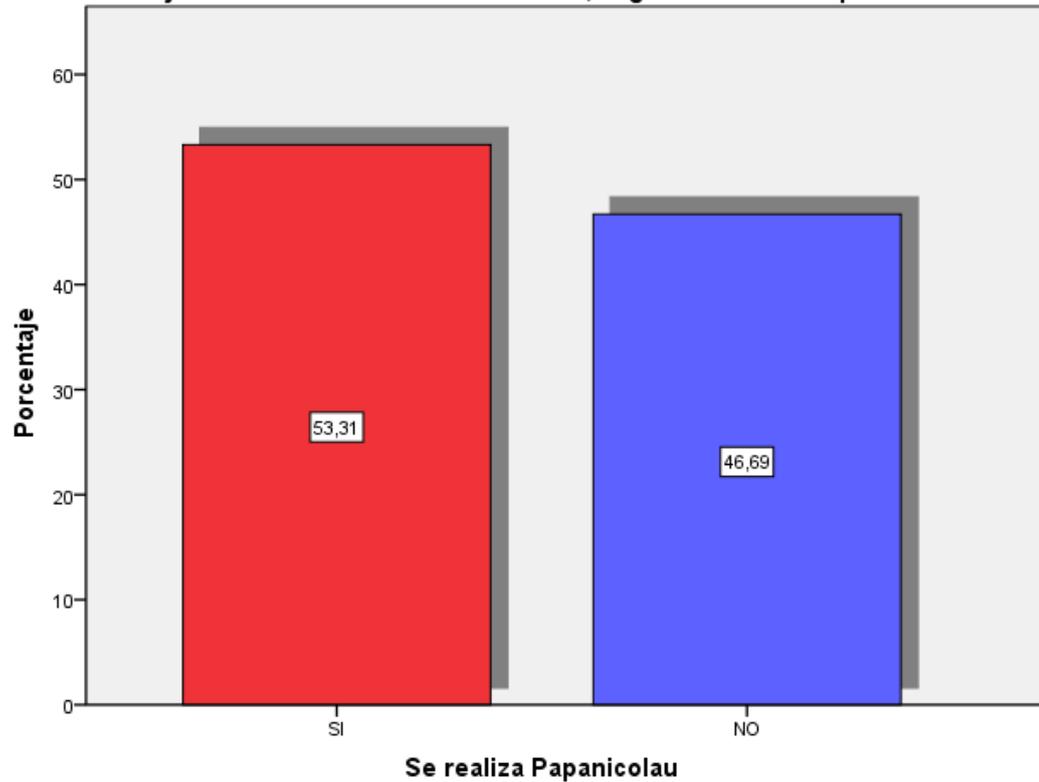
Tabla 8. Mujeres atendidas en CS San Antonio según resultados de IVAA. 2015.

IVAA	N°	%
Positivo	63	26.0
Negativo	167	69.0
No se realizo	12	5.0
Total	242	100.0

Del total de mujeres el 25.6% tuvo IVAA positivo y el 69.4% salió negativo. (Tabla 9)

3. RESULTADOS DEL PAPANICOLAOU

Grafico 9. Mujeres atendidas en CS San Antonio, segun Se realiza Papanicolaou. 2015



El 53.31% de las mujeres atendidas en el CS San Antonio si se ha realizado Papanicolaou. (Grafico 9).

Tabla 9. Mujeres atendidas en CS San Antonio según resultados de PAP. 2015

PAP resultado		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Normal	239	98,8
	Anormal	3	1,2
	Total	242	100,0

El 98.8% de las mujeres atendidas en el CS San Antonio ha presentado Papanicolaou normal y solo el 1.3% tienen Papanicolaou anormal. (Tabla 9).

Grafico 10. Mujeres segun frecuencia de Papanicolaou, atendidas en CS San Antonio. 2015.

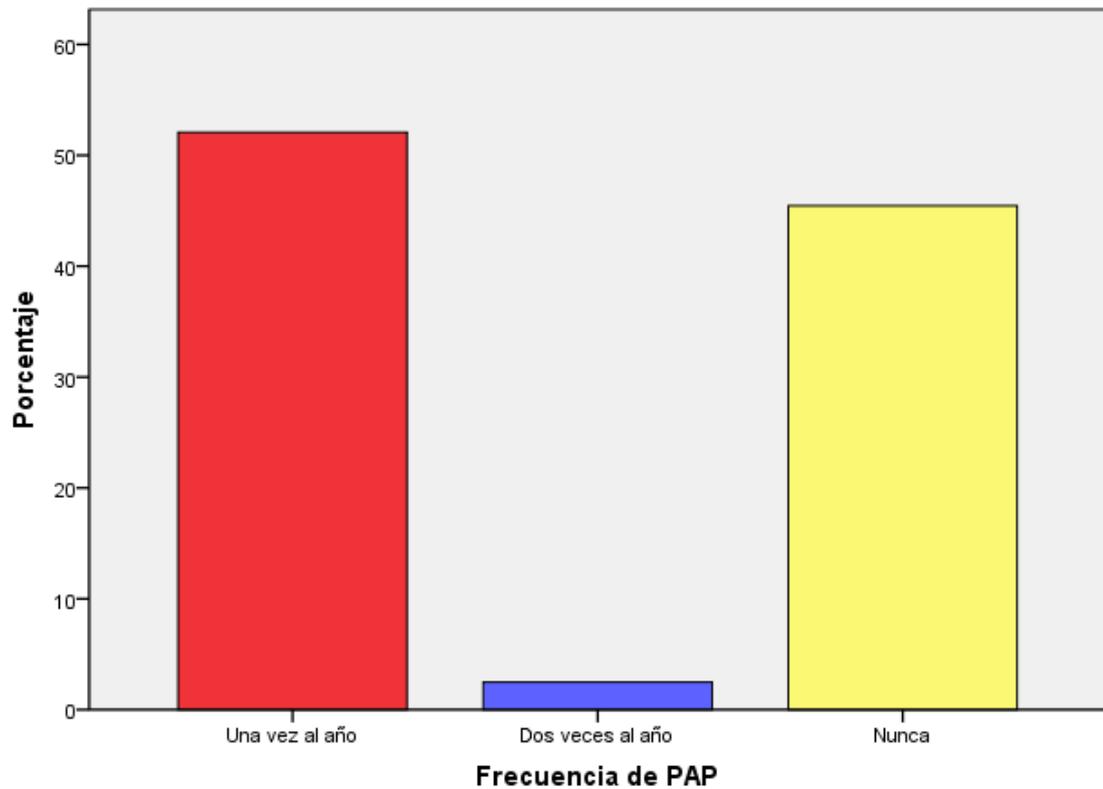


Tabla 10. Mujeres atendidas en CS San Antonio según frecuencia de PAP. 2015.

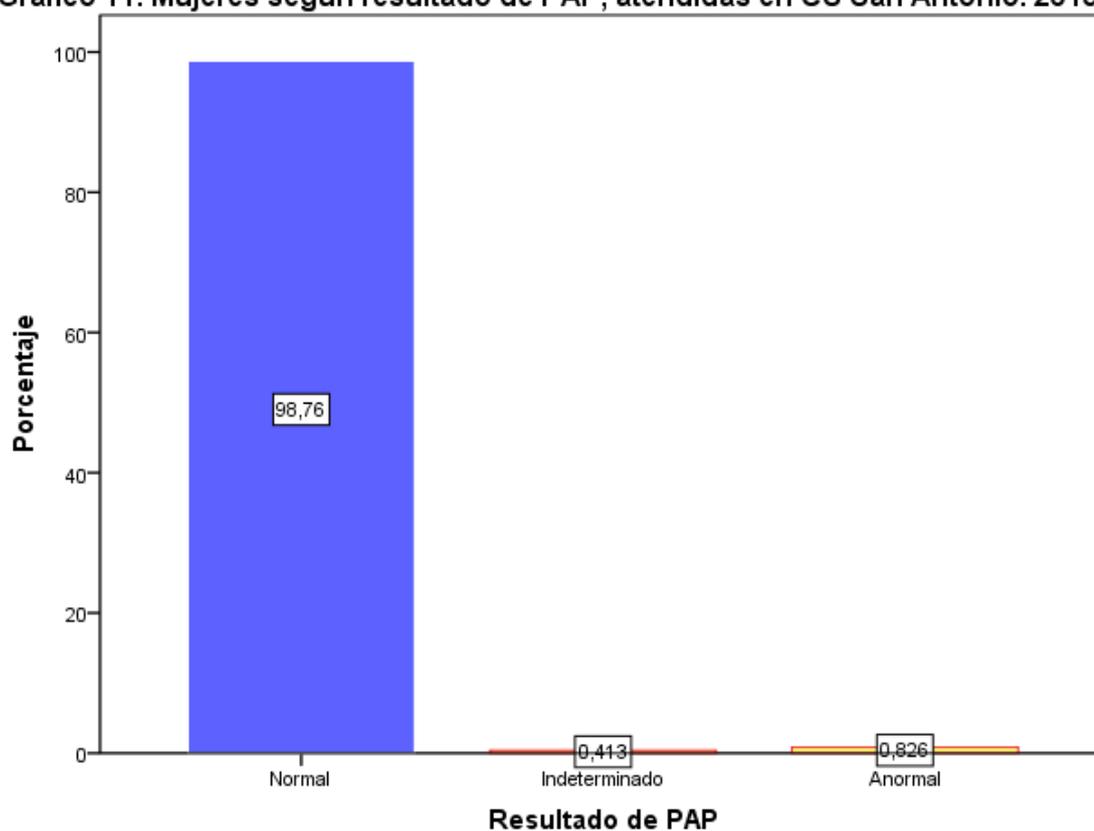
Frecuencia PAP		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Una vez al año	126	52,1
	Dos veces al año	6	2,5
	Nunca	110	45,5
	Total	242	100,0

El 52.1% de las mujeres atendidas en el CS San Antonio se realiza Papanicolaou una vez al año y el 45.5% nunca se ha realizado un Papanicolaou. (Tabla 10 y Grafico 10).

Tabla 11. Mujeres atendidas en CS San Antonio según resultados de PAP. 2015.

Resultado PAP		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Normal	239	98,8
	Indeterminad o	1	,4
	Anormal	2	,8
	Total	242	100,0

Grafico 11. Mujeres segun resultado de PAP, atendidas en CS San Antonio. 2015.



En la tabla 11 y Grafico 11 se aprecian los resultados del Papanicolaou de las mujeres atendidas en el CS San Antonio, el 98.8% normal, 0.4 indeterminado y 0.8 anormal.

4. RESULTADO CITOLOGICO DEL PAPANICOLAOU (BETHESDA)

Tabla 12. Mujeres atendidas en CS San Antonio según resultados de PAP (Bethesda). 2015.

Clasificación de Bethesda		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Normal	239	98,8
	Presencia Células Escamosas Atípica	3	1,2
	Total	242	100,0

Según la clasificación de Bethesda, el 1.2% presentan células escamosas atípicas (Tabla 12)

5. RELACION DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y GINECO OBSTETRICAS CON RESULTADOS CITOLOGICOS DE PAPANICOLAOU

Tabla 13. Mujeres atendidas en CS San Antonio según grado de instrucción y se realiza Papanicolaou. 2015.

		Se realiza Papanicolaou		Total
		SI	NO	
Grado de Instrucción	Sin Instrucción	0	2	2
	Primaria	7	54	61
	Secundaria	102	54	156
	Superior Técnica	9	1	10
	Superior Universitaria	11	2	13
Total		129	113	242

X²: 64.839 P: 0.000

Al analizar la relación entre las variables grado de instrucción y se realiza Papanicolaou se encuentra una relación estadísticamente significativa. (Tabla 13).

Tabla 14. Mujeres atendidas en CS San Antonio según grado de instrucción y frecuencia de Papanicolaou. 2015.

		Frecuencia de PAP			Total
		Una vez al año	Dos veces al año	Nunca	
Grado de Instrucción	Sin Instrucción	0	0	2	2
	Primaria	8	1	52	61
	Secundaria	99	4	53	156
	Superior Técnica	8	1	1	10
	Superior Universitaria	11	0	2	13
Total		126	6	110	242

X²: 62.115 P: 0.000

En la Tabla 14 se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables grado de instrucción y frecuencia de Papanicolaou. (p: 0.000)

Tabla 15. Mujeres atendidas en CS San Antonio según procedencia y se realiza Papanicolaou. 2015.

		Se realiza Papanicolaou		Total
		SI	NO	
Procedencia	Urbana	124	99	223
	Urbana Marginal	4	9	13
	Rural	1	5	6
	Total	129	113	242

X²: 6.362 p: 0.042

En la Tabla 15 se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables procedencia y se realiza Papanicolaou. (p: 0.042)

Tabla 16. Mujeres atendidas en CS San Antonio según ocupación y se realiza Papanicolaou. 2015.

	Se realiza Papanicolaou		Total
	SI	NO	
Ocupación Ama de casa	78	86	164
Empleada	13	15	28
Estudiante	20	5	25
Otra	18	7	25
Total	129	113	242

X²: 13.374 p: 0.004

En la Tabla 16 se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables ocupación y se realiza Papanicolaou. (p: 0.004)

Tabla 17. Mujeres atendidas en CS San Antonio según edad de inicio de relaciones sexuales y se realiza Papanicolaou. 2015.

	Se realiza Papanicolaou		Total
	SI	NO	
Edad Inicio de Relaciones Sexuales 13	4	15	19
14	7	22	29
15	9	14	23
16	20	23	43
17	15	12	27
18	31	14	45
19	2	1	3
20	33	10	43
21	2	2	4
22	1	0	1
23	3	0	3
25	2	0	2
Total	129	113	242

X²: 39.931 p: 0.000

En la Tabla 17 se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las edad de inicio de relaciones sexuales y se realiza Papanicolaou. (p: 0.000)

Tabla 18. Mujeres atendidas en CS San Antonio según edad de inicio de relaciones sexuales y frecuencia de Papanicolaou. 2015.

		Frecuencia de PAP			Total
		Una vez al año	Dos veces al año	Nunca	
Edad Inicio de	13	4	1	14	19
Relaciones Sexuales	14	7	0	22	29
	15	10	0	13	23
	16	19	1	23	43
	17	14	1	12	27
	18	30	1	14	45
	19	1	1	1	3
	20	33	1	9	43
	21	2	0	2	4
	22	1	0	0	1
	23	3	0	0	3
	25	2	0	0	2
Total		126	6	110	242

X²: 53.287 p: 0.000

En la Tabla 18 se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las edad de inicio de las relaciones sexuales y frecuencia de Papanicolaou. (p: 0.000)

Tabla 19. Mujeres atendidas en CS San Antonio según edad de inicio de relaciones sexuales y resultado de Papanicolaou. 2015.

		PAP resultado		Total
		normal	Anormal	
Edad Inicio de Relaciones Sexuales	13	18	1	19
	14	28	1	29
	15	23	0	23
	16	43	0	43
	17	27	0	27
	18	45	0	45
	19	3	0	3
	20	42	1	43
	21	4	0	4
	22	1	0	1
	23	3	0	3
	25	2	0	2
Total		239	3	242

En la Tabla 19 se aprecia que no existe una relación estadísticamente significativa entre las edad de inicio de las relaciones sexuales y resultado de Papanicolaou. Sin embargo se observa que los resultados anormales de Papanicolaou se presentan a en aquellas mujeres que han iniciado sus relaciones sexuales a edades más tempranas (13 y 14 años) (Grafica 13).

Gráfico13 . Mujeres atendidas en CS San Antonio segun edad inicio de relaciones sexuales y resultado de Papanicolaou. 2015.

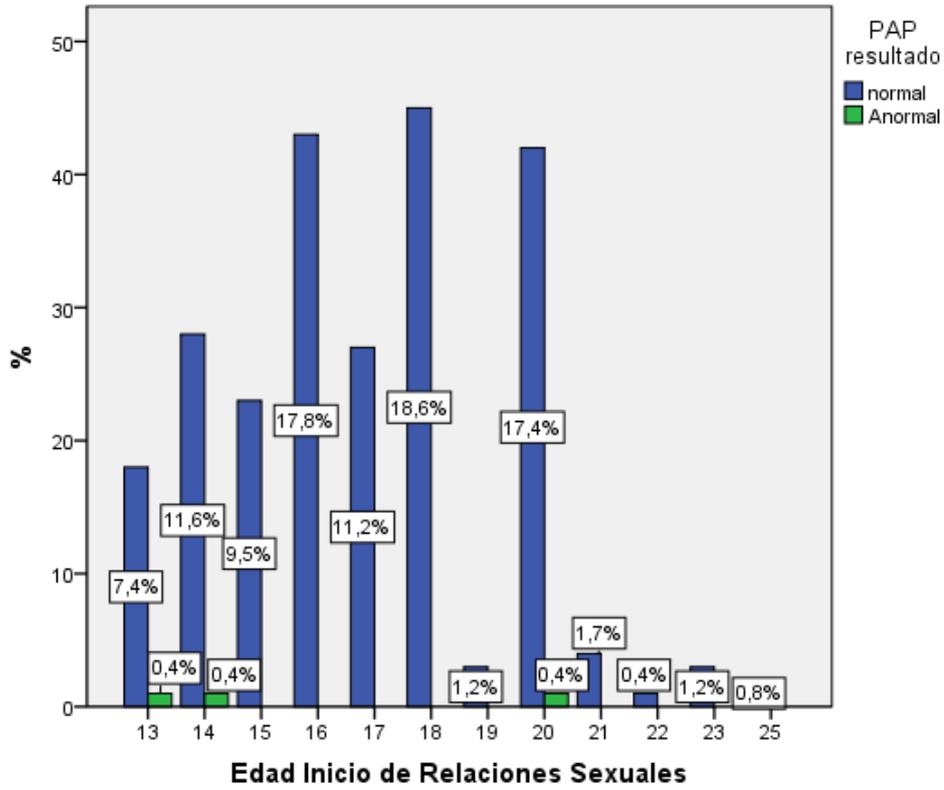
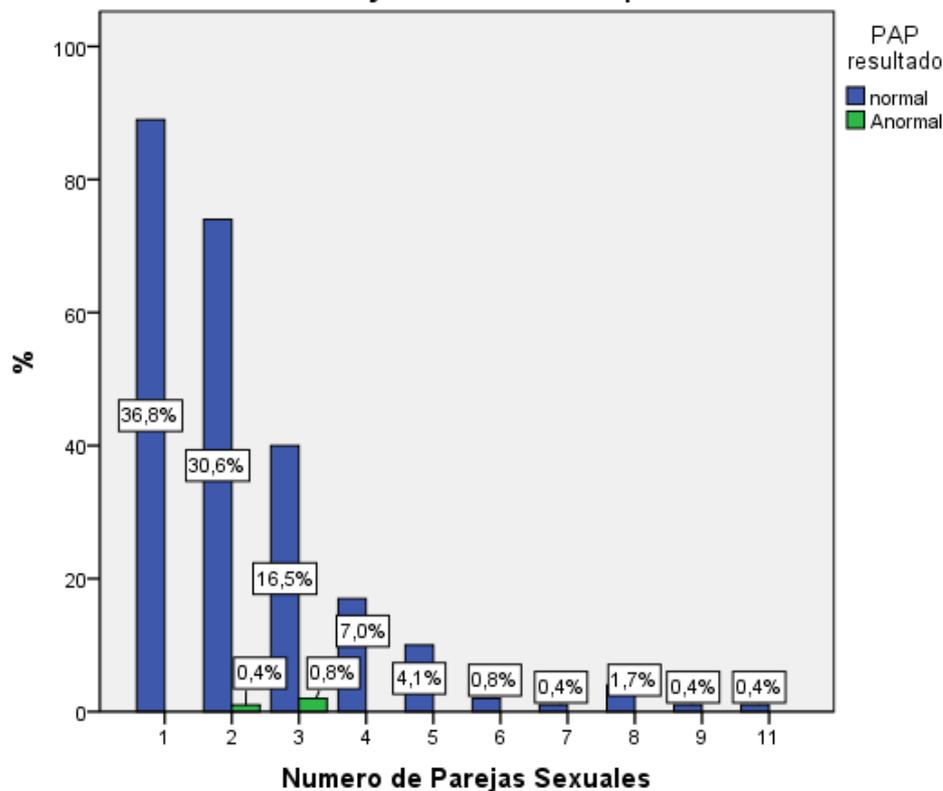


Gráfico 14. Mujeres atendidas en CS San Antonio según número de parejas sexuales y resultados de Papanicolaou. 2015.



En el gráfico 14 se observa que las mujeres que han tenido 2 y 3 parejas sexuales presentan mayor porcentaje de tener resultados anormales de Papanicolaou.

Tabla 20. Mujeres atendidas en CS San Antonio según resultados de IVAA y Papanicolaou. 2015.

IVAA	Resultado de Papanicolaou				Total	
	Normal		Anormal			
	N ^a	%	N ^a	%	N ^o	%
Positivo	62	25.6	1	0.4	63	26.0
Negativo	165	68.2	2	0.8	167	69.0
No se realiza	12	5.0	0	0.0	12	5.0
Total	239	98.8	3	1.2	242	100.0

Chi2: 0.224 p: 0.894

En la Tabla 20 se aprecia que del total de mujeres que se realizaron IVAA, el 26% salió positivo y de ellos el 0.4% tuvo Papanicolaou anormal. Sin embargo de los que tuvieron IVAA negativo el 0.8% salió con Papanicolaou anormal. No existe relación estadísticamente significativa entre el resultado de IVAA y el resultado de Papanicolaou. ($p < 0.05$)

CAPITULO V.

DISCUSION

En el presente estudio las en las mujeres que se realizaron Papanicolaou, atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, el grupo etario predominante es de 20 a 29 años con 38.4%, seguido del grupo de 40 y mas años con 30.6%, edad promedio: 34.9 años, desviación estándar: 11.12 años; mínimo de 16 años y máximo de 64 años, El estado civil es conviviente con 53.7% y soltera con 28.1%. Grado de instrucción secundaria con 64.5% y primaria con 25.1%, de procedencia urbana con 92.1% y urbano marginal con 5.4%. Ocupación ama de casa con 67.8% y empleada con 11.6%. , cifras similares a lo informado por Yoana¹⁶ quien informo Rango de edad entre 16 y 71 años; promedio de edad 42,2 años (SD = 14,57 años); el 79,2% se encontraba con pareja estable; el 90,0% cursó educación primaria o menos; el 11,3% y lo reportado por Barrios Garcia¹⁷ quien indica el promedio de edad fue 35,5 años, el 62% del grupo estudio se encontró entre los 20 y 39 años. Igual a lo informado por Maria de Araujo¹⁸ quien indica como edad minima 18 años y máximo: 50, igual cifra informada por Ehrenzweig¹⁹, y por Sanchez²⁰: La edad promedio de las pacientes fue de 36.94 años con un rango de 20 a 66 años. Cifra diferente a lo informado por Huamani²¹ que en 502 **mujeres**, con una **edad** promedio de 27 ± 8 años. Ehrenzweig²² refiere que la mayoría de las mujeres con educación superior se realizaron la primera prueba antes de los 30 años, y solo seis de cada diez mujeres con escolaridad básica o media superior lo hicieron después de los 30 años o no lo habían hecho.

Con relación a las características gineco obstétricas se encontró: menarquia a los 11 años con 48.8% seguido de 12 años con 28.1%, edad de inicio de las relaciones sexuales más frecuente el grupo de 16 a 19 años con 48.8%, seguidos del grupo de 13 a 15 años con 29.4%, con una media de 16.9 años, desviación estándar de 2.468, Mínimo: 13 y máximo; 25 años. El 37.2% tiene una sola pareja sexual, seguido de 2 parejas con 31.0% y tres parejas el 17.4%, con una media de 2.3, desviación estándar de 1.837, Mínimo: 1 y máximo; 9, el 28.1% tienen dos hijos, el 18.2% solo un hijo y el 17.4% tienen tres hijos. En promedio 3 hijos, desviación estándar: 2.106, Mínimo: 0 y máximo: 10. El 62.4% no han tenido aborto, y el 23.6% tienen un aborto, con una media de 0.57, desviación estándar de 0.891, Mínimo: 0 y máximo: 5. Cifras similares a lo informado Yoana²³ la edad promedio de la menarquia fue 13 años, y el 17.9% a los 12 años, inicio sexual antes de los 17 años, Todas las mujeres encuestadas han tenido al menos una gestación y el 66,1% ha tenido 3 o más, y lo reportado por Barrios²⁴ el 74% tuvieron dos o más partos, 54%

afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales, 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años. Huamani²⁵ indica 15% inició sus relaciones sexuales antes de los 15 años y 14% había tenido tres o más parejas sexuales. Cifra diferente a lo informado por Sánchez²⁶ quien encontró que el inicio de la vida sexual fue en promedio a los 19.25 años con \pm DE 3.9 y con un rango de 11 a 30 años. El número de parejas sexuales que tuvieron estas pacientes fue en promedio de 2.57 con \pm DE de 2.4 y con un rango de 1 a 20.

Respecto a los resultados del Papanicolaou se encontró: El 53.31% de las mujeres atendidas se han realizado Papanicolaou. El 98.8% de las mujeres han presentado Papanicolaou normal y solo el 1.3% tienen Papanicolaou anormal. El 52.1% de las mujeres se realiza Papanicolaou una vez al año y el 45.5% nunca se ha realizado un Papanicolaou. Según la clasificación de Bethesda, el 1.2% presentan células escamosas atípicas. Cifras diferentes a lo informado por Barrios²⁷, el 78% presentó LIE de bajo grado y el 22% LIE de alto grado, y por María de Araujo²⁸ quien indica que el 70% realiza el examen cada dos años o menos y el 12% nunca lo ha realizado.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el centro de salud de san Antonio son: edades entre 20 a 39 años (38.4%), convivientes (53.8%), de procedencia urbana (92.1%), grado de instrucción secundaria (64.5%) y ama de casa (67.8%).

Con relación a las características Gineco- Obstetricas de la mujeres atendidas se tiene: Menarquia a los 11 años (48.8%), edad de inicio de relaciones sexuales a los 13 años, el 17.4% tienen más de dos hijos, el 17.4% tienen tres y más parejas sexuales, el 23.6% han tenido aborto, y 50% tiene tres y mas hijos.

Respecto al Papanicolaou, el 53.31% de las mujeres se ha realizado Papanicolaou, presentando solo el 1.3% Papanicolaou anormal. El 52.1% de las mujeres se realiza Papanicolaou una vez al año y el 45.5% nunca se ha realizado un Papanicolaou. El 98.8% normal, 0.4 indeterminado y 0.8 anormal. Según la clasificación de Bethesda, el 1.2% presentan células escamosas atípicas.

Se observa que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables procedencia y se realiza Papanicolaou, entre las variables ocupación y se realiza Papanicolaou, se aprecia que existe una relación estadísticamente significativa entre las edad de inicio de relaciones sexuales y se realiza Papanicolaou

CAPITULO VII.

RECOMENDACIONES

Incentivar a la población que tome conciencia de la realización de la prueba de Papanicolaou.

Incluir programas de educación en los colegios, mercados, barrios sobre la importancia de la prueba del Papanicolaou.

Implementar los establecimientos de salud con materiales y equipos necesarios para la toma de muestra de Papanicolaou a nivel del primer nivel de atención.

Que la prueba de Papanicolaou sea un procedimiento de rutina en la población en riesgo con el establecimiento de un seguimiento para los casos positivos.

CAPITULO VIII

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

-
- ¹ Barrios García I, Lecompte Osorio P, Leones Castillo R, López Custode F. factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la clínica maternidad rafael calvo en la ciudad de cartagena (colombia): estudio descriptivo. Archivos De Medicina (1657-320X) . (2016, Jan); 16(1): 109-117.
- ² Hernández Millan Zenia Lissette, Bravo Polanco Eneida, Águila Rodríguez Narciso, Torres López Yoanka, Tay Araujo Juana Isis, Martínez Santana Mayelin. Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Rev Cubana Enfermer. 2016 Jun; 32(2): 141-150.
- ³ Marins Silva C, de Oliveira D, da Costa Vargens O. PERCEPÇÃO DE MULHERES SOBRE O TESTE DE PAPANICOLAOU. Revista Baiana De Enfermagem. (2016, Apr); 30(2): 1-9.
- ⁴ YOANA CIFUENTES L, MANRIQUE ABRIL F, OSPINA DÍAZ J. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. Avances En Enfermería. (2014, Jan); 32(1): 63-71.
- ⁵ Sánchez Y, Marván Garduño M, Acosta Condado É. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. Revista Psicología Y Salud. (2013, July); 23(2): 161-169
- ⁶ Prieto Herrera M, Pérez Rivero J, Vázquez Camacho M, Áreas Ordán M, Sánchez Rodríguez N. Comportamiento de las citologías orgánicas alteradas en un área de salud. Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología (2012, Oct); 38(4): 510-520.
- ⁷ Maria de Araújo Oliveira W, Alves Barbosa M, de Oliveira Monteiro Mendonça B, Alves da Silva A, Carla Faria Santos L, do Nascimento L. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. Revista De Enfermagem Referência. (2012, July); (7): 15-22.
- ⁸ Treviño-Salinas, Emilio Modesto; Vidal-Gutiérrez, Oscar; Saldívar-Rodríguez, Donato; Luna-Rivera, Marcelo Jr.; Castillo-Sáenz, Lorena; Núñez-Álvar, Rey David; Gómez-Juárez, Heidi. Evaluación de la incidencia de displasia cervical en embarazadas en un Hospital Universitario Departamento de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Medicina Universitaria 2010;12:213-5
- ⁹ Flores Acosta Clara del Carmen, Vidal Gutierrez Oscar, Saldívar Rodríguez Donato, Núñez Alvar Rey David. PREVALENCIA DE DISPLASIA CERVICAL EN EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO. Rev. chil. obstet. ginecol. 2010 ; 75(5): 290-293.
- ¹⁰ Sánchez A, Grimaldo J, Salazar Alarcón C. Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM. (2009, Mar); 52(2): 69-72.
- ¹¹ Huamaní C, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LIMA, PERÚ 2007. Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública. (2008, Jan); 25(1): 44-50.
- ¹² Fernández R, López L, Barrios M, Kopecky D, Hong A, Esaa H. Pesquisa de Câncer de Cuello Uterino en el Hospital Materno Infantil del Este, Caracas. Informe Medico. (2008, Aug);10(8/9): 487-493.

-
- ¹³ Givaudan M, Leenen I, Pick S, Angulo A, Poortinga Y. Enhancement of underused cervical cancer prevention services in rural Oaxaca, Mexico. *Revista Panamericana De Salud Publica* (2008, Feb); 23(2): 135-143.
- ¹⁴ Denny L. Prevention of cervical cancer. *Reproductive Health Matters*. (2008, Nov); 16(32): 18-31.
- ¹⁵ Ramos A, Palha P, Da Costa Júnior M, Sant'Anna S, Bortucan Lenza N. Pap smear realization profile of women between 40 and 49 years registered at a family health center. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*. (2006, Mar); 14(2): 15
- ¹⁶ YOANA CIFUENTES L, MANRIQUE ABRIL F, OSPINA DÍAZ J. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Avances En Enfermería*. (2014, Jan); 32(1): 63-71
- ¹⁷ Barrios García I, Lecompte Osorio P, Leones Castillo R, López Custode F. factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la clínica maternidad rafael calvo en la ciudad de cartagena (colombia): estudio descriptivo. *Archivos De Medicina (1657-320X)* (2016, Jan); 16(1): 109-117.
- ¹⁸ Maria de Araújo Oliveira W, Alves Barbosa M, de Oliveira Monteiro Mendonça B, Alves da Silva A, Carla Faria Santos L, do Nascimento L. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. *Revista De Enfermagem Referência*. (2012, July); (7): 15-22.
- ¹⁹ Ehrenzweig Sánchez Y, Marván Garduño M, Acosta Condado É. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. *Revista Psicología Y Salud*. (2013, July); 23(2): 161-169.
- ²⁰ Sánchez A, Grimaldo J, Salazar Alarcón C. Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM*. (2009, Mar); 52(2): 69-72.
- ²¹ Huamaní C, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LIMA, PERÚ 2007. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*. (2008, Jan); 25(1): 44-50.
- ²² Ehrenzweig Sánchez Y, Marván Garduño M, Acosta Condado É. Conocimientos sobre la prevención del cáncer cervicouterino, locus de control y realización del Papanicolaou. *Revista Psicología Y Salud*. (2013, July); 23(2): 161-169.
- ²³ YOANA CIFUENTES L, MANRIQUE ABRIL F, OSPINA DÍAZ J. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Avances En Enfermería*. (2014, Jan); 32(1): 63-71
- ²⁴ Barrios García I, Lecompte Osorio P, Leones Castillo R, López Custode F. factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la clínica maternidad rafael calvo en la ciudad de cartagena (colombia): estudio descriptivo. *Archivos De Medicina (1657-320X)*. (2016, Jan); 16(1): 109-117
- ²⁵ Huamaní C, Hurtado-Ortega A, Guardia-Ricra M, Roca-Mendoza J. CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE LA TOMA DE PAPANICOLAOU EN MUJERES DE LIMA, PERÚ 2007. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública*. (2008, Jan); 25(1): 44-50.
- ²⁶ Sánchez A, Grimaldo J, Salazar Alarcón C. Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM*. (2009, Mar); 52(2): 69-72.
- ²⁷ Barrios García I, Lecompte Osorio P, Leones Castillo R, López Custode F. factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la clínica maternidad rafael calvo en la ciudad de cartagena (colombia): estudio descriptivo. *Archivos De Medicina (1657-320X)*. (2016, Jan); 16(1): 109-117
- ²⁸ Maria de Araújo Oliveira W, Alves Barbosa M, de Oliveira Monteiro Mendonça B, Alves da Silva A, Carla Faria Santos L, do Nascimento L. Adesão de mulheres de 18 a 50 anos ao exame colpocitológico na estratégia saúde da família. *Revista De Enfermagem Referência*. (2012, July); (7): 15-22.

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha de recolección de datos

La presente encuesta está hecha para la realización de tesis de pregrado, agradeciendo de antemano su participación en el siguiente cuestionario, todo lo revelado en la presente encuesta queda en confidencialidad.

INICIALES: **Nro.H.Cl:**

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

2. EDAD: _____

3. ESTADO CIVIL:

Soltera Casada Divorciada Viuda Conviviente

4. GRADO DE INTRUCCION: primaria:..... secundaria:..... superior tecnica:..... superior universitaria:.....

5. PROCEDENCIA: Urbana:..... Urbano Marginal:..... Rural:.....

6. Distrito de Residencia: Iquitos:..... Belén:..... San Juan:..... Punchana:..... Otros:.....

7. OCUPACIÓN:

Ama de casa:..... Empleada:..... Estudiante:..... Otra:.....

Especifique:.....

2. CARACTERISTICAS GINECO OBSTETRICAS

8. EDAD DE PRIMERA RELACIÓN SEXUAL:años

9. NUMERO DE PAREJAS SEXUALES :

10. Numero de gestaciones:.....

11. NUMERO DE HIJOS:

12. IVAA.

3. CARACTERISTICAS DEL PAPANICOLAU

13. SE REALIZA PAPANICOLAO:

MENSUAL

1 VEZ AL AÑO

2 VECES AL AÑO

NUNCA

14. FECHA DEL ULTIMO PAPANICOLAU:

15. RESULTADOS DEL PAPANICOLAU (ACTUAL) :

NORMAL:.....

Inflamacion leve:.....

Inflamacion moderada:.....

Inflamacion severa:.....

INDETERMINADO:

ASCUS:.....

ASGUS:.....

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV)

ANORMAL:.....

Clasificación de BETHESDA (x)

- Presencia de células Escamosas Atípicas
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado- LIEB (NIC I)
- lesiones Precursoras de cáncer Cervicouterino
- Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado – LIEA (NIC II)
- Carcinoma in situ.

ASCUS: Celulas Escamosas de Significado Indeterminado.

AGUS: Células Glandulares Atípicas de Significado Indeterminado.