



**Universidad Científica del Perú - UCP**  
*Registrado en el Asiento N° A00010 de la Partida N° 11000318, Personas Jurídicas de Iquitos,  
Superintendencia de los Registros Públicos - SUNARP*

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**  
**TESIS**

**“FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON CITOLOGÍA ANORMAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**  
**OBSTETRA**

**AUTOR:**

**Bach. Obst. RENGIFO SANCHEZ, Giovana Patricia.**

**Bach. Obst. SHUPINGAHUA RENGIFO, Victoria Isabel.**

**ASESOR:**

**Obst. GARCIA RENGIFO, Rubith**

**San Juan Bautista – Maynas - Loreto – 2018**

## DEDICATORIA

Dedico esta tesis en primer lugar a Dios, por permitirnos llegar a este momento importante de nuestra vida profesional.

A nuestras madres Dausisa y Patricia por ser la persona más importante de nuestra vida y por demostrarnos siempre su amor y apoyo incondicional. A mis padres, y hermanos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos primeramente a Dios por guiarnos siempre y darnos fuerza para superar las dificultades que se han presentado. A nuestros padres por su gran confianza y apoyo incondicional, por su apoyo y su aliento a no desmayar en este tramo dándome las fuerzas necesarias para seguir adelante. A nuestra asesora de tesis por su apoyo y tiempo, gracias a todas las personas que nos motivaron a seguir y nos ayudaron a la realización de esta tesis.



**Universidad Científica del Perú - UCP**  
 Registrado en el Asiento N° 400010 de la Partida N° 11000110, Personas Jurídicas de Iquitos,  
 Superintendencia de los Registros Públicos - S.I.R.A.P.

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

Con **Resolución Decanal N° 590-2018-UCP-FCS, del 17 de Julio del 2018**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| ✚ <b>Obst. Gisela Palmela Pautrat Robles, Mg.</b> | <b>Presidente</b> |
| ✚ <b>Obst. Amparo Ushñahua Mozombite</b>          | <b>Miembro</b>    |
| ✚ <b>Obst. Silvia Rosa Romero García</b>          | <b>Miembro</b>    |

En la ciudad de Iquitos, siendo las 11:00 am. horas, del día 13 de Marzo del 2019, en las instalaciones de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa de la Tesis: **“FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON CITOLOGIA ANORMAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017”**.

Presentado por las sustentantes:

**VICTORIA ISABEL SHUPINGAHUA RENGIFO  
 GIOVANA PATRICIA RENGIFO SANCHEZ**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **OBSTETRA.**

**Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:**

*Absueltas satisfactoriamente*

El Jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

**La Sustentación es:**

*Aprobada por unanimidad*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.

**Obst. Gisela Palmela Pautrat Robles, Mg.  
 Presidente**

**Obst. Amparo Ushñahua Mozombite  
 Miembro**

**Obst. Silvia Rosa Romero García  
 Miembro**

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO EN MUJERES CON CITOLOGIA  
ANORMAL ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE  
LORETO, DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2017**



Obst. Gisela Palmela Pautrat Robles, Mg.  
Presidente



Obst. Amparo Ushñahua Mozombite  
Miembro



Obst. Silvia Rosa Romero García  
Miembro



Obst. Rubith García Rengifo  
Asesora de Tesis

## INDICE DE CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
I Parte General	
Portada	1
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Acta de Aprobación	4
Índice de contenido	5
Resumen	6
Summary	7
II. Cuerpo del Trabajo	
Introducción	8
Objetivos	13
Marco Teórico Referencial	14
Hipótesis	31
Material y Métodos	32
Resultados	37
Discusión	50
Conclusiones	53
Recomendaciones	54
Referencias Bibliográficas	55
Anexos	60

## **RESUMEN**

**Factores de riesgo en mujeres con Citología Anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de Enero a Diciembre 2017**

**Bach. Obst. Giovana Patricia Rengifo Sánchez**  
**Bach. Obst. Victoria Isabel Shupingahua Rengifo**

### **Introducción**

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos.

### **Objetivo**

Determinar los Factores de riesgo en mujeres con citología anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017

### **Metodología**

El presente estudio será de tipo no experimental, de diseño caso-control retrospectivo.

La muestra de casos estará conformada por 80 casos de resultado de Papanicolaou con citología cervical anormal.

Para la muestra de controles se tomara 1 por cada caso y estará conformada por resultados de citología cervical anormal.

### **Resultados**

Entre las características sociodemográficos se encontró que el 42,5% de las mujeres entre 31 a 50 años presentaron citología anormal; el 43.75% tuvieron estudios primarios; el 38.75% eran procedentes de zona urbana marginal y el 53.75% fueron convivientes.

Entre los antecedentes Gineco-obstétricos se encontró que el 55.0% de las mujeres con inicio de relaciones sexuales > 18 años; el 65% de las mujeres tuvieron > 2 parejas; el 56.25% tuvieron > 2 hijos; el 65% usaron métodos anticonceptivos; el 87.5% tuvieron antecedentes familiares de cáncer y solo el 90% tuvieron antecedentes de ITS.

En relación a los hábitos nocivos; el 70% consumieron alcohol y el 86.25% Tabaco.

Las alteraciones citológicas de mujeres más frecuentes fueron Lesión Intra epitelial escamosa de bajo grado LEIBG (46.3%), Lesión Intra epitelial escamosa de Alto grado LEIAG (26.2%), Atipias en células escamosa de significado incierto ASCUS-AGUS Atipia glandular de significado incierto (25.0%) y carcinoma invasivo (2.5%).

### **Conclusión**

Los Factores de riesgos que se relacionan con la Citología anormal; siendo los principales: Antecedentes ITS (OR= 1.90); Consumo de Tabaco (OR=1.82); Inicio de relaciones sexuales  $\leq$  18 años (OR=1.80); Antecedente familiar de cáncer (OR=1.75); Procedencia rural (OR=1.56), edad entre 31 a 50 años (OR=1.45); > 2 parejas sexuales (OR=1.37).

**Palabras Claves: Factores de riesgo, Citología anormal.**

## **SUMMARY**

**Risk factors in women with abnormal cytology attended at the Regional Hospital of Loreto, from January to December 2017**

**Bach. Obst. Giovana Patricia Rengifo Sánchez**  
**Bach. Obst. Victoria Isabel Shupingahua Rengifo**

### **Introduction:**

Cancer is one of the leading causes of death in the world. In recent years, the burden of disease due to cancer has increased progressively, with a greater impact on populations with fewer resources.

### **Objective:**

To determine the risk factors in women with abnormal cytology treated at the Regional Hospital of Loreto, from January to December 2017

### **Methodos:**

The present study will be non-experimental, of retrospective case-control design.

The sample of cases will consist of 80 cases of Papanicolaou results with abnormal cervical cytology.

For the sample of controls, 1 will be taken for each case and will be made up of normal cervical cytology results.

### **Results:**

Among the sociodemographic characteristics it was found that 42,5% of women between 31 and 50 years old presented abnormal cytology; 43.75% had primary studies; 38.75% were from marginal urban areas and 53.75% were cohabitants.

Among the gynecological and obstetric history, it was found that 55.0% of women with sexual intercourse > 18 years; 65% of women had > 2 couples; 56.25% had > 2 children; 65% used contraceptive methods; 87.5% had a family history of cancer and only 90% had a history of STIs.

In relation to harmful habits; 70% consumed alcohol and 86.25% Tobacco.

The cytological alterations of more frequent women were LEIBG (46.3%), LEIAG (26.2%), ASCUS-AGUS (25.0%) and invasive carcinoma (2.5%).

### **Conclusion:**

The risk factors that are related to abnormal cytology; the main ones being: ITS Background (OR = 1.90); Tobacco Consumption (OR = 1.82); Start of sexual intercourse <18 years (OR = 1.80); Family history of cancer (OR = 1.75); Rural origin (OR = 1.56), age between 31 to 50 years (OR = 1.45); > 2 sexual partners (OR = 1.37).

**Keywords:** Risk factors, abnormal cytology.



## INTRODUCCION

El cáncer constituye una de las principales causas de muerte en el mundo. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. La necesidad de fortalecer la promoción de hábitos saludables, la detección oportuna de los casos, la expansión de la cobertura de los servicios oncológicos así como de expandir la cobertura del financiamiento de problemas catastróficos como el cáncer, han motivado que el Estado Peruano implemente una política para fortalecer los servicios Oncológicos a nivel Nacional <sup>1</sup>.

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte en la mujer a nivel mundial puede ser prevenible y tratable.<sup>2</sup> El carcinoma de células escamosas, que representa entre el 85% y 90% de todos los carcinomas cervicales, tiene un periodo de latencia prolongado. Las tasas de supervivencia parecen estar asociadas al diagnóstico y tratamiento precoz, en estadios iniciales de la enfermedad. Las tasas esperadas a los cinco años son 100% para la neoplasia intraepitelial cervical pre invasora, 80% para el carcinoma invasor en estadio I y 10% para el carcinoma invasor en estadio IV, lo que sugiere que cualquier medida que permita una detección precoz aumentar la supervivencia.<sup>3</sup>

En los países pobres o en vías de desarrollo, el carcinoma de cuello uterino se halla asociado con la pobreza y con la baja cobertura de servicios de salud sobre todo aquellos relacionados a su detección precoz, por lo que no se ha observado un descenso en las tasas de mortalidad <sup>4</sup>. En América Latina, la mortalidad femenina se ha incrementado por esta causa, a excepción de Chile <sup>5</sup>. Estas altas tasas se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica, mientras que las más bajas son las de Cuba y Puerto Rico constituyendo así uno de los mayores problemas de salud pública para Latinoamérica y el Caribe, donde abundan el subdesarrollo, la pobreza, la educación limitada y la carencia o escaso acceso a los servicios de salud, lo que trae como consecuencia una curva ascendente de incidencia y mortalidad por esta patología <sup>6,7</sup>.

En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad: en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que varían entre 5 y 10 casos por 100,000 mujeres, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que en Estados Unidos, el cáncer de cuello uterino alcance tasas de sobrevivencia en estadios iniciales de 93% en las mujeres de raza blanca y 84% en mujeres afro americanas.<sup>8</sup>

La casuística del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN revela que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia. Finalmente, el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) reportado en el estudio de carga de enfermedad para el Perú sitúa al cáncer de cuello uterino como la enfermedad que causa la mayor cantidad de pérdidas por cáncer en mujeres con 44,924 AVISA sólo en un año.<sup>9</sup>

La mortalidad por cáncer en el Perú para el año 2015 muestra evidentes variaciones geográficas. Los departamentos de la selva o con parte de selva presentan las más altas tasas de mortalidad por cáncer de cérvix (Loreto, Huánuco y Ucayali); cáncer de mama (Tumbes, Lima y Moquegua).<sup>10</sup>

Según la Dirección Epidemiológica del MINSA, la región Loreto ocupa con 357 casos reportados (34.3%) desde el 2011 al 2015, el tercer lugar en Cáncer de Cérvix. Y es la principal causa de mortalidad en mujeres, teniendo reporte de la Oficina de Estadística de la DIRESA que 200 (19.3%), mujeres han fallecido por esta enfermedad, siendo los distritos de Punchana y de Iquitos los que más casos reportan, teniendo en cuenta que en esos dos distritos se encuentran los hospitales de referencia.<sup>10</sup>

La totalidad de los casos de cáncer cervicouterino (99%) están vinculados con la infección por el VPH. La mayoría de las personas sexualmente activas contraen esta infección en algún

momento de la vida. La infección suele resolverse espontáneamente sin necesidad de tratamiento en cuestión de unos pocos meses y no causa problemas perdurables. Sin embargo, la infección persistente por tipos del VPH de alto riesgo está ligada a un riesgo mayor de cáncer.<sup>10</sup>

A la fecha la mayoría de los esfuerzos de prevención del cáncer de cuello uterino se han enfocado en el tamizaje a mujeres de mayor riesgo utilizando la prueba de Papanicolaou, y tratando las lesiones pre cancerosas, Pero a pesar de todas las estrategias implementadas, aún no se ha logrado revertir el incremento de la enfermedad. Es así que los resultados Regionales al concluir el año 2016 muestran una cobertura de 45.4%, de la meta anual propuesta, 16,934 mujeres fueron tamizadas con la prueba de papanicolaou, Este resultado refleja el débil avance en la oferta del servicio preventivo, aunado a ello el desabastecimiento que se tuvo de insumos y reactivos por la falta de reembolso al SIS, (Problema a nivel Nacional), la Huelga, las creencias y costumbres de las mujeres sobre todo de las comunidades indígenas que interfiere en la toma de la muestra, la debilidad en cuanto a la captación, debido por un lado a la multiplicidad de funciones del personal operativo, el poco presupuesto para realizar trabajo extramural y sobre todo el factor actitudinal traducido en el poco interés del personal de salud de brindar el paquete de atención integral.<sup>10</sup>

Del total de mujeres tamizadas en la región 265 mujeres tuvieron resultado de Lesión Intraepitelial de Alto Grado, 524 de Carcinoma y 44 de Carcinoma In Situ. Con Respecto a la Ejecutora 400 – DIRESA, el tamizaje de papanicolaou se ha mantenido en una constante comparativamente al año 2015, en la cual muestra una cobertura de 60.6% de la meta anual propuesta, 11,698 mujeres fueron tamizadas con la prueba de papanicolaou, con una diferencia de tan solo 56 muestras más, comparativamente al año 2015. Con referente a Iquitos ciudad la cobertura en cuanto a tamizaje de papanicolaou es bajo, a pesar que se ha incrementado considerablemente de personal Obstetra en los Establecimientos de Salud.<sup>10</sup>

El cáncer es un problema de salud pública, pues así lo demuestran sus tasas de incidencia y mortalidad en la Región Loreto. El 85% de los casos de cáncer se detectan en estadios

avanzados, lo que repercute en menores probabilidades de curación, menos calidad de vida, mayor costo de tratamientos y una elevada mortalidad. En los últimos años la carga de enfermedad por el cáncer se ha incrementado progresivamente con un mayor impacto en las poblaciones de menores recursos. A finales del año 2016 se reportaron 322 casos de Cáncer, de los cuales: 157 casos reportó el Hospital Regional de Loreto, 49 casos el Hospital Santa Gema de Yurimaguas, 76 casos el Hospital Essalud, 3 casos la Red DATEM y 37 casos el Hospital Apoyo Iquitos. Siendo el cáncer más frecuentes en mujeres el cáncer de cuello uterino con 121 casos, seguido por el cáncer de mama con 30 casos; cifras alarmantes que nos obliga a afrontarlo mediante estrategias integrales, coherente y sostenible, impulsando nuevas tecnología con adecuación cultural adecuadas a las comunidades.<sup>10</sup>

El Papanicolaou es un estudio al microscopio de las células exfoliadas del aparato genital femenino, que permite detectar las lesiones pre-malignas y malignas incipientes antes de la ocurrencia de los síntomas y en etapas cien por ciento curables, con medidas terapéuticas menores<sup>11</sup>. La prueba del Papanicolaou ha sido el procedimiento de elección para detectar el cáncer cervico uterino con la ventaja de ser un método sencillo, inocuo y con una eficacia del 95% cuando se realiza e interpreta de manera adecuada; su valor diagnóstico es importante cuando se complementa con estudios colposcópicos e histopatológicos, sobre todo para la detección de neoplasia intraepitelial cervical II o III. Su utilización se justifica porque el cáncer del cuello uterino y sus precursores generalmente presentan largos periodos de latencia; se estima que un estadio precursor pasa a cáncer in situ en el transcurso aproximado de 10 años<sup>12</sup>.

El Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos indica que la prueba de Papanicolaou ha logrado reducir entre 34% y 50% la mortalidad por esta enfermedad en Suecia, Finlandia, Canadá y Estados Unidos y que dicha reducción fue directamente proporcional a la intensidad con que se realiza la prueba. Por otra parte, las mujeres que nunca se sometieron a una prueba de Papanicolaou tuvieron de 3 a 10 veces más riesgo de morir por causa de esta enfermedad<sup>13</sup>.

Lamentablemente, no ha ocurrido lo mismo en los países en vías de desarrollo. Las principales causas de la baja sensibilidad del Papanicolaou son: la poca destreza del personal que toma las muestras o del patólogo o cito citotecnólogo que lee las láminas, errores en la técnica del extendido de la lámina, cansancio de los profesionales que leen las láminas por sobrecarga de trabajo. Sin embargo, una de las causas más importantes es la baja cobertura y la falta de repetición de la prueba en las mujeres que se someten al tamizaje <sup>13</sup>.

Ante esta problemática los servicios de salud han tomado diversas estrategias con una perspectiva dirigida a reducir la morbimortalidad por esta enfermedad que más que todo se ha convertido en un cruel azote de nuestros países subdesarrollados. El fortalecimiento de los servicios de atención primarias de salud, el tamizaje activo, el trabajo comunitario y el libre acceso a la realización de pruebas citológicas ha sido unos de los caminos tomados con el objetivo de llevar a cabo un diagnóstico precoz a partir de la identificación de factores de riesgo y la consecuente realización de actividades preventivas que incrementen la calidad del diagnóstico y la toma de las medidas de tipo curativas pertinentes en el enfrentamiento a dicho problema de salud.

Al revisar en las bibliotecas de las universidades de nuestra ciudad, no se encontró estudios similares por lo que motivó la realización del presente estudio de investigación.

El Hospital Regional de Loreto cuenta con una unidad de toma de Papanicolaou dentro del Servicio de Oncología, en la que se realizan las lecturas de los informes de Papanicolaou, que determina las alteraciones citológicas específicas clasificadas según Bethesda; este estudio servirá para conocer la frecuencia de dichas alteraciones citológicas, así como presencia de infecciones cervicovaginales; con los resultados a obtener del presente estudio de investigación se podrá proponer estrategias para el control de cáncer de cuello uterino en nuestra ciudad.

## **OBJETIVOS**

### **a) Objetivo general**

Determinar los Factores de riesgo en mujeres con citología anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017

### **b) Objetivos específicos**

1. Identificar los factores sociodemográficos asociados a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.
2. Identificar los antecedentes gineco-obstetricos asociados a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.
3. Identificar los hábitos nocivos asociado a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.
4. Identificar las alteraciones citológicas del cuello uterino atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017

## MARCO TEORICO REFERENCIAL

### Antecedentes

#### Internacionales

**Salas I. y Col. (2013) Aspectos epidemiológicos en citologías con resultados anormales en el hospital boliviano "El Torno", Bolivia:** efectuaron un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal de 886 mujeres con resultados citológicos positivos, atendidas en la consulta de Ginecología del hospital "El Torno" de Bolivia, desde enero hasta diciembre del 2009, a fin de caracterizar aspectos epidemiológicos en citologías con resultados anormales. En la casuística predominaron el grupo etario de 20-39 años y el diagnóstico de reacciones inflamatorias inespecíficas del cuello uterino. La positividad de los exámenes de papanicolaou mostró una tendencia descendente en relación con años anteriores. Se evidenció que las féminas iniciaron sus relaciones sexuales precozmente y la mayoría tuvo más de una pareja sexual.<sup>14</sup>

**Fajardo M. y Col. (2013) Prevalencia y factores asociados al resultado anormal de la citología vaginal en estudiantes universitarias en Bucaramanga, Colombia:** identificaron la frecuencia de anormalidad en el reporte de la citología y sus factores asociados en estudiantes atendidas en los Servicios de Salud de Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander a través de un estudio de corte transversal, incluyeron 1 549 registros de estudiantes que se tomaron la citología en el Servicio de Salud de la División de Bienestar Universitario de la Universidad Industrial de Santander, Bolivia en el periodo de Enero de 2009 a Diciembre de 2011, encontraron la prevalencia de anormalidad fue de 17,8 %. La anormalidad fue más frecuente en mujeres con antecedentes de embarazo, sexarquia temprana y con dos o más compañeros sexuales. Permanecieron asociadas al reporte de anormalidad después de ajustar: el número de compañeros sexuales y la sexarquia.<sup>15</sup>

**Peláez L. y Col. (2013) Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citología realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso año 2010, Ecuador:** identificaron la prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citología realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Ecuador en el año 2010 mediante una

investigación cuantitativa, descriptiva, retrospectiva, a partir del total de reportes de frotis cervical; La prevalencia de anomalías citológicas en la población H-SIL 3,1%; L-SIL 2,9%; Adenocarcinoma 0,8%; y ASC-US el 0,5% se encontró un 92,7% de estudios normales y únicamente la paridad se asoció con la presencia de este tipo de lesiones, los demás factores no fueron estadísticamente significativos; las lesiones encontradas fueron más prevalentes en edades superiores, en multíparas, en mujeres con inicio de vida sexual temprana.<sup>16</sup>

**Vicente E. (2014) Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolaou, Guatemala:** analizo la asociación entre factores de riesgo y lesiones premalignas del cérvix y la fuerza de asociación que existe entre cada uno de ellos; al igual que conocer cuál es la anomalía que con más frecuencia se reporta en el Papanicolaou; realizó un estudio Analítico-Transversal de las pacientes que consultaron por resultados de papanicolaou en el Hospital Nacional de Occidente, Guatemala en el año 2011, que previo a criterios de inclusión obtuvo información de 159 pacientes, incluyendo la totalidad en el estudio; en sus resultados evidenció una prevalencia del 1.9% de lesiones premalignas, que haciendo uso de las medidas de asociación (Chi cuadrado =  $X^2$  y Razón de Prevalencia = RP) se encontró que el factor edad no es significativo con un  $X^2$  de 0.09 y un RP de 0.7. En relación a procedencia, coitarquia, paridad y parejas sexuales no se encontró asociación alguna, con  $X^2$  de 0.71, 1.08, 0.26 y 1.2 respectivamente; sin embargo en relación a RP se determinó para la paciente 3 veces más riesgo (RP= 2.7) de padecer la lesión si vive en el área urbana, si inicio vida sexual antes de los 20 años (RP= 3.3), si tuvo 2 parejas sexuales (RP= 3.5) y 2 veces más riesgo si tiene más de 5 hijos (RP= 1.9); concluyendo que no se encontró asociación como factores de riesgo entre la edad, procedencia, inicio precoz de relaciones sexuales, paridad, número de parejas sexuales y las lesiones premalignas del cérvix. Tienen mayor riesgo de presentar lesiones premalignas de cérvix, las mujeres que, son del área urbana, que tengan vida sexual antes de los 20 años, que tengan más de 5 hijos y que tengan 2 o más parejas sexuales y la anomalía reportada con mayor frecuencia son los procesos inflamatorios desde leve a severa.<sup>17</sup>



**Cardona J. y Col. (2014) Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012, Colombia:** determinaron la prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervical, en mujeres atendidas en una institución prestadora de servicios de salud, Medellín, Colombia 2010-2012, un estudio de prevalencia en 205 917 mujeres del programa de detección y prevención del cáncer cervicouterino de Metrosalud; calcularon la prevalencia global de cada uno de los hallazgos oncológicos y de forma específica según el grupo etario y el método de planificación y sector de residencia; encontraron la prevalencia global de alteraciones citológicas fue 8,5 %; las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de bajo grado se presentaron en el 2 %, las de alto grado en 0,3 %; las células escamosas atípicas de significado indeterminado en 3,2 % y las células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC-US) 0,4 %. En las menores de 30 años se obtuvo una mayor prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, las neoplasias intraepiteliales vaginales de alto grado y células escamosas atípicas de significado indeterminado; en las mayores de 50 se observaron las prevalencias más elevadas de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, inflamación y atrofia, concluyeron que la prevalencia de alteraciones citológica cervicales fue baja en los subgrupos estudiados; las adolescentes constituyen un grupo de mayor riesgo para las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado.<sup>18</sup>

**Abarca M. y Col. (2014) Factores asociados a las alteraciones del test de Papanicolaou, costa rica 2009:** encontraron si hay factores asociados a las alteraciones de la citología vaginal en un área de salud urbana de Costa Rica durante 2009, realizaron un estudio de casos y controles en usuarias de una área de salud urbana de Costa Rica durante 2009, tomaron como marco muestral el registro de mujeres que se habían realizado citologías vaginales durante el 2009 en esa área, calcularon medidas de frecuencia, de tendencia central y dispersión, OR, IC 95 %, incluyeron 62 casos y 137 controles. La edad promedio de los casos fue 43 años (DE±17). El ASCUS fue la lesión más frecuente 39 % (IC 95 %=22,43-51,93). Los factores asociados a la aparición de lesiones fueron tabaco (OR=2.35; IC 95 %=1,26-4,31), inicio de actividad sexual antes de 18 años (OR=2; I C 95 %=1,06-3,64) y haber tenido 3 o más compañeros sexuales (OR=2, 10;IC 95 % 1,11-3,97); concluyeron que no se encontró asociación significativa entre el

uso de anticonceptivos orales y la paridad aumentada con el diagnóstico de alteraciones en las citologías vaginales; los factores que mostraron asociación significativa son factores modificables, relacionados a hábitos conductas sexuales.<sup>19</sup>

**Cifuentes L. y Col. (2014) Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles, Colombia:** identificaron factores socioculturales asociados a la presencia de lesiones preneoplásicas en mujeres residentes en un municipio de predominio rural en Boyacá, Colombia, realizaron un 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; encontraron el 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).<sup>20</sup>

**Fernando W. y Col. (2015) Comportamiento de las alteraciones citológicas y algunos factores asociados en una IPS Pública del Suroeste Antioqueño, julio - 2014 a julio - 2015:** realizaron un estudio descriptivo de 3.544 mujeres que consultaron al servicio de citología de una IPS Pública en Andes, Antioquia durante el periodo de julio-2014 a julio-2015; encontraron que la distribución de los resultados citológicos muestra que el 4,2% presentó alguna alteración citológica, siendo la más prevalente el reporte de ASCUS con un 2,3%, por seguido de Lesión

intraepitelial escamosa de bajo grado con un 1,3%, Lesión intraepitelial escamosa de alto grado 0,3% y ASC-H con 0,2%; El ASCUS y LIEBG fueron más prevalente entre las mujeres de 21 a 40 años. El mayor porcentaje de alteraciones citológicas se presentó en las mujeres que tuvieron su primera relación antes de los 18 años. En la distribución de las lesiones, ASCUS y LIE de bajo grado fueron más frecuentes en las mujeres que tenían entre cero y tres partos, comparado con las que tenían más de cuatro partos. El ASCH y las LIE de alto grado tuvieron una distribución similar en ambos grupos; concluyeron que la prevalencia de las alteraciones fue baja, confrontada con estudios en poblaciones similares.<sup>21</sup>

**Hernández W. (2016) Alteraciones Citopatológicas del Cérvix en trabajadoras sexuales y sus factores asociados, Bogotá:** dio a conocer las alteraciones citopatológicas del cérvix en una muestra de trabajadoras sexuales en el distrito capital y cuáles son sus factores asociados; realizó un estudio transversal mediante información sociodemográficas y analizo los resultados de CCV, adicionalmente estableció los factores de riesgo asociados a ASCUS mediante pruebas de chi cuadrado y Mann Whitney; incluyo un total de 102 trabajadoras, la mediana de edad fue 30 años, la frecuencia de alteraciones citopatológicas (ASCUS) fue de 8.8% (n=9). No se encontraron casos de neoplasia ni alteraciones del cérvix de las células glandulares. El 81% usa preservativo en el ejercicio de la prostitución, ninguna paciente está vacunada contra VPH.<sup>22</sup>

**Ruiz A. y Col. (2017) Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015:** determinaron la prevalencia y los factores asociados a los hallazgos citológicos anormales de cuello uterino en las mujeres de pescadores de una ciudad del norte peruano; mediante una investigación transversal analítica de datos secundarios, realizando un muestreo por conveniencia en las mujeres con vida sexual activa de una población semi urbana del norte peruano, encontraron que de las 144 encuestadas, el 20% tuvo una alteración citológica y el 26% no se habían realizado la prueba hace más de 3 años. El 14% fue positivo para lesión escamosa intra epitelial de bajo grado, el 1% tuvo un carcinoma escamoso invasor. Al realizar el análisis multivariado, se obtuvo una asociación entre lesión citológica y VPH ( $p < 0,001$ ), el tener inflamación severa ( $p < 0,001$ ), el tener un germen ( $p = 0,001$ ) y el haber iniciado las relaciones sexuales a los 14 años o menos ( $p = 0,024$ ), ajustado por el usar

anticonceptivos y el haberse realizado un Papanicolaou, concluyeron que se reporta algunos factores asociados en una población sexualmente activa, que reflejan una gran prevalencia de lesiones asociada a factores que deben ser intervenidos.<sup>23</sup>

**Montesino J. y Col. (2017) Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela:** identificaron los factores de riesgo biológico y de comportamiento asociados a resultados citológicos anormales; realizaron un estudio de tipo observacional descriptivo en un universo de 872 mujeres que presentaron resultados citológicos anormales en el Laboratorio de Citodiagnóstico de la Misión Barrio Adentro en el Estado Miranda durante el año 2015; del total de las pacientes estudiadas, 45 % de las estudiadas pertenecía al grupo etario de 35 a 44 años, hubo antecedentes familiares de cáncer (61,6 %) y representando las multíparas 74,9 %. El antecedente de infección genital estuvo presente en 70,9 % de las mujeres, representando la infección por HPV el 58,5 %, mientras que la promiscuidad ocupó 62,5 %. El tipo de resultado citológico que predominó fue la neoplasia intraepitelial cervical grado II, presente en 46 % de las mujeres estudiadas; concluyeron que hubo un predominio de resultados citológicos anormales en las mujeres, con antecedentes familiares de cáncer y multíparas correspondientes al grupo etario de 35-44 años.<sup>24</sup>

**Salazar Z. (2017) Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016, cuenca-ecuador:** determino la prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) cervicales y los factores asociados, en mujeres indígenas de los cantones Cañar, Saraguro y Macas, cuenca-ecuador; realizo un estudio de analítico transversal; Con una población de 2489 mujeres indígenas de 15 a 64 años; fueron seleccionadas por demanda espontánea 396 usuarias, encontrado Prevalencia de LIE 13,8%. La edad >29 años se consideró un factor estadísticamente significativo asociado a las LIE ante la ausencia del VPH (OR 4,2; IC95% 1,218-15,043; valor de p 0,01. La multiparidad fue un factor estadísticamente significativo asociado a las LIE ante la presencia del contagio por VPH (OR 26,7; IC95% 11,796 - 60,525; valor de p 0,00), concluyendo que la prevalencia de las LIE fue mayor al 10% que las reportadas en otros estudios (13,8%). La edad > a 29 años y la multiparidad fueron factores relacionados con la presencia de las LIE del cérvix uterino.<sup>25</sup>

### **Antecedentes Nacionales**

**Campos R. (2015) Papanicolaou Anormal y Factores de Riesgo en Pacientes Con Lesiones Escamosas Intraepiteliales en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Lima:** dio a conocer los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG), conocer la frecuencia de los tipos de Papanicolaou y los factores de riesgo en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología; realizó un estudio analítico retrospectivo transversal observacional tipo caso – control con un Población de pacientes atendidas en el servicio de Ginecología en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el período de enero 2009 a diciembre 2013; en relación a LIEAG: La paridad ( $p = 0.000002$  y  $OR = 4.474648$ ), el antecedente de aborto ( $p = 0.024117$  y  $OR = 2.051435$ ), inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años ( $p = 0.023099$  y  $OR = 2.369785$ ), la edad promedio de pacientes con LIEAG fue 40 años, el Papanicolaou anormal más frecuente fue: ASCUS 28.99%, concluyo que los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y con LIEAG y representan un riesgo fueron: La paridad, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales.<sup>26</sup>

**Aguilar L. (2017) Alteraciones Citológicas del Cuello Uterino en pacientes de un Hospital Público de Lima en el periodo de marzo a setiembre del 2016:** determino las alteraciones citológicas del cuello uterino en pacientes de un hospital público de Lima en el periodo de marzo a setiembre del 2016; realizo un estudio retrospectivo, descriptivo de tipo transversal en 4535 pacientes que se realizaron el examen de Papanicolaou en el Departamento de Ginecología y Obstetricia de un hospital público de Lima Metropolitana, durante el periodo de marzo a setiembre del 2016; Las alteraciones citológicas fue de 2,9%, de los cuales, el 50,4% tuvieron ASC-US, 4,6% ASC-H, 25,2% lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, y 19,8% de los pacientes presentaron lesión escamosa intraepitelial de alto grado. De las pacientes que presentaron alteraciones citológicas, el grupo etario más representativo fueron las pacientes adultas medias (45-64años) con 45,8% de frecuencia. No se presentaron alteraciones citológicas en el grupo de adolescentes.<sup>27</sup>

**Vitorino C. (2018) Factores de riesgo asociados a células anormales en el Cuello Uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Cusco, 2017:** Determino los factores de riesgo asociados a células anormales en el cuello uterino en las pacientes del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco EsSalud, Cusco en el año 2017, realizo un estudio no experimental, analítico, casos y controles, retrospectivo y correlacional, realizado en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco durante el periodo enero a diciembre del 2017, en 105 (35 casos y 70 controles) pacientes atendidos ya en el servicio de ginecología y oncología, que cumplieron los criterios de selección; el grupo etario que predomina es el de 41 a 60 años con un 45.7%, los factores de riesgo asociados a células anormales de cuello uterino fueron el grado de instrucción no superior con el 45.7% de casos teniendo esta variable un  $p=0.03$ ,  $OR= 2.43$ ,  $IC95\% [1.03 - 5.71]$ ; edad del primer embarazo antes de los 18 años con el 24.2% de casos, un valor de  $p=0.007$ ,  $OR= 5.12$ ,  $IC95\% [1.41 - 18.52]$ ; tener más de tres gestaciones con el 80% de los casos, un valor de  $p=0.001$ ,  $OR= 5.03$ ,  $IC95\% [1.94 - 13.05]$ ; iniciar las relaciones sexuales antes de los 18 años con el 77.1% de los casos, un valor de  $p=0.000$ ,  $OR= 13.5$ ,  $IC95\% [5.05 - 36.06]$ ; tener más de tres parejas sexuales con el 25.7% de los casos, un valor de  $p=0.03$ ,  $OR= 3.12$ ,  $IC95\% [1.05 - 9.25]$ , concluyo que el grado de instrucción bajo, la edad del primer embarazo antes de los 18 años, tener más de tres gestaciones, inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y tener más de tres parejas sexuales son factores de riesgo asociados a células anormales en cuello uterino en las pacientes atendidas en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco en el periodo del año 2017.<sup>28</sup>

### **Antecedentes Regionales**

**Vargas M. (2015) Hallazgos citológicos en los informes de Papanicolaou realizados en mujeres del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2014:** determino los hallazgos citológicos de los informes de Papanicolaou en mujeres del Hospital Regional de Loreto, realizo un estudio de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo transversal retrospectivo; su población estuvo constituida por 1007 informes citológicos de Papanicolaou que se realizaron entre enero a diciembre del 2014 en el Hospital Regional de Loreto y una muestra conformada por 278 informes citológicos Papanicolaou; entre los principales resultados sociodemográficos se encuentra que el 56,1% tuvieron > 35 años con edad promedio de 38,7 con intervalos de edad Min. 16 y Max. 39 años;

51,8% son convivientes, 30,6% soltera; el 53,6% eran procedentes de zona urbana-marginal y el 68,3% tienen instrucción secundaria; las características Gineco-obstétricas de mujeres que se realizaron el Papanicolaou fueron: el 74,1% de las mujeres con examen de Papanicolaou no tienen antecedente familiar de cáncer ginecológico, el 54,3% de las mujeres con examen de Papanicolaou tuvieron menarquia entre los 13 y 15 años, el 54,3% tuvieron entre 2 a 4 hijos, 86,0% de las mujeres no tuvieron ningún aborto, 54,3% se iniciaron sexualmente entre los 16 y 18 años y el 69,8% de las mujeres con examen de Papanicolaou no Usan Métodos anticonceptivos; en los hallazgos citológicos de los informes del Papanicolaou de las mujeres que se realizaron; el 73,4% tuvieron resultado negativo, 16,9% Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y 9,7% lesión intraepitelial escamosa de alto grado; concluyo que el 10,4% de las mujeres  $\geq$  35 años tuvieron LEIBG seguido del 7,6% que tuvieron LEIAG con una relación estadísticamente significativa ( $P= 0,024$ ); en las mujeres con grado de instrucción secundaria el 15,1% tuvieron LEIBG seguido del 7,9% que tuvieron LEIAG con una relación estadísticamente significativa ( $P= 0,003$ ). Las mujeres con menarquia entre los 13 a 15 años tuvieron LEIBG 5,0% seguido de las que tuvieron LEIAG 7,9% con una relación estadísticamente muy significativa ( $P= 0,000$ ); también se puede observar que las mujeres con 2 a 4 hijos presentaron LEIBG 11,5% seguido de las que tuvieron LEIAG 8,3% con una relación estadísticamente muy significativa ( $P= 0,000$ ). En las mujeres que tuvieron 01 aborto tuvieron LEIBG 4,7% seguido de las que presentaron LEIAG 1,4% evidenciándose una relación estadísticamente significativa ( $P= 0,004$ ).<sup>29</sup>

**Grandez C. (2017) Características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, Iquitos 2015:** determino 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%). 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 más 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.<sup>30</sup>

## **Bases teóricas**

### **a) Cáncer de Cuello Uterino**

El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino, la parte inferior del útero. Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérnix) y las células glandulares (en el endocérnix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de un repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los doctores usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN, por sus siglas en inglés), lesión intraepitelial escamosa (SIL) y displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou <sup>31</sup>.

### **b) Factores de riesgo de Cáncer de Cuello Uterino**

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH). El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado *papilomas*, lo que se conoce más comúnmente como *verrugas*; las mujeres con infecciones transitorias de VPH a menudo



padecen anomalías citológicas<sup>32</sup>, incluso en algunos estudios epidemiológicos se establece que las infecciones persistentes son la causa central del cáncer cervicouterino invasivo <sup>33</sup>. Los VPH se clasifican como de alto o bajo riesgo, según su grado de invasión. Los vinculados con el cáncer son: VPH 16, 18, 31, 45 y 56.<sup>34</sup>.

El tipo 16 es probablemente el que se presenta con mayor frecuencia y se asocia al cáncer de células escamosas, seguido por el tipo 18, asociado preferentemente al adenocarcinoma <sup>35</sup>.

Otros factores asociados a la presencia de cáncer de cuello uterino son <sup>36</sup>:

- Herencia genética familiar.
- Edad cronológica de la paciente.
- Tabaquismo y número de cigarrillos al día.
- Ambiente laboral y del hogar.
- Multiparidad.
- Vida sexual con múltiples parejas.
- Inicio de vida sexual antes de los 18 años.
- Deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E en la dieta.
- Uso de anticonceptivos orales por más de cinco años.
- Infecciones de transmisión sexual (*Chlamydia trachomatis*).
- Analfabetismo o baja escolaridad.
- Mujeres de 25 a 64 años que nunca se hayan practicado citología cervical.

### c) Clínica de cáncer de cuello uterino

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son <sup>31, 36</sup>:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito).
- Lesiones cervicales: Apariencia benigna, resistentes al tratamiento (cauterizaciones, antibióticos).
- Zonas de leucoplasia
- Tumoraciones

#### **d) Papanicolaou**

George Papanicolaou es el nombre del médico que ideó “la tinción” que se utiliza para observar bajo el microscopio una muestra de células que se obtienen mediante la descamación del algún epitelio o tejido. El epitelio más estudiado mediante esta tinción es sin lugar a dudas el cérvico vaginal. Las células que se estudian bajo el microscopio deben ser “coloreadas” para hacer visibles sus características y poder emitir un diagnóstico. Una vez obtenidas las células mediante un “cepillado”, son fijadas con un spray de formol para que posteriormente un patólogo experto las analice y nos brinde un diagnóstico en el que destacan diferentes rubros que se conocen como “patrones”. Los patrones estudiados por los patólogos en las muestras de papanicolaou son 4 a saber <sup>37</sup>:

- 1) El patrón celular hormonal, esto se refiere al hecho de que las hormonas que producen los ovarios, estimulan diferentes tipos de células que conforman el cuello de la matriz y la vagina; el patólogo establece el porcentaje de cada una de estas células y en base a estos porcentajes, otorga una cifra que se conoce como “valor estrogénico” (V.E.); el nivel de este valor estrogénico o valor hormonal, es un reflejo indirecto del

funcionamiento de los ovarios. Este valor se expresa de manera numérica y en general, cualquier cifra por arriba de 55 se considera normal. Claro que esta cifra tiende a bajar cuando disminuye la función de los ovarios como ocurre de manera natural en el climaterio y la menopausia.

- 2) El patrón celular no hormonal, se refiere a otro tipo de células, que ya no son con las que está construido el cuello de la matriz y son las “células inflamatorias”. Las células inflamatorias son los glóbulos blancos o leucocitos y los histiocitos. Estos tienen la función de vigilancia y nos protegen de las infecciones y otros agentes agresores. Su existencia es completamente normal; sin embargo, su presencia excesiva nos habla de un proceso inflamatorio que puede ser motivado por alteraciones diversas, entre las que destacan desde luego los problemas infecciosos vaginales. Con frecuencia en medicina para darnos una idea rápida de la cantidad de algo, se utiliza un sistema sencillo “de cruces” (++++), donde una cruz es el grado mínimo y cuatro cruces es el grado máximo; así que entonces la presencia de células inflamatorias se expresa de 1 a 4 cruces según sea el grado de la inflamación.
- 3) El patrón microbiano se refiere a que bajo el microscopio, es patólogo puede ver bacterias; vale la pena señalar que el Papanicolaou “NO es un cultivo” es decir, no puede decirnos el nombre de las bacterias que se encuentran habitando la vagina, (para ello tendríamos que tomar cultivos), el Papanicolaou lo único que hace es señalarnos la forma que tienen las bacterias que se observan bajo el microscopio. Si se trata de gérmenes redondos o esféricos “en forma de cocos”, se les llamará “flora bacteriana de tipo cocoide”. Si se trata de gérmenes alargados en forma de “bastones”, se les conoce como “bacilos”. Cuando se encuentran ambos, (cocos y bacilos) se tratará de una flora bacteriana de tipo mixto. Nuevamente la cantidad de gérmenes observados se clasificará de 1 a 4 cruces.
- 4) El Patrón de alteraciones celulares habla de los cambios que pueden presentar las células que recubren la superficie del cuello del útero y de la vagina.

El Papanicolaou tiene una sensibilidad en promedio del 75% y especificidad (95%). Con una tasa de resultados falsos negativos, señalados en la literatura mundial que varía de 5 a 50%,

pero al repetir el estudio, esta tasa disminuye de 1 a 2%. El Papanicolaou consiste en obtener células del cuello del útero con una espátula de Ayre, para luego fijarlas y colorearlas sobre un portaobjetos en el laboratorio y ser estudiadas por un citólogo. El Papanicolaou es un buen análisis ya estandarizado, pero puede que en algunas ocasiones no encuentre la displasia <sup>38</sup>.

Las indicaciones para el Papanicolaou: Todas las mujeres que hayan iniciado vida sexual activa con énfasis en: Mujeres de 21 a 65 años con actividad sexual previa o actual, mayores de 65 que no tengan citología reciente, menores de 21 con historia clínica de riesgo, toda mujer embarazada. Las recomendaciones a las usuarias son que no esté menstruando, evite el uso de tratamiento o lavados vaginales 48 horas antes y abstenerse de relaciones sexuales 48 horas antes <sup>38</sup>.

#### **e) Nomenclatura de Bethesda**

El sistema de Bethesda clasifica las lesiones morfológicas premalignas en dos categorías: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (SIL de bajo grado) y lesión intraepitelial escamosa de alto grado (SIL de alto grado). La primera categoría incluye la alteración más simple, la lesión inflamatoria reactiva, sugestiva de infección por VPH o atipia condilomatosa koilocítica y el siguiente nivel evolutivo, equivalente a la displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical grado I (CIN I). Entre ambos apenas hay diferencias morfológicas, pero la atipia koilocítica es más frecuente que la displasia leve y de menor gravedad. La categoría siguiente, SIL de alto grado, incluye las lesiones histológicas CIN II y CIN III o displasia moderada y grave, respectivamente. Las lesiones SIL de alto grado son menos frecuentes que las de bajo grado y representan con mayor certeza un estado premaligno que, en los casos más avanzados, puede considerarse un carcinoma in situ (CIS). En realidad, al igual que en el diagnóstico histológico, hay una continuidad en la evolución morfológica entre uno y otro nivel evolutivo sin un umbral o punto de corte claro. La gradación entre las células correspondientes a una lesión de bajo grado a otras de alto grado se caracteriza por la presencia de una creciente atipia celular y por fallos progresivos en la diferenciación celular de las células más superficiales. El CIS representa un extremo en esta evolución en el que se

observa una transformación casi completa de las células epiteliales por células indiferenciadas y atípicas.<sup>39</sup>

Además de las categorías mencionadas anteriormente, el sistema de Bethesda incluye otro nivel, el ASCUS o células atípicas escamosas de significación no determinada, y su equivalente, el AGUS o células glandulares atípicas de significación no determinada, como un grado evolutivo anterior al SIL de bajo grado aunque impreciso en cuanto a la presencia de posibles lesiones citológicas. El sistema de Bethesda recomienda de hecho especificar la probable naturaleza de la lesión (reactiva o precancerosa).

Sistema de Bethesda	Histología
Células escamosas (o glandulares) atípicas de - significado indeterminado (ASCUS o AGUS)	Alteraciones reactivas o sugestivas de lesión preneoplásica
Lesión intraepitelial de bajo grado - (SIL bajo grado)	Cambios koilocíticos Neoplasia intraepitelial cervical (CIN 1): displasia leve
Lesión intraepitelial de alto grado – (SIL alto grado)	CIN 2: displasia moderada CIN 3: displasia grave - CIS
Carcinoma invasivo	Carcinoma escamoso invasivo o Adenocarcinoma

## **Definición de términos básicos**

- **Citología cervical (Papanicolaou - PAP):** es la toma de muestra de las células exo y endocervicales que incluye la zona de transformación, que sirve para detectar lesiones preinvasoras o invasoras del cuello uterino.
- **Citología Anormal:** Presencia de al menos una anomalía en el estudio de citología cervical.
- **Factor de Riesgo:** Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**Variable Independiente:**

Citología Anormal

**Variable Dependiente:**

I. Factores Sociodemográficos

- Edad
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Estado civil

II. Antecedentes Gineco-Obstétricos

- Inicio de Relaciones Sexuales (IRS)
- Número de Parejas Sexuales (Andria)
- Paridad
- Uso de MAC
- Antecedente familiar de cáncer.
- Antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

III. Hábitos Nocivos

- Alcohol
- Tabaco

## **HIPOTESIS**

**H0:** Los factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstetricos, hábitos nocivos y antecedentes de Infección de transmisión sexual no son factores de riesgo asociados a citología cervical anormal.

**H1:** Los factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstetricos, hábitos nocivos y antecedentes de Infección de transmisión sexual son factores de riesgo asociados a citología cervical anormal.



## MATERIAL Y METODOS

### a) Tipo de investigación

El presente estudio fue de tipo no experimental.

### b) Diseño de investigación

El presente estudio fue de diseño caso-control retrospectivo.

### c) Población y muestra

#### Población

La población estuvo constituida por todas las mujeres que se realizaron examen de Papanicolaou en el departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto; de enero a Diciembre 2017, la misma que fueron 1007 según el registro del departamento de Oncología.

#### Muestra

La muestra fue calculada por medio de la fórmula de proporciones finitas, teniéndose como población de estudio a 1007 informes citológicos de Papanicolaou que se realizaron entre enero a diciembre del 2017 en el Hospital Regional de Loreto.

Se utilizó la fórmula de poblaciones finitas:

La Fórmula es al siguiente:

$$N = \frac{Z^2 \times p \cdot q}{E^2}$$

La muestra obtenida fue ajustada, utilizando la siguiente fórmula:

$$n_0 = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

Donde:

N = 1007 informes citológicos de Papanicolaou que se realizaron entre enero a diciembre del 2017 en el Hospital Regional de Loreto.

$Z^2$  = Punto crítico del área bajo la curva normal estándar con el nivel de significancia de  $\alpha = 0.05$

p = proporción de pacientes con características a medir en la variable dependiente (se asumirá: 0.5)

q = Complemento de p (se asumirá: 0.5).

E = Corresponde al nivel de precisión para generalizar los resultados, para el estudio se utilizará el valor de 0.05.

Reemplazando se tiene:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$
$$n = 384.16$$

Ajustando la muestra:

$$n = \frac{384.16}{1 + \frac{384.16}{1007}}$$
$$n = 278.07$$

- Del total de la muestra solo cumplieron con criterio de inclusión 80 casos de resultado de Papanicolaou con citología cervical anormal; en tal sentido se consideró que por cada caso se tomó un control.
- Es decir la muestra estuvo conformada por 80 casos y 80 controles.
- Tipo de muestreo no probabilístico.

Los criterios de inclusión:

Casos:

- Mujeres que se realizaron Papanicolaou en el departamento de oncología del HRL.
- Historia Clínica oncológica completa.
- Resultado cervical anormal.

Controles:

- Mujeres que se realizaron Papanicolaou en el departamento de oncología del HRL.
- Historia Clínica oncológica completa.
- Resultado cervical normal.

Los criterios de exclusión:

- Mujeres referidas de IPRESS al departamento de oncología del HRL con resultado de citología cervical.
- Historia Clínica oncológica incompleta.

## **Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.**

### **Técnica**

La técnica que se utilizó en el presente estudio retrospectivo fue una revisión de los registros del Departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, de las historias clínicas Oncológicas, de los resultados de tamizajes de Papanicolaou que cumplieron con los criterios de inclusión, la información que se extrajo fue almacenada en una ficha de recolección de datos para obtener las variables en estudio.

### **Instrumento**

La ficha de recolección de datos, estuvo compuesta por 3 ítems, en el primero se recogió información de los tipos y alteraciones citológicas de las pacientes, en el segundo ítem los factores sociodemográficos como edad, grado de instrucción, procedencia y estado civil; en el tercer ítem los Hábitos Nocivos como consumo de alcohol y tabaco; en el tercer cuarto ítem los antecedentes de Infección de transmisión sexual y quinto ítem los antecedentes Gieneco-obstetricos como inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, paridad, uso de MAC y antecedente familiar de cáncer.

### **Procedimientos de recolección de datos**

Aprobado el proyecto se presentó la solicitud al Director del Hospital Regional de Loreto para su evaluación y aceptación por el Comité de Ética e Investigación del nosocomio.

A través de los registros del departamento de Oncología del Hospital Regional de Loreto, de las historias clínicas Oncológicas, de los resultados de tamizajes de Papanicolaou, las variables a estudiar fueron extraídos y registrados 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.

### **Procesamiento de la información**

Para el análisis estadístico se usó el paquete estadístico SPSS (Statistical Program for Social Sciences) versión 22.0. Los datos fueron procesados en forma automatizada. Para cada factor de riesgo se determinó lo que se conoce como la razón de productos cruzados (*odds ratio*) y se consideró la presencia de factor de riesgo siempre que el OR sea mayor que uno.

Se presentaron las frecuencias absolutas y el porcentaje como medidas de resumen, en tanto se utilizó la estimación por intervalos de confianza para la proporción poblacional de citología cervical anormal, con 95% de confiabilidad. Se aplicó además la prueba de  $\chi^2$  de homogeneidad para comparar proporciones, siempre considerando la existencia de significación estadística o asociación entre variables si  $p < 0,05$ .

### **Protección de los Derechos Humanos**

El presente estudio fue no experimental, mantuvo la confidencialidad de la información, por lo que cumplió con las normas éticas de la declaración de Helsinki.

## RESULTADOS

### 1. Características Sociodemográficas asociados a citología anormal

Tabla N°1

Edad de las mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017

Edad	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
≤ 19 años	5	6.25%	10	12.5%	15	OR=0.46 (IC95% 0.15-1.43), p=0.175
20 a 30 años	13	16.25%	15	18.75%	28	OR=0.84 (IC95% 0.37-1.90), p=0.677
31 a 50 años	34	42.5%	27	33.75%	61	OR=1.45 (IC95% 0.76-2.75), p=0.255
> 50 años	28	35.0%	28	35.0%	56	OR=1.00 (IC95% 0.52-1.91), p=1.000
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 42.5% de las mujeres entre 31 a 50 años presentaron citología anormal, seguido del 35.0% las mujeres > de 50 años; la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con la edad, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres entre 31 a 50 años (OR=1.45) y mujeres mayores de 50 años (OR=1.00). (Tabla N° 1)

Tabla N°2

**Grado de Instrucción de las mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Grado de instrucción	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Sin instrucción</b>	18	22.5%	23	28.75%	41	OR=0.71 (IC95% 0.35-1.46), p=0.365
<b>Estudios Primarios</b>	35	43.75%	32	40.0%	67	OR=1.16 (IC95% 0.62-2.18), p=0.631
<b>Estudios Secundarios</b>	22	27.5%	20	25.0%	42	OR=1.13 (IC95% 0.56-2.30), p=0.719
<b>Estudios Técnicos/Superiores</b>	5	6.25%	5	6.25%	10	OR=1.00 (IC95% 0.27-3.59), p=1.000
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 43.75% de las mujeres con estudios primarios presentaron citología anormal, seguido de las mujeres con estudios secundaria (27.5%); la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el grado de instrucción, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres con estudios primarios (OR=1.16), estudios secundario (OR=1.13) y con estudios técnicos/superior (OR=1.00). (Tabla N° 2)

**Tabla N°3**

**Procedencia de las mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Procedencia	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Rural</b>	25	31.25 %	18	26.25%	46	OR=1.56 (IC95% 0.77-3.17), p=0.212
<b>Urbana marginal</b>	31	38.75%	30	37.5%	61	OR=1.05 (IC95% 0.55-1.99), p=0.871
<b>Urbana</b>	24	30.0%	29	36.25%	53	OR=0.75 (IC95% 0.38-1.45), p=0.401
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 38.75% de las mujeres procedentes de zona urbana marginal presentaron citología anormal, seguido de las mujeres procedentes de zona rural (31.25%); la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con la procedencia, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres procedentes de zona urbana marginal (OR=1.05) y de zona rural (OR=1.56). (Tabla N° 3)



Tabla N°4

**Estado Civil de las mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Estado civil	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Soltera</b>	28	35.0 %	30	37.5%	58	OR=0.89 (IC95% 0.47-1.70), p=0.742
<b>Conviviente</b>	43	53.75%	41	51.25%	84	OR=1.10 (IC95% 0.59-2.05), p=0.752
<b>Casada</b>	9	11.25%	9	11.25%	18	OR=1.00 (IC95% 0.37-2.66), p=1.000
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 53.75% de las mujeres convivientes presentaron citología anormal, seguido de las mujeres solteras (35.0%); la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el estado civil, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres convivientes (OR=1.10) y solteras (OR=0.89). (Tabla N° 4)

## 2. Antecedentes Gineco-obstetricos asociados a citología anormal

Tabla N°5

Inicio de relaciones sexuales de mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017

Inicio de relaciones sexuales	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
≤ 18 años	36	45.0 %	25	31.25%	61	OR=1.80 (IC95% 0.94-3.43), p=0.73
> 18 años	44	55.0%	55	68.75%	99	OR=0.55 (IC95% 0.29-1.06), p=0.73
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 55.0% de las mujeres con inicio de relaciones sexuales > 18 años presentaron citología anormal, seguido de las mujeres con inicio de relaciones sexuales < 18 años (45.0%); la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el inicio de relaciones sexuales, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres con inicio de relaciones sexuales ≤ 18 años (OR=1.80). (Tabla N° 5)

Tabla N°6

Número de parejas sexuales de mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017

Número de parejas sexuales	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
≤ 2	28	35.0 %	34	42.5%	62	OR=0.72 (IC95% 0.38-1.37), p=0.330
> 2	52	65.0%	46	57.5%	98	OR=1.37 (IC95% 0.72-2.59), p=0.330
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 65.0% de las mujeres que tuvieron > 2 parejas presentaron citología anormal, seguido de las mujeres que tuvieron ≤ 2 parejas (35.0%); la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el número de parejas sexuales, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres con > 2 parejas (OR=1.37). (Tabla N° 6)

Tabla N<sup>o</sup>7

Paridad de mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017

Paridad	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
$\leq 2$	35	43.75%	37	46.25%	72	OR=0.90 (IC95% 0.48-1.68), p=0.751
$> 2$	45	56.25 %	43	53.75%	88	OR=1.10 (IC95% 0.59-2.06), p=0.751
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 56.25% de las mujeres que tuvieron  $> 2$  hijos presentaron citología anormal, seguido de las mujeres que tuvieron  $\leq 2$  hijos (43.75%); la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el número de hijos, sin embargo se observa riesgo de citología anormal en mujeres con  $> 2$  hijos (OR=1.10). (Tabla N<sup>o</sup> 7)

**Tabla N°8**

**Uso de métodos anticonceptivos de mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Uso de métodos anticonceptivos	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Si</b>	52	65.0%	65	81.25%	117	OR=0.42 (IC95% 0.20-0.88), p=0.20
<b>No</b>	28	35.0%	15	18.75%	43	
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 65.0% de las mujeres que usaron métodos anticonceptivos presentaron citología anormal, la citología anormal en mujeres se relacionó estadísticamente con el uso de métodos anticonceptivos ( $p=0.20$ ), no se observa riesgo de citología anormal en mujeres con el uso de métodos anticonceptivos ( $OR=0.42$ ). (Tabla N° 8)

**Tabla N°9**

**Tipo de Método Anticonceptivo en mujeres con citología anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Tipo de MAC	Caso		Control		Total
	N°	%	N	%	
<b>Inyectable Mensual</b>	5	6.25%	35	43.75%	40
<b>Inyectable Trimestral</b>	26	35.5%	16	20.0%	42
<b>DIU</b>	7	8.75%	10	12.5%	17
<b>AOC</b>	12	15.0%	1	1.25%	13
<b>Implante</b>	2	2.5%	3	3.75%	5
<b>Ningún método anticonceptivo</b>	28	35.0%	15	18.75%	43
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160

El tipo de método anticonceptivos más frecuentes por las mujeres con citología anormal (casos) en el presente estudio fueron; inyectable mensual (6.25%), inyectable trimestral (32.5%), DIU (8.75%), AOC (15.0%) e implante (2.5%). (Tabla N0 9)

**Tabla N°10**

**Antecedente familiar de cáncer en mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Antecedente familiar de cáncer	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Si</b>	70	87.5%	64	80%	134	OR=1.75 (IC95% 0.74-4.13), p=0.199
<b>No</b>	10	12.5%	16	20.0%	26	
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 87.5% de las mujeres con antecedentes familiares de cáncer presentaron citología anormal, la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el antecedente familiar de cáncer, sin embargo se observa riesgo (OR=1.75). (Tabla N° 10)

**Tabla N°11**

**Antecedente ITS en mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Antecedente ITS	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Si</b>	72	90.0%	66	82.5%	138	OR=1.90 (IC95% 0.61-3.72), p=0.168
<b>No</b>	8	10.0%	14	17.5%	22	
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 90.0% de las mujeres con antecedentes de ITS presentaron citología anormal, la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el antecedente de ITS sin embargo se observa riesgo (OR=1.90). (Tabla N° 11)

**Tabla Nº12**

**Infección de Transmisión Sexual en mujeres con citología anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

ITS	Caso		Control		Total
	N	%	N	%	
<b>Vaginosis</b>	45	56.25%	36	45.0%	81
<b>Sífilis</b>	9	11.25%	7	8.75%	16
<b>Herpes</b>	12	15.0%	14	17.5%	26
<b>Cervicitis</b>	3	3.75%	2	2.5%	5
<b>Gonorrea</b>	3	3.75%	7	8.75%	10
<b>No ITS</b>	8	10.0%	14	17.5%	22
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160

Las principales ITS en mujeres con citología anormal (casos) fueron; cervicitis (3.75%), sífilis (11.25%), Vaginosis (56.25%), Herpes (15.0%), gonorrea (3.75%). (Tabla N0 12)



### 3. Hábitos Nocivos asociados a citología anormal

Tabla N°13

**Consumo de alcohol en mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Consumo de alcohol	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Si</b>	56	70.0%	60	75.0%	116	OR=0.77 (IC95% 0.38-1.56), p=0.479
<b>No</b>	24	30.0%	20	25.0%	44	
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 70.0% de las mujeres con consumo de alcohol presentaron citología anormal, la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el consumo de alcohol; no se observa riesgo (OR=0.77). (Tabla N° 13)

Tabla N°14

**Consumo de Tabaco en mujeres y Citología Anormal  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

Consumo de Tabaco	Citología Anormal				Total	OR, IC, p
	Caso		Control			
<b>Si</b>	69	86.25%	62	77.5%	131	OR=1.82 (IC95% 0.79-4.15), p=0.151
<b>No</b>	11	13.75%	18	22.5%	29	
<b>Total</b>	80	100.0%	80	100.0%	160	

El 86.25% de las mujeres con consumo de tabaco presentaron citología anormal, la citología anormal en mujeres no se relacionó estadísticamente con el consumo de tabaco sin embargo se observa riesgo entre el consumo de tabaco y citología anormal (OR=1.82). (Tabla N° 14)

#### 4. Alteraciones citológicas

Tabla Nº15

**Alteraciones Citológicas en mujeres  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

<b>Alteraciones citológicas</b>	<b>Frecuencia</b>	
<b>LEIBG</b>	37	46.25%
<b>LEIAG</b>	21	26.25%
<b>ASCUS-AGUS</b>	20	25.0%
<b>CARCINOMA INVASIVO</b>	2	2.5%
<b>Total</b>	80	100.0%

Las alteraciones citológicas de mujeres más frecuentes fueron LEIBG (46.25%), LEIAG (26.25%), ASCUS-AGUS (25.0%) y carcinoma invasivo (2.5%). (Tabla Nº 15)

## 5. Factores de riesgo asociados a citología anormal

Tabla N° 16

**Factores de riesgo asociados a Citología Anormal en mujeres  
Hospital Regional de Loreto  
Enero a Diciembre del 2017**

<b>Factores de riesgo asociados</b>	<b>OR</b>	<b>IC, p</b>
Antecedente ITS	1.90	IC95% 0.61-3.72, p=0.168
Consumo de tabaco	1.82	IC95% 0.79-4.15, p=0.151
Inicio de relaciones sexuales $\leq$ 18 años	1.80	IC95% 0.94-3.43, p=0.73
Antecedente familiar de cáncer	1.75	IC95% 0.74-4.13, p=0.199
Procedencia zona rural	1.56	IC95% 0.77-3.17, p=0.212
31 a 50 años	1.45	IC95% 0.76-2.75, p=0.255
> 2 parejas sexuales	1.37	IC95% 0.72-2.59, p=0.330
Estudios Primarios	1.16	IC95% 0.62-2.18, p=0.631
Estudios Secundarios	1.13	IC95% 0.56-2.30, p=0.719
> 2 hijos	1.10	IC95% 0.59-2.06, p=0.751
Conviviente	1.10	IC95% 0.59-2.05, p=0.752
Procedencia zona urbano marginal	1.05	IC95% 0.55-1.99, p=0.871
Casada	1.00	IC95% 0.37-2.66, p=1.000
> 50 años	1.00	IC95% 0.52-1.91, p=1.000
Estudios Técnicos/Superiores	1.00	IC95% 0.27-3.59, p=1.000

En la Tabla N° 14 se presentan los factores de riesgos que se relacionan con la Citología anormal; siendo los principales: Antecedentes ITS (OR= 1.90); Consumo de Tabaco (OR=1.82); Inicio de relaciones sexuales  $\leq$  18 años (OR=1.80); Antecedente familiar de cáncer (OR=1.75); Procedencia rural (OR=1.56), edad entre 31 a 50 años (OR=1.45); > 2 parejas sexuales (OR=1.37). (Tabla N° 16)

## DISCUSION

Entre las características sociodemográficos del presente proyecto de investigación se encontró que el 42.5% de las mujeres entre 31 a 50 años presentaron citología anormal; seguido del 43.75% tuvieron estudios primarios; el 38.75% eran procedentes de zona urbano marginal y el 53.75% fueron convivientes; sin embargo en el estudio de Cifuentes<sup>20</sup> el 79,2% se encontraba con pareja estable; el 90,0% cursó educación primaria o menos; a diferencia del estudio de Aguilar<sup>27</sup> donde el grupo etario más representativo fueron las pacientes adultas medias (45-64años) con 45,8% de frecuencia; Montesino<sup>24</sup> en su estudio encontró cierta coincidencia con los resultados citológicos anormales en las mujeres con grupo etario de 35-44 años de la misma manera el estudio de Vargas<sup>29</sup> entre los principales resultados sociodemográficos asociados a alteraciones cervical se encuentra que el 56,1% tuvieron > 35 años con edad promedio de 38,7 con intervalos de edad Min. 16 y Max. 39 años; 51,8% son convivientes, 30,6% soltera; el 53,6% eran procedentes de zona urbana-marginal y el 68,3% tienen instrucción secundaria; a diferencia del estudio de Grandez<sup>30</sup> donde las edades fueron 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%).

Los antecedentes Gineco-obstétricos del presente proyecto de investigación se encontró que el 55.0% de las mujeres con inicio de relaciones sexuales > 18 años; el 65.0% de las mujeres tuvieron > 2 parejas; el 56.25% tuvieron > 2 hijos; el 65.0% usaron métodos anticonceptivos; el 87.5% tuvieron antecedentes familiares de cáncer y solo el 90.0% tuvieron antecedentes de ITS; en el estudio de Cifuentes<sup>20</sup> 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; en el estudio de Montesino<sup>24</sup> hubo antecedentes familiares de cáncer (61,6 %) y representando las multíparas 74,9 %. El antecedente de infección genital estuvo presente en 70,9 % de las mujeres; en el estudio de Vargas<sup>29</sup> las características Gineco-obstétricas de mujeres que se realizaron el Papanicolaou fueron: el 74,1% de las mujeres con examen de Papanicolaou no tienen antecedente familiar de cáncer ginecológico, el 54,3% de las mujeres con examen de Papanicolaou tuvieron menarquia entre los

13 y 15 años, el 54,3% tuvieron entre 2 a 4 hijos, 86,0% de las mujeres no tuvieron ningún aborto, 54,3% se iniciaron sexualmente entre los 16 y 18 años y el 69,8% de las mujeres con examen de Papanicolaou no Usan Métodos anticonceptivos; Grandez<sup>30</sup> en su estudio encontró en las mujeres en estudio 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 más hijos

En relación a los hábitos nocivos; el 70.0% consumieron alcohol y el 86.25% Tabaco; en el estudio de Cifuentes<sup>20</sup> el 11,3% de las mujeres en estudio fumaba y consumían bebidas alcohólicas

Las alteraciones citológicas de mujeres más frecuentes fueron lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (46.25%), Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (26.25%), ASCUS-AGUS (25.0%) y carcinoma invasivo (2.5%); sin embargo en el estudio de Cardona<sup>18</sup> la prevalencia global de alteraciones citológicas fue 8,5 %; las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de bajo grado se presentaron en el 2 %, las de alto grado en 0,3 %; las células escamosas atípicas de significado indeterminado en 3,2 % y las células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC-US) 0,4 %; en el estudio de Fernando<sup>21</sup> la más prevalente el reporte de ASC-US con un 2,3%, por seguido de LIE de bajo grado con un 1,3%, LIE de alto grado 0,3% y ASC-H con 0,2%; El ASC-US y LIE-BG fueron más prevalente entre las mujeres de 21 a 40 años; en el estudio de Aguilar<sup>27</sup> Las alteraciones citológicas fue de 2,9%, de los cuales, el 50,4% tuvieron ASC-US, 4,6% ASC-H, 25,2% lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, y 19,8% de los pacientes presentaron lesión escamosa intraepitelial de alto grado; sin embargo en el estudio de Vargas<sup>29</sup> en los hallazgos citológicos de los informes del Papanicolaou de las mujeres que se realizaron; el 73,4% tuvieron resultado negativo, 16,9% LEIBG y 9,7% LEIAG; concluyo que el 10,4% tuvieron LEIBG seguido del 7,6% que tuvieron LEIAG con una relación estadísticamente significativa (P= 0,024); Grandez<sup>30</sup> entre los resultados histológicos de cuello uterino el 98.8% normal, 0.4 indeterminado y 0.8 anormal. Según la clasificación de Bethesda, el 1.2% presentan células escamosas atípicas.

Los Factores de riesgos que se relacionan con la Citología anormal; siendo los principales: Antecedentes ITS (OR= 1.90); Consumo de Tabaco (OR=1.82); Inicio de relaciones sexuales  $\leq$  18 años (OR=1.80); Antecedente familiar de cáncer (OR=1.75); Procedencia rural (OR=1.56), edad entre 31 a 50 años (OR=1.45); > 2 parejas sexuales (OR=1.37); en el estudio de Abarca<sup>19</sup> Los factores asociados a la aparición de lesiones fueron tabaco (OR=2.35; IC 95 %=1,26-4,31), inicio de actividad sexual antes de 18 años (OR=2; IC 95 %=1,06-3,64) y haber tenido 3 o más compañeros sexuales (OR=2, 10; IC 95 % 1,11-3,97); sin embargo en el estudio de Cifuentes<sup>20</sup> entre los factores de riesgo para citología anormal fueron; 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); a diferencia del estudio de Salazar<sup>25</sup> la multiparidad fue un factor estadísticamente significativo asociado a las LIE ante la presencia del contagio por VPH (OR 26,7; IC95% 11,796 - 60,525; valor de p 0,00), en el estudio de Campos<sup>26</sup> concluyo que los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y con LIEAG y representan un riesgo fueron: La paridad, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales; Vitorino<sup>28</sup> en su estudio encontró que el grado de instrucción bajo, la edad del primer embarazo antes de los 18 años, tener más de tres gestaciones, inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y tener más de tres parejas sexuales son factores de riesgo asociados a células anormales en cuello uterino

## CONCLUSIONES

- Entre las características sociodemográficos se encontró que el 42.5% de las mujeres entre 31 a 50 años presentaron citología anormal; el 43.75% tuvieron estudios primarios; el 38.75% eran procedentes de zona urbana marginal y el 53.75% fueron convivientes.
- Entre los antecedentes Gineco-obstétricos se encontró que el 55.0% de las mujeres con inicio de relaciones sexuales > 18 años; el 65.0% de las mujeres tuvieron > 2 parejas; el 56.25% tuvieron > 2 hijos; el 65.0% usaron métodos anticonceptivos; el 87.5% tuvieron antecedentes familiares de cáncer y solo el 90% tuvieron antecedentes de Infecciones de Transición sexual.
- En relación a los hábitos nocivos; el 70.0% consumieron alcohol y el 86.25% Tabaco.
- Las alteraciones citológicas de mujeres más frecuentes fueron Lesión intraepitelial de bajo grado (75.0%), Lesión intraepitelial de alto grado (26.25%), ASCUS-AGUS (25.0%) y carcinoma invasivo (2.5%).
- Los Factores de riesgos que se relacionan con la Citología anormal; siendo los principales: Antecedentes ITS (OR= 1.90); Consumo de Tabaco (OR=1.82); Inicio de relaciones sexuales >18 años (OR=1.80); Antecedente familiar de cáncer (OR=1.75); Procedencia rural (OR=1.56), edad entre 31 a 50 años (OR=1.45); > 2 parejas sexuales (OR=1.37).

## **RECOMENDACIONES**

- Realizar examen de Papanicolaou mediante procedimiento de rutina en la población de riesgo y seguimiento exhaustivo para los casos positivos.
- Las mujeres mayores de 30 años, además de la evaluación citológica, deben someterse a un examen para detección de papilomavirus humanos (PVH), siendo este una causa de cáncer cervicouterino.
- Realizar seguimiento, especialmente a aquellas pacientes con lesiones de alto grado, para garantizar un tratamiento oportuno.
- Dar charlas educativas concerniente a prevención, factores de riesgo y citología anormal para prevenir cáncer de cuello uterino.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud,; Dirección General de Epidemiología, 2013
2. Herdman C., cols. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Fundación Bill y Melinda Gates, OPS/OSP. 2002. 3ra Ed.; 11-4
3. GARCÉS RODRÍGUEZ, MELVIS SOFÍA 2007 Comportamiento de factores de riesgo asociados al cáncer cervicouterino. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista Primer Grado Gineco-Obstetricia. Instructor Policlínica Mario Gutiérrez Arcaya.
4. Robles SC, White F, Peruga A. Tendencias de la mortalidad por cáncer de cuello de útero en las Américas. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 121:478-90.
5. Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev. salud pública*. 2006; 8(3):185-196.
6. Sosa MB. Cáncer de cuello uterino, la importancia de un programa de prevención. En: <http://www.cpcweb.com.ar/medicos/index.htm>.
7. Rojas AG, Loria D, Fleider L, Tatti S. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en Latinoamérica y el Caribe. *Colposcopia* 2000; 11(3):105-17.
8. Jemal A et al. Cancer Statistics, 2012. *Ca Cancer J Clin* 60:277-300; 2012
9. Velásquez A et al. La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 2012. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Peru. (2013). [http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/PER.pdf](http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PER.pdf).
10. Programa presupuestal de prevención y control de cáncer, análisis cualitativo del POI, DAIS-DIRESA LORETO 2016.
11. University of Virginia Health System. La Salud Ginecológica. Examen del Papanicolaou. Disponible en: [http://www.healthsystem.Virginia.edu/uvahealth/adult\\_gyneonc\\_sp/papt.cfm](http://www.healthsystem.Virginia.edu/uvahealth/adult_gyneonc_sp/papt.cfm).
12. Instituto nacional de enfermedades neoplásicas. Página web. Inen

Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datosnd epidemiologicos.html](http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datosnd%20epidemiologicos.html).

13. Vargas J. El programa de evaluación externa del desempeño de la citología para el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Bol - Inst Nac Salud 2014; año 20 (3-4) marzo - abril.
14. Salas Sabates, Isela; Tejera Ibarra, Graciela Trinidad; Ricaño Marques, Idania; Del Prado Fernández, Rosario Beatriz. Aspectos epidemiológicos en citologías con resultados anormales en el hospital boliviano "El Torno". MEDISAN, vol. 17, núm. 3, 2013
15. María Teresa Fajardo-Peña, Alexandra García-Rueda, María Claudia Caballero-Badillo, Diana Carolina Vargas-Hernández, Fabio Alberto Camargo-Figuera. Prevalencia y factores asociados al resultado anormal de la citología vaginal en estudiantes universitarias en Bucaramanga, Colombia. Rev. Costarr Salud Pública 2013; 22: 127-133
16. Luzmila Carolina Peláez Vélez, Javier Fernando Pinos Vásquez. Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citología realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso año 2010. Tesis para optar el título de médico, Universidad de Cuenca, Ecuador 2013.
17. Edgar Vicente Argueta. Factores de riesgo epidemiológico asociados a lesiones premalignas de cérvix en pacientes con Papanicolau. Tesis para optar el grado de Maestro en ciencias de ginecología y obstetricia, Universidad San Carlos de Guatemala, 2014.
18. Cardona-Arias JA, Valencia-Arredondo M. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012. Rev. CES Med. 2014; 28(1): 7-20.
19. Leandra Abarca Gómez, Maricela Salas Estrada, Deyanira Calvo León, Julia Freer Vargas, Paula Cordero. Factores asociados a las alteraciones del test de Papanicolaou, Costa Rica 2009. Rev. Costarr Salud Pública 2014; 23: 8- 12
20. Lida Yoana Cifuentes, Fred Gustavo Manrique Abril, Juan Manuel Ospina Díaz. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. av.enferm., XXXII (1): 63-71, 2014
21. Wilmer Fernando Yela, Marleny Valencia Arredondo. Comportamiento de las alteraciones citológicas y algunos factores asociados en una IPS Pública del Suroeste Antioqueño, julio - 2014 a julio - 2015. Hechos Microbiol. 2015; 6(1); 6-13.

22. Wilmer Alexander Hernández Lizarazo. Alteraciones Citopatológicas del Cérvix en trabajadoras sexuales y sus factores asociados. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad del Rosario, Bogotá D.C. diciembre de 2016
23. Adriana Ruiz-Leud, Susy Bazán-Ruiz, Christian R. Mejía. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Rev. Chil Obstet Ginecol 2017; 82(1): 26 – 34
24. Juana Cecilia Montesino Aguiar, María Esther Arronte Santos, Arioska Matos Rodríguez, Daniela Emperatriz Arias Puedmag, Angie Fernández Lorenzo. Comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado Miranda, Venezuela. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2017; 43(1)
25. Zoila Katherine Salazar Torres. Prevalencia y factores asociados de lesiones intraepiteliales cervicales en mujeres indígenas de los cantones de Cañar, Saraguro y Macas, 2016. Tesis previa a la obtención del título de Magíster en Investigación de la Salud, Universidad de Cuenca, 2017
26. Roberto Carlos Campos Muñoz; Papanicolaou Anormal y Factores de Riesgo en Pacientes Con Lesiones Escamosas Intraepiteliales. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. USMP, LIMA 2015
27. Aguilar Félix, Liliana. Alteraciones Citológicas del Cuello Uterino en pacientes de un Hospital Público de Lima en el periodo de marzo a setiembre del 2016. Tesis para optar el título de Licenciado Tecnólogo Médico en el área de laboratorio clínico y anatomía patológica. Universidad Privada Norbert Wiener, Lima 2017
28. Cristian Vitorino Grajeda. Factores de riesgo asociados a células anormales en el Cuello Uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco ESSALUD, Cusco, 2017. Tesis para optar el título de Médico Cirujano, Universidad Andina del Cusco, 2018.
29. María Angelica Vargas Rojas. Hallazgos citológicos en los informes de Papanicolaou realizados en mujeres del Hospital Regional de Loreto, 2014, Tesis para optar e título de Obstetra, Universidad Científica del Perú, Iquitos 2015.
30. Grandez Navarro, Claudia Melissa. Características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, 2015. Tesis para optar el título profesional de

Obstetra, UCP 2017.

31. Cáncer de Cuello Uterino. <http://www.cancer.org/cancer-de-cuello-uterino-pdf>.
32. Wright TC. Natural history of HPV infections. J Fam Pract 2009;58(9, Suppl X):S3-S7
33. Stark A, Gregorie L, Pilarski R, Zarbo A, et al. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. Cancer Detect Prev 2008;32(1):15-22.
34. Lizano M, De la Cruz Hernández E, Carrillo García A, García Carrancá A, et al. Distribution of HPV 16 and 18 intratypic variants in normal cytology, intraepithelial lesions, and cervical cancer in a Mexican population. Gynecol Oncol 2006; 102:230-235.
35. Vizcaino AP, Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Barros-Dios XM, Parkin DM. International trends in the incidence of cervical cancer: I. Adenocarcinoma and adenosquamous cell carcinomas. Int J Cancer 2008; 5(4):536-45
36. Rodríguez O. Pichardo R., Escamilla G., Hernández M. Estudio de la patología citológica del cérvix Perinatol Reprod Hum 2009; 23: 12-17
37. Taplanc R. Comprendiendo en Papanicolaou. 2010. <http://www.femsalud.com.mx/informacion9.html>.
38. RODRIGUEZ A.; ECHAVARRIA A.; MURLA P. et al. (2004). Factores de riesgo del cáncer de cérvix en el municipio Cerro. Rev Cubana Hig Epidemiol; 37 (1) pp. 40-46.
39. Velásquez A et al. La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú. Ministerio de Salud, Lima, Perú. 2012. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Peru. (2013). [http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country\\_pdf/PER.pdf](http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PER.pdf).

## **ANEXOS**

## ANEXO N° 1

### **Factores de riesgo en mujeres con Citología Anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.**

1. Alteraciones Citológicas:

- a. Positivo
- b. Negativo

2. Tipo de Alteraciones:

- a. ASCUS-AGUS
- b. LEIBG
- c. LEIAG
- d. CARCINOMA INVASIVO

3. Factores Sociodemográficos

Edad

- a.  $\leq$  19 años
- b. 20 a 30 años
- c. 31 a 50 años
- d.  $>$  50 años

Grado de Instrucción

- a. Sin instrucción
- b. Estudios Primarios
- c. Estudios Secundarios
- d. Estudios técnicos/superiores

Procedencia

- a. Rural
- b. Urbano marginal
- c. Urbano

Estado Civil

- a. Soltera
- b. Conviviente
- c. Casada

4. Hábitos Nocivos

Consumo de alcohol

- a. Si
- b. No

Consumo de Tabaco

- a. Si
- b. No

5. Antecedentes Gineco-Obstétricos

Inicio de Relaciones Sexuales (IRS)

- a.  $\leq$  18 años
- b.  $>$  18 años

Número de Parejas Sexuales (Andria)

- a.  $\leq$  2
- b.  $>$  2

Paridad

- a.  $\leq$  2
- b.  $>$  2

Uso de MAC

- a. Si
- b. No

Antecedente familiar de cáncer.

- a. Si
- b. No

Antecedentes de ITS:

- b. Si \_\_\_\_\_(nombre de la ITS)
- c. No

## 1.1 Operacionalización de variables

### ANEXO 2

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO
<b>DEPENDIENTE</b> <b>ALTERACIONES CITOLOGICAS DEL CERVIX</b>	Presencia de al menos una anomalía en el estudio de citología cervical.	Informe de Papanicolaou	<b>Binaria</b>	Alteraciones Citológicas a. Positivo b. Negativo
<b>INDEPENDIENTES</b> <b>TIPO DE ALTERACIONES CITOLOGICAS</b>	Es el tipo de anomalía que presenta la paciente en el estudio de citología endocervical.	Informe de Papanicolaou	<b>Nominal</b>	Tipos de Alteraciones citológicas: a. ASCUS-AGUS b. LEIBG c. LEIAG d. CARCINOMA INVASIVO
<b>FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS</b>	<b>Edad:</b> años cumplidos en el momento del estudio.  <b>Grado de Instrucción:</b>  <b>Iletrada:</b> no curso estudios en un centro educativo <b>Estudios Primarios:</b> solo tuvo estudios en centro educativo primario pudo ser completa o incompleta. <b>Estudios Secundarios:</b> solo tuvo estudios en centro educativo secundario pudo ser completa o incompleta. <b>Estudios Técnicos o superiores:</b> tiene estudios	Verificación en la Historia clínica Oncológica  Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Discreta</b>  <b>Ordinal</b>	Edad a. ≤ 19 años b. 20 a 30 años c. 31 a 50 años d. > 50 años  Grado de Instrucción a. Sin Instrucción b. Estudios Primarios c. Estudios Secundarios d. Estudios técnicos/superiores



	<p>en centro educativo técnico o superior, pudo ser completa o incompleta.</p> <p><b>Procedencia:</b> Lugar de donde procede la persona <b>Rural:</b> Reside en pueblos, caseríos aledaños de la ciudad. <b>Urbanomarginal:</b> Reside en áreas alejadas del perímetro urbano. <b>Urbano:</b> Reside en la zona céntrica o dentro del perímetro urbano de la ciudad.</p> <p><b>Estado Civil</b> Estado en la persona con respecto a sus deberes y derechos con niveles sociales, económicos y legales</p> <p><b>Soltera:</b> vive sola con sus hijos y no tiene vínculo con el padre. <b>Conviviente:</b> No tiene vinculo legal pero vive con el padre <b>Casada:</b> tiene vinculo legal (civil) con el padre</p>	<p>Verificación en la Historia clínica Oncológica</p> <p>Verificación en la Historia clínica Oncológica</p>	<p><b>Nominal</b></p> <p><b>Nominal</b></p>	<p>Procedencia a. Rural b. Urbano marginal c. Urbano</p> <p>Estado Civil a. Soltera b. Conviviente c. Casada</p>
<b>HABITOS NOCIVOS</b>	<p><b>Consumo de Alcohol:</b> Persona que consume bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año</p> <p><b>Consumo de Tabaco:</b> Es la práctica de fumar o consumir tabaco en sus diferentes formas y posibilidades.</p>	<p>Verificación en la Historia clínica Oncológica</p> <p>Verificación en la Historia clínica Oncológica</p>	<p><b>Binaria</b></p> <p><b>Binaria</b></p>	<p>Consumo de alcohol a. Si b. No</p> <p>Consumo de Tabaco a. Si b. No</p>

<b>ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS</b>	<b>Inicio de Relaciones Sexuales:</b> Edad en la cual tuvo su primera actividad sexual, penetrante por vía vaginal.	Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Binaria</b>	Inicio de Relaciones Sexuales (IRS) a. $\leq 18$ años b. $> 18$ años
	<b>Número de Parejas Sexuales:</b> Parejas masculinas con las que haya tenido relaciones sexuales coitales.	Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Binaria</b>	Número de Parejas Sexuales (Andria) a. $\leq 2$ b. $> 2$
	<b>Paridad:</b> Se dice que una mujer ha parido cuando ha dado a luz por cualquier vía (vaginal o cesárea) uno o más productos (vivos o muertos), y que pesaron 500g o más, o que poseen más de 20 semanas de edad gestacional.	Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Binaria</b>	Paridad a. $\leq 2$ b. $> 2$
	<b>Uso de MAC:</b> Técnicas utilizadas para disminuir la fertilidad y evitar un embarazo.	Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Binaria</b>	Uso de MAC a. Si _____(tipo) b. No
	<b>Antecedente Familiar de Cáncer:</b> Persona con algún grado de parentesco con el paciente, que tiene o tuvo cáncer de cuello uterino.	Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Binaria</b>	Antecedente familiar de cáncer. a. Si b. No
	<b>Antecedente de ITS:</b> Antecedente de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmitió de persona a persona por medio del contacto sexual.	Verificación en la Historia clínica Oncológica	<b>Binaria</b>	Antecedentes de ITS: a. Si _____(nombre de la ITS) b. No

## 1.2 Matriz de consistencia

### ANEXO 3

Titulo	Problema General y específicos.	Objetivo general y específicos.	Hipótesis general y específicas	Variables e indicadores	Diseño de investigación	Método y técnicas de investigación	Población y muestra de estudio
<p><b>Factores de riesgo en mujeres con Citología Anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.</b></p>	<p><b>Problema general</b> ¿Cuáles son los Factores de riesgo en mujeres con citología anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017?</p> <p>¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos asociados a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar los Factores de riesgo en mujeres con citología anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017</p> <p><b>Objetivos específico</b> Determinar los factores sociodemográficos tales como; edad, grado de instrucción, procedencia, estado civil asociados a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.</p> <p>Identificar los antecedentes Gineco-obstétricos tales como; IRS, Andria, paridad, uso de MAC, antecedente familiar de</p>	<p><b>H. Nula:</b> Los factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, hábitos nocivos y antecedentes de ITS son factores de riesgo asociados a citología cervical anormal.</p> <p><b>H. Alterna:</b> Los factores sociodemográficos, antecedentes gineco-obstétricos, hábitos nocivos y</p>	<p><b>V. Dependiente:</b> Tipos de Alteraciones citológicas: - ASCUS-AGUS - LEIBG - LEIAG - CARCINOMA INVA SIVO</p> <p><b>V. Independiente</b> Alteraciones Citológicas - Positivo - Negativo</p> <p>Factores Sociodemográficos Edad Grado de instrucción Procedencia Estado civil</p> <p>Hábitos Nocivos Alcohol Tabaco</p> <p>Antecedentes Gineco-</p>	<p>El presente estudio es de tipo no experimental de diseño analítico caso-control.</p>	<p><b>Métodos:</b> La técnica que se utilizó en el presente estudio retrospectivo fue una revisión de los registros del departamento de oncología del Hospital Regional de Loreto, de las historias clínicas oncológicas, de los resultados de tamizajes de Papanicolaou que cumplan con los criterios de inclusión, la información que se extrajo fue almacenada en una ficha de recolección de datos para obtener las variables en estudio.</p>	<p><b>Población</b> La población estuvo constituida por todas las mujeres que se realizaron examen de Papanicolaou en el departamento de oncología del Regional de Loreto; entre enero a Diciembre 2017, la misma que fue de 1007 según registro.</p> <p><b>Muestra y Muestreo</b> La muestra de casos estuvo conformada por 80 casos de resultado de Papanicolaou con citología cervical anormal.</p> <p>Para la muestra de controles se tomó 1 por cada caso y estuvo conformada por resultados de Papanicolaou normales.</p>

	<p>enero a diciembre 2017?</p> <p>¿Cuáles son los hábitos nocivos asociados a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017?</p> <p>¿Cuáles son las alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017?</p>	<p>cáncer asociado a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.</p> <p>Identificar los hábitos nocivos tales como; consumo de alcohol, consumo de tabaco asociado a citología cervical anormal de mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017.</p> <p>Identificar las alteraciones citológicas del cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Loreto, de enero a diciembre 2017</p>	<p>antecedentes de ITS no son factores de riesgo asociados a citología cervical anormal.</p>	<p>Obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicio de Relaciones Sexuales (IRS)</li> <li>- Número de Parejas Sexuales (Andria)</li> <li>- Paridad</li> <li>- Uso de MAC</li> <li>- Antecedente familiar de cáncer.</li> <li>- Antecedentes ITS</li> </ul>			
--	---	---	--	---	--	--	--

