

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y
GINECO-OBSTÉTRICAS DE PACIENTES CON
RESULTADOS DE PAPANICOLAOU ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILO
VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
BRIGITTE SHEILA CAPCHA VERASTEGUI**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2018**

ASESOR

Dra. Jenny Zavaleta Oliver

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de investigación pudo realizarse gracias al asesoramiento de la Dra. Jenny Zavaleta Oliver

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios, no solo por protegerme en todo este largo camino, sino también por mostrarme su infinito amor día a día; a mi madre, que con sus consejos y regaños siempre me ha conducido por el buen camino; a mi padre; por siempre mostrarme que haría todo por mí con tal de hacerme feliz, y hacerme sentir amada; a mi hermano, que se convirtió en un padre para apoyarme en lo que pueda. Finalmente agradezco a toda mi familia por darme su apoyo siempre

RESUMEN

Resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano en el año 2017. **OBJETIVO:** Analizar los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el año 2017. **METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, con una muestra de 118 historias clínicas pertenecientes a las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el periodo enero-diciembre 2017. **RESULTADOS:** El 66,9% de las mujeres presentó resultado positivo en la prueba de Papanicolaou, siendo el NIC I el tipo de lesión más recuente (44,9%). Las características sociodemográficas más frecuentes para el carcinoma fueron: edad \geq 40 años (12,5%), casado (17,2%), educación primaria (25,9%) y ama de casa (13,1%). Para las características gineco-obstétricas, los carcinomas fueron más frecuentes en menarquía $<$ 13 años (17,5%), inicio de relaciones sexuales $<$ 16 años (25,0%), \geq 3 hijos (15,3%), \geq 3 parejas sexuales (13,6%), antecedente de aborto (18,2%) e infección de transmisión sexual (17,1%). **CONCLUSIONES:** Las características de riesgo sociodemográficas y gineco-obstétricas son más frecuentes en aquellas mujeres con resultado positivo en la prueba de Papanicolaou.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de cuello uterino, Papanicolaou, Citología cervical.

ABSTRACT

Papanicolaou results of women treated at the Regional Hospital of Huánuco Hermilio Valdizán Medrano in 2017. **OBJECTIVE:** To analyze the results of Papanicolaou of the women attended in the Regional Hospital of Huánuco "Hermilio Valdizán Medrano" in the year 2017. **METHODOLOGY:** Descriptive, cross-sectional, retrospective study, with a sample of 118 clinical histories belonging to the women treated at the Regional Hospital of Huánuco "Hermilio Valdizán Medrano" in the period January-December 2017. **RESULTS:** 66.9% of women had a positive Pap test result, with CIN I the most common type of injury (44.9%). The most frequent sociodemographic characteristics for the carcinoma were: age ≥ 40 years (12.5%), married (17.2%), primary education (25.9%) and housewife (13.1%). For gynecological-obstetric characteristics, carcinomas were more frequent in menarche <13 years (17.5%), onset of sexual intercourse <16 years (25.0%), ≥ 3 children (15.3%), ≥ 3 sexual partners (13.6%), antecedent of abortion (18.2%) and sexually transmitted infection (17.1%). **CONCLUSIONS:** Sociodemographic and gynecological-obstetric risk characteristics are more frequent in women with a positive Pap test result.

KEYWORDS

Cervical cancer, Papanicolaou, Cervical cytology.

PRESENTACIÓN

Los datos estadísticos relacionados con el cáncer de cuello uterino en nuestro país indican la existencia de una población de alto riesgo que puede estar desarrollando esta enfermedad en su etapa inicial pero no se realiza de manera oportuna las pruebas de descarte, sean por desconocimiento o desinterés o incluso exceso de confianza, muchas mujeres se enteran de la enfermedad cuando está en estadios muy avanzados, complicando su pronóstico y aumentando el riesgo de secuelas.

En Huánuco, las cifras vinculadas a este tipo de cáncer son alarmantes. El diagnóstico tardío de la enfermedad hace que un gran porcentaje de mujeres que identifica el cáncer muera debido a la etapa avanzada en que se encuentra, siendo este porcentaje mucho mayor a los reportados en otras regiones del país.

En el primer capítulo se plantea el problema en relación a los resultados del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco, Hermilio Valdizán Medrano, en el segundo capítulo se hace una revisión de los estudios anteriores y bases teóricas relacionadas con los resultados del Papanicolaou en diversas partes del mundo. En el tercer capítulo se presenta las características del estudio descriptivo, que se aplicó en una muestra de 118 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano durante el periodo enero-diciembre del año 2017. Se utilizó una ficha de recolección de datos y el análisis se hizo con el SPSS v.23. En el cuarto capítulo se muestra el resultado de la investigación en tablas y gráficos; y las compara con otros estudios. En el quinto capítulo se llega a una conclusión de la investigación y muestra las recomendaciones.

Finalmente agradeciendo la atención presentada a la tesis y esperando que los resultados puedan contribuir a un adecuado conocimiento sobre la importancia del examen de Papanicolaou para la salud sexual de la población femenina una enfermedad como es el cáncer de cuello uterino

ÍNDICE

| | |
|-------------------------------------|------|
| CARATULA..... | i |
| ASESOR..... | ii |
| AGRADECIMIENTO..... | iii |
| DEDICATORIA..... | iv |
| RESUMEN..... | v |
| ABSTRACT..... | vi |
| PRESENTACIÓN..... | vii |
| ÍNDICE..... | ix |
| LISTA DE TABLAS..... | xi |
| LISTA DE GRÁFICOS..... | xii |
| LISTA DE ANEXOS..... | xiii |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 1 |
| 1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 3 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN..... | 3 |
| 1.4 OBJETIVOS..... | 4 |
| 1.4.1 OBJETIVO GENERAL..... | 4 |
| 1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 4 |
| 1.5 PROPÓSITO..... | 5 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO..... | 6 |

| | | |
|-----|---|----|
| 2.1 | ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS..... | 6 |
| 2.2 | BASE TEÓRICA | 12 |
| 2.3 | HIPÓTESIS..... | 22 |
| 2.4 | VARIABLES..... | 22 |
| 2.5 | DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS | 23 |
| | CAPITULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | 24 |
| 3.1 | TIPO DE ESTUDIO..... | 24 |
| 3.2 | ÁREA DE ESTUDIO | 24 |
| 3.3 | POBLACIÓN Y MUESTRA | 24 |
| 3.4 | TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 25 |
| 3.5 | DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 26 |
| 3.6 | PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS..... | 26 |
| | CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | 27 |
| 4.1 | RESULTADOS..... | 27 |
| 4.2 | DISCUSIÓN | 33 |
| | CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... | 38 |
| 5.1 | CONCLUSIONES | 38 |
| 5.2 | RECOMENDACIONES..... | 39 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 40 |
| | ANEXOS..... | 47 |

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Resultados de Papanicolaou según las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán en el año 2017.....29

TABLA 2. Resultados de Papanicolaou según las características ginecoobstétricas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán en el año 2017.....30

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Prevalencia de resultados de Papanicolaou positivos en mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano en el año 2017.....27

GRÁFICO 2. Tipos de lesión encontradas en los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano el año 2017.....28

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----------|
| ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 48 |
| ANEXO 2: INSTRUMENTOS | 50 |
| ANEXO 3: VALIDÉZ DE INSTRUMENTOS – CONSULTA DE EXPERTOS..... | 52 |
| ANEXO 4: MATRÍZ DE CONSISTENCIA..... | 58 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de cuello uterino es el tumor más frecuente en las mujeres de la mayoría de los países en desarrollo y el segundo en el ámbito mundial. Cada año se diagnostican aproximadamente unos 500.000 nuevos casos, 80% de los cuales se producen en los países en vías de desarrollo. Las tasas más altas de incidencia se han registrado en regiones del norte de Brasil y en Colombia, donde se han reportado 70 nuevos casos por cada 100.000 mujeres⁽¹⁾. La detección precoz mediante la programación ordenada de exámenes de citología cervical, denominados comúnmente pruebas de Papanicolaou, ha sido fundamental para que en los países desarrollados estas tasas fueran mucho menores⁽²⁾.

El Papanicolaou sigue siendo el método de elección a pesar de que la prueba del VPH (virus papiloma humano) es más sensible, pero su elevado costo lo vuelve inaccesible a las poblaciones de menores recursos. Las directrices del Congreso Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) publicadas en el año 2009, recomiendan la realización de la prueba de Papanicolaou debe iniciar a partir de los 21 años, seguido de una al año, bienal hasta los 29 años y trienal a partir de los 30 años, las cuales pueden complementarse con la prueba del VPH cada cinco años, y cuya frecuencia puede modificarse de acuerdo a los hallazgos de las pruebas anteriores^(3, 4).

Entre las principales dificultades por las que los países de América Latina no pueden cumplir con los objetivos trazados por los programas de prevención del cáncer de cuello de útero se encuentran la baja cobertura del tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres con lesiones precancerosas, y al tamizaje oportuno en servicios materno-infantiles y de salud reproductiva, los cuales están centrados en mujeres jóvenes, que presentan un menor riesgo

de desarrollar la enfermedad. Otros factores asociados son el desconocimiento sobre la utilidad de la prueba de Papanicolaou y la escasa utilización de los servicios de salud, ya que todavía se considera como una de las mejores estrategias de captación, la oportuna, en la consulta de morbilidad⁽⁵⁾.

En la realidad peruana, Dirección General de Epidemiología ha reportado que entre los años 2010 y 2011 la tasa de cáncer de cérvix uterino se ha encontrado en un rango que varía entre 5,6 y 7,7 defunciones por cada 100 000 mujeres”, lo cual evidencia el poco impacto en la reducción del cáncer uterino a pesar de las constantes pruebas de tamizaje mediante el Papanicolaou que se han implementado en los servicios de salud de nuestro país⁽⁶⁾. Entre las posibles explicaciones a esta situación, está la baja calidad de las muestras. Para el desarrollo de un adecuado estudio citológico se requieren métodos de evaluación de calidad para todas las fases del cribado y de esta forma cumplir con los requisitos internacionales de calidad, adecuarse a la acreditación y conseguir una mejoría continua. En el Perú, un estudio en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé reportó un número de frotis con mala calidad superiores a los límites establecidos por varios organismos internacionales⁽⁷⁾.

El Centro de Salud Materno Infantil Santa Luzmila II, inaugurado a inicios del año 2016, posee el servicio de obstetricia responsable del tamizaje de cáncer ginecológico a través de la prueba de Papanicolaou, pero no se han realizado aún investigaciones que aborden dicho tema. En base al panorama descrito, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cuáles son los resultados de Papanicolaou de las mujeres en edad fértil que se atienden en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el año 2017?

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las características sociodemográficas y gineco obstétricas de pacientes con resultados de Papanicolaou atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el año 2017?

Los problemas específicos son:

- ¿Cuáles son los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características sociodemográficas?
- ¿Cuáles son los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características gineco-obstétricas?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista teórico, mediante esta investigación se busca dar a conocer las características presentes en las mujeres en edad fértil que se realizan pruebas de Papanicolaou, información que servirá de base para la elaboración de estudios posteriores más profundos y minuciosos.

Asimismo, desde un punto de vista práctico, la presentación de los resultados pondrá en evidencia el cumplimiento apropiado de las actividades de tamizaje a cargo de otros profesionales de la salud con el fin de establecer medidas correctivas que beneficien a las mujeres que tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de útero.

En el punto de vista metodológico, mediante la ficha de recolección de datos se puede obtener información necesaria para poder visualizar la salud sexual de la población femenina y poder tener un adecuado cuidado de esta, por medio de la prueba de tamizaje

En el punto de vista económico social, conocer la importancia de la prueba de tamizaje y la fácil accesibilidad a esta, nos ayuda a asegurar la salud sexual de la mujer por ende una salud de pareja y familiar

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características sociodemográficas y gineco obstétricas de pacientes con resultados de Papanicolaou atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el año 2017.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Categorizar los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características sociodemográficas.
- Categorizar los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características ginecoobstétricas.

1.5 PROPÓSITO

El presente estudio investigará las características de las mujeres que se realizan la prueba de Papanicolalou en un Hospital de Huánuco, especialmente aquellas cuyos resultados fueron positivos, con el fin de describir mejor este grupo poblacional y guiar la elaboración de futuras estrategias de prevención para el desarrollo del Cáncer de Cuello Uterino en dicha región.

Debido a la aún alta incidencia de este tipo de cáncer, la información obtenida en la presente tesis será de gran utilidad para el desarrollo de futuras investigaciones, y beneficiará a las mujeres huanuqueñas y sus familias, pues será de ayuda en la identificación de la población de riesgo, en quienes se tomarán medidas oportunas e inmediatas de tamizaje y/o tratamiento.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

ANTECEDENTES INTERNACIONALES:

Rojas y col. (2012) “Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael”.

En su artículo plantearon como objetivo determinar la sensibilidad y la especificidad del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical y establecer la congruencia de dichos métodos respecto al diagnóstico histopatológico. Para ello realizaron un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en el que se recolectaron 112 expedientes del servicio de colposcopia con reporte histopatológico. Los resultados de la citología indicaron que un 72,3% de los casos tenía NIC I, el 5,4% presentaba NIC II y sólo el 0,9% llegó a tener carcinoma. Al compararse con la histopatología, se encontraron 3 falsos negativos (2,7%), lo cual permite determinar la alta sensibilidad de la prueba⁽⁸⁾.

Contreras (2015) “Papanicolaou y citología líquida en diagnóstico de cáncer de cérvix. Hospital civil de Maracay, 2012”.

Plantearon como objetivo establecer una comparación entre los resultados de la comparar la citología ginecológica de Base Líquida, con la convencional de Papanicolaou, para detectar lesiones precancerosas y cancerosas en el cuello uterino. Para ello se seleccionó una muestra de 144

pacientes en aparente buen estado de salud, atendidas en los consultorios de ITS e Higiene del Adulto de un servicio ambulatorio en un hospital venezolano. La prueba de Papanicolaou presentó resultados negativos en 111 muestras, con 33 muestras insatisfactorias; mientras que la citología líquida, presentó 135 resultados negativos, detectó positivos en 9 casos (6,25%) con lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado que fueron negativas en la prueba de Papanicolaou en cinco casos, y sólo cuatro muestras insatisfactorias. El 55,5% de las pacientes presenta dos o más parejas sexuales, la edad de menarquía más frecuente fue a los 12 años (34%) y el estado civil más común fue el casado (58,3%). Se concluye que la nueva técnica de citología líquida aumentará la sensibilidad y especificidad de la prueba, en comparación con la de Papanicolaou⁽⁹⁾.

Asturizaga (2017) “Sensibilidad y especificidad de la prueba IVAA en área rural de Bolivia, Gestiones 2012 a 2014”.

Plantearon como objetivo establecer las pruebas de valor diagnóstico de la Inspección visual con ácido acético (IVAA), en pacientes del Área rural de Bolivia, comparados con el PAP, Papanicolaou, durante las gestiones 2012 a 2014. La muestra estuvo formada por 551 pacientes entre 15 y 65 años que residen en área rural de Bolivia. La prevalencia de casos verdaderamente positivos fue de 4.11%, y la prueba de Papanicolaou sólo reconoció como positivo al 3.85% de los pacientes, quedando un porcentaje cuyo diagnóstico tuvo que ser determinado mediante colposcopia; valores menores al hallado con el IVAA en los cuales se identificaron a todas las pacientes con resultados positivos verdaderos, pero hubieron más casos de falsos positivos. Se concluye que el IVAA es un mejor método de tamizaje para la detección de lesiones de cuello uterino⁽¹⁰⁾.

González (2014) “Reporte de Papanicolaou realizado a usuarias atendidas en el Puesto de Salud Alfonso González, de Julio - Diciembre 2014”.

Su objetivo fue conocer las alteraciones en los reportes de la citología cervical de usuarias atendidas en el puesto de salud Alfonso González entre Julio y Diciembre del 2014. El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo, con una muestra no probabilística de 93 reportes de citologías obtenidos en el segundo semestre 2014. Entre los principales resultados: encontramos que el 91.4% (85) de las usuarias tenían entre 15 y 45 años, el 87% eran amas de casa, el 89.2% iniciaron vida sexual activa entre los 10 y 20 años, solo el 38.7% se habían realizado citología cervical anteriormente y un 26.9% no reportaban este dato. El 97.8% fueron negativos de lesión intraepitelial y células malignas y solo el 2.2% positivos. En relación a la calidad del frotis la mayoría fue satisfactoria. Se recomienda considerar la posibilidad de crear una estrategia anual, para la toma de Papanicolaou, similar a la de campaña de vacunación e implementar documentos de control que posea tanto la usuaria como la institución de salud⁽¹¹⁾.

Gómez, González, Cáceres, Nápoles, Téllez y Fabelo (2013). “Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada”.

En su estudio plantearon como objetivo caracterizar a las pacientes con citologías cervicales alteradas en un policlínico universitario de Camagüey, Cuba, a través de un estudio descriptivo de corte transversal en una muestra de 115 pacientes atendidas entre los años 2010 y 2011. Los resultados indican una mayor prevalencia de NIC II con un 54,8%, el grupo etario predominante fue el de 35 a 39 años (27,8%), el predominio de mujeres con

inicio de sus relaciones sexuales con 19 años o menos (83,5%), y un 59,1% que había tenido entre 1 y 3 parejas sexuales. de las pacientes habían comenzado sus primeras relaciones sexuales con 19 años o menos. Se concluye que la presencia de NIC es más común entre mujeres con inicio de actividad sexual a menor edad y con 1 a 3 parejas sexuales⁽¹²⁾.

ANTEDECENTES NACIONALES:

Grandez (2017) Características del papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio 2015.

En su tesis determinó las características del Papanicolaou de 242 mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio y seleccionadas mediante un muestreo por conveniencia, a través de un estudio de enfoque cuantitativo, y de nivel descriptivo transversal, retrospectivo. Los resultados evidencian que las mujeres tenían edades entre 20 a 39 años (38.4%), eran convivientes (53.8%), de procedencia urbana (92.1%), grado de instrucción secundaria (64.5%) y ama de casa (67.8%). En relación a sus características ginecológicas, casi la mitad presentó una menarquía a los 11 años, la edad de inicio de relaciones sexuales promedio fue a los 13 años, 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, poco más de la mitad de la muestra se ha realizado Papanicolaou y lo hace de manera anual, presentando resultado anormal solo el 1.3%. Los resultados de dicha prueba fueron normales en un 98.8%, indeterminado en el 0,4% y anormal en el 0.8%. Según la clasificación de Bethesda, el 1.2% presentaban células escamosas atípicas⁽¹³⁾.

Ruiz y col. (2017) Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano.

El objetivo fue determinar los factores asociados a los hallazgos citológicos anormales de cuello uterino de una muestra formada por 144 mujeres de pescadores con vida sexual activa de una población semiurbana del norte peruano. El estudio tuvo un diseño analítico de casos y controles. Los resultados evidencian la presencia de alteración citológica en el 20% de encuestadas, que el 26% no se realizó la prueba hace más de 3 años y una prevalencia de lesión escamosa intra epitelial de bajo grado en el 14%. Se halló también una asociación entre lesión citológica y presencia de PVH ($p < 0,001$), infección ($p = 0,001$) y el inicio de actividad sexual a los 14 años o menos ($p = 0,024$). Se concluye en la existencia de una alta prevalencia de factores asociados en una población sexualmente activa, que deben ser objeto de intervención por parte del profesional de salud⁽¹⁴⁾.

Fabián (2017) Frecuencia de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital de Ventanilla - Callao, 2016.

En su tesis determinó la relación entre las características de las mujeres y la presencia de lesiones intraepiteliales cervicales en una población formada por 740 mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou en el Hospital de Ventanilla – Callao durante el año 2016. El estudio tuvo un diseño observacional, con nivel descriptivo correlacional, retrospectivo y de corte transversal. Los resultados indican que el 79.6% de mujeres fueron adultas; 37.2% tenía 2 a 4 gestaciones; 58.8% había tenido de 2 a más partos. Se observó alteración de células epiteliales en el 47.3%, LIE de bajo grado en el 41.7%, e inflamación en el 75.9%, siendo inflamación moderada en el

61.7%. Se concluye que existe una prevalencia significativa de las lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital de Ventanilla – Callao⁽¹⁵⁾.

Páucar (2017) Frecuencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo atendidos el año 2016.

El objetivo de la tesis fue determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes de un hospital de Huancayo. El estudio fue de tipo retrospectivo, descriptivo corte transversal, en el que participaron 473 pacientes con lesión pre maligna y maligna del cuello uterino. Los resultados muestran que las edades oscilaban entre 12 a 95 años, la edad media fue de 42,7 el grupo etario más afectado fue el de 36 a 55 años (46,7%). La prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino representa el 2,6% de las pacientes, siendo más frecuentes las lesiones premalignas (95,8%), en especial las de bajo grado (26,8%). Se concluye que los resultados coinciden con los reportados en estudios similares⁽¹⁶⁾.

Arias y Escobar (2017) “Características asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, durante el año 2015”.

El objetivo de la investigación fue analizar los factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en un hospital de Huancayo. La investigación fue analítica, transversal, con diseño de casos – controles, y participaron un total de 15 casos de pacientes con CACU y 45 controles 45 seleccionados aleatoriamente. Los factores asociados al cáncer de cuello uterino encontrados fueron: inicio de las relaciones sexuales en mujeres <

de 18 años (OR = 4,5), número de compañeros sexuales de 2 a más (OR = 4,4), infecciones de transmisión sexual (OR = 6,2). Se encontró un factor protector que es el número de compañeros sexuales menor de 2. Se concluye que la edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y la presencia de una ITS están relacionados con el desarrollo de cáncer de cuello uterino⁽¹⁷⁾.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Desde un punto de vista neoplásico, la región del cuello uterino o cérvix es una zona anatómica con gran predisposición a desarrollar alteraciones citológicas con tendencia a la malignidad. Debido a la facilidad para acceder a ella para los exámenes de diagnóstico y tratamiento, se ha convertido en un campo importante y obligatorio de investigación dentro de la patología gineco-obstétrica. (18) A nivel mundial, para el sexo femenino el cáncer de cuello uterino representa el tercero en frecuencia, con 530 mil nuevos casos anuales, que representan el 13,6% del total, y según su tasa de mortalidad, se encuentra una estimación de 275 mil muertes en un reporte del año 2008, siendo estas cifras mucho mayores en los países que están en vías de desarrollo.(19) Cifras más actuales estiman en base a los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer que para el año 2017 en los Estados Unidos serán diagnosticados alrededor de 12,820 nuevos casos de cáncer invasivo del cuello uterino, mientras que alrededor de 4,210 mujeres morirán de cáncer de cuello uterino⁽²⁰⁾.

Así mismo en Latinoamérica y el Caribe, ocupa el tercer puesto de las neoplasias malignas más frecuentes para ambos sexos, y la segunda entre las mujeres, por detrás del cáncer de mama. Por otro lado, según datos estadísticos proporcionados por los registros de cáncer poblacionales de las grandes ciudades, como Lima, Trujillo y Arequipa, en el año 2004 se reportaron 3,962 nuevos casos, llegando a fallecer 1540 mujeres por este motivo.⁽¹⁹⁾Sólo entre las mujeres de Lima Metropolitana en el período de 2010 – 2012, se encontró una tasa de 21.1 casos por 100.000 mujeres, representando el 9.6% de las neoplasias malignas en el sexo femenino; y ocupando la cuarta posición dentro de todas los tipos de neoplasias. Datos más recientes registraron 1.201 decesos por cáncer de cuello uterino en el periodo de 2010 – 2012, lo cual representó una tasa de mortalidad de 8 por 100.000 mujeres⁽²¹⁾.

2.2.2 LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU Y LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Para la detección temprana de este tipo de cáncer se pueden utilizar procedimientos como la anamnesis para identificar los antecedentes, sumados al examen clínico, el examen pélvico para descartar alguna anomalía visible o palpar masas anormales y tamaño de órganos, la citología del cuello uterino (PAP) el cual es el pilar para la detección del mismo cáncer de cuello uterino en el cual se recogen células de la superficie del cuello uterino y la vagina y examinarlas luego bajo un microscopio. Una prueba que goza de mayor precisión, tanto en sensibilidad como especificidad es la prueba de VPH donde con ayuda del microscopio analiza el ADN o el ARN para determinar si hay ciertos tipos de infección por el

VPH, aunque su alto costo hace que no sea la considerada la mejor opción y sólo se reserva cuando se encuentran resultados anormales en las células extraídas durante una prueba de Papanicolaou⁽²²⁾.

La prueba de Papanicolaou o Citología Cervical es parte de las pruebas de detección que se utilizan actualmente en los centros de Salud de I, II y III nivel, se considera como programa de intervención de salud pública que se realiza en población con factores de riesgo o población destinataria⁽²³⁾. El examen de Papanicolaou es llamada así en honor a Georgios Papanicolaou, médico griego que fue pionero en citología y detección temprana al cáncer. Esta tiene una sensibilidad del 51% para el NIC I, una especificidad del 98% para el NIC I o mayor. Consiste en examinar las células que se recogen del cérvix o cuello uterino (en la zona de transformación), permite conocer el estado funcional de las hormonas e identificar las alteraciones inflamatorias a través del análisis de las células descamadas. Este examen tiene como fin detectar el cáncer de cuello uterino o cambios anormales en las células que podrían convertirse en cáncer. Este puede diagnosticar también otras alteraciones como infecciones y cambios hormonales. Este test detecta el 95% de cánceres cervicales en un estado en que todavía no se ven a simple vista, además que en ocasiones puede determinar cáncer endometrial o de ovarios. Es de importancia mencionar que este procedimiento es una prueba barata, indolora y de fácil realización⁽²⁴⁾.

En mujeres de 25 a 64 años se recomienda la prueba de Papanicolaou de manera prioritaria en aquellas que nunca se lo han realizado o que presente alguno de los factores de riesgo más importantes, como un inicio precoz de relaciones sexuales, presencia de infección por virus del papiloma humano o antecedente de cualquier infección de transmisión sexual, tener muchas parejas sexuales tanto ella como su pareja, hábito de fumar, desnutrición,

deficiencia de antioxidante, paciente con enfermedades que afecten su sistema inmunológico y nunca haberse practicado el estudio citológico cervical. Para la toma satisfactoria de la citología cérvico vaginal es necesaria la observación directa del cuello uterino mediante el espéculo vaginal, antes de proceder a recoger una muestra suficiente del exocérvix y endocérvix. El resultado citológico es descriptivo y se informa con diferentes categorías: negativo a cáncer, negativo con proceso inflamatorio, displasia leve (NIC1), displasia moderada (NIC2), displasia grave (NIC3), cáncer del cuello uterino in situ, cáncer micro invasor e invasor, adenocarcinoma, maligno no especificado^(25, 26).

La toma citológica cervical debe realizarse continuamente anual hasta 3 años si es que el resultado es negativo en las pruebas tomadas esta se posterga cada tres años a partir de la última; es decir, si la primera citología resulta negativa se programa al año una segunda citología y posteriormente una tercera citología con el fin de eliminar los probables falsos negativos. Si persiste el resultado negativo la usuaria debe ser citada para su continuidad en tres años. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales⁽²⁷⁾.

La prueba más empleada para el diagnóstico confirmatorio de la enfermedad es la biopsia, el cual es la extracción de una muestra de tejido del cuello uterino para su examen al microscopio por parte de un profesional anatómopatólogo. La recolección de tejido mediante legrado cervical, y la revisión con un colposcopio para determinar la presencia de áreas anormales en la vagina o cuello uterino, son otras alternativas diagnósticas⁽²⁸⁾.

En base a la historia natural del Cáncer de Cuello Uterino, la primera etapa de su desarrollo se caracteriza por la presencia de lesiones a nivel celular, especialmente a nivel del epitelio del endocérvix. Desde un punto de vista

anatómico, se distinguen dos partes en el útero, un cuerpo abalonado y un cuello que lo comunica con la vagina, y que están unidos por una zona estrecha denominada istmo. El cuello uterino, llamado también cérvix, comprende tres porciones: la que se encuentra sobre la vagina se llama supravaginal; la zona donde la vagina rodea al cérvix o vaginal; y el hocico de Tenca o zona intravaginal, que mira hacia la vagina. Esta última porción se divide en dos zonas, el exocérvix que está en contacto con la pared vaginal y presenta un estroma denso con un epitelio poliestratificado plano no queratinizado, y el endocérvix, que está en contacto con la cavidad uterina y se caracteriza por su estroma conjuntivo y epitelio cilíndrico simple con abundantes glándulas mucosas. La zona de transición entre ambos epitelios se denomina unión escamocolumnar y constituye la zona donde suele desarrollarse inicialmente el cáncer de cuello uterino⁽²⁹⁾.

Para controlar la calidad de la prueba se suele comparar los resultados del Papanicolaou con los provenientes de una colposcopia, los cuales permiten disipar las dudas acerca de la naturaleza de las alteraciones celulares. La sensibilidad y especificidad de la colposcopia llega a valores de 95% y 98% respectivamente, y a su vez permite una toma correcta de la biopsia al visualizar de manera directa las áreas que tienen mayor probabilidad de desarrollar un proceso maligno. Aun así, para disminuir la posibilidad de tener un diagnóstico incorrecto, los resultados de la citología cervical y la colposcopia necesitan ser comparados con los hallazgos de una biopsia. Se estima que la presencia de varios frotis negativos en edades tempranas no disminuye el riesgo de las mujeres a desarrollar cáncer de cérvix en mujeres mayores de 50 años, por lo que no debe dejarse de lado su uso periódico durante toda la etapa reproductiva de la mujer, y luego de haber iniciado actividad sexual⁽³⁰⁾.

A pesar de que teóricamente los resultados obtenidos con la citología cervical deberían tener relación con los resultados de la colposcopia, en la realidad esto no es así. Esta diferencia podría explicarse por la poca experiencia del personal responsable de la obtención de la muestra, la calidad deficiente de los reactivos utilizados en la fijación, así como la “falta de control de calidad en el muestro de la zona de transformación”^(8, 31).

2.2.3 CLASIFICACIÓN DE LAS NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES

En el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical se consideran determinados criterios, los cuales incluyen la inmadurez y desorganización a nivel celular, las anomalías nucleares y el aumento de la actividad mitótica, aunque estos criterios pueden variar de acuerdo a los patólogos. Si las mitosis y las células inmaduras solo están presentes en el tercio inferior del epitelio, la lesión suele designarse como NIC1. La implicación del tercio medio y del superior se diagnostica como NIC 2 Y NIC 3, respectivamente⁽³²⁾.

En 1988, el primer taller del National Cáncer Institute de Estados Unidos (NCI) celebrado en Bethesda, Maryland, finalizó con el desarrollo del llamado Sistema Bethesda para el diagnóstico citológico. Se necesitaba un método estandarizado para informar de los hallazgos citológicos que facilitara la revisión por comités de expertos y el control de calidad⁽³³⁾.

La terminología se perfeccionó en el año 2001 con el desarrollo del Sistema Bethesda III. De acuerdo con este sistema, las lesiones escamosas potencialmente premalignas se clasifican en tres categorías: a) células escamosas atípicas (ASC); b) lesiones intraepiteliales escamosas de bajo

grado (LIEBG), y c) lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG). La categoría ASC se subdivide en dos categorías: ASC-US formadas por las que tienen un significado incierto y ASC-H que excluye definitivamente las lesiones de alto grado. En la categoría que agrupa a las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG) se incluyen al NIC 1 (displasia leve) y los cambios del VPH que reciben el nombre de atipia coilocítica. La categoría LIEAG incluye al NIC 2 y NIC 3 (displasia moderada, displasia grave y carcinoma in situ)⁽³²⁾.

Las recomendaciones del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) difieren de las de la ACS porque establecen que las mujeres menores de 30 años deben realizarse una citología anual y aquellas mayores de 30 años, sin otros factores de riesgo (antecedentes de NIC 2 o 3, inmunodepresión, exposición in útero al dietilestilbestrol) pueden alargar el intervalo a 2-3 años, tanto con citología en medio líquido como con citologías convencionales. Además, el ACOG establece que está indicado realizar detección combinada con citología y estudio del ADN del VPH en mujeres de 30 o más años. Si los resultados de esta combinación fueran negativos, podrá repetirse el estudio en un intervalo de 3 años⁽³²⁾.

2.2.4 CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LAS MUJERES CON RESULTADO DE PAPANICOLAOU POSITIVO

- Características sociodemográficas

La edad en la que la paciente se realiza el Papanicolaou es determinante para la identificación de lesiones precancerosas en etapas tempranas, considerando que el desarrollo de un cáncer a nivel del cuello uterino puede demorar en promedio diez años. Así, aunque con algunas

variaciones según el país donde se estudie, las lesiones de bajo grado son comúnmente detectadas antes de los 30 años, mientras que las de alto grado y carcinoma in situ son usualmente detectados antes de los 40 años, y los carcinomas invasores se observan después de los 40 años⁽³⁴⁾.

Si bien los estudios recientes evidencian que las infecciones con el virus Papiloma humano son más frecuentes entre las mujeres solteras y jóvenes, los resultados de Papanicolaou positivos se observan entre aquellas que tienen más de 30 años y son casadas. Esto se explica por el largo intervalo que existe entre la infección por VPH y el desarrollo del cáncer, por lo que la convivencia o el ser casado no debe ser considerado un factor de riesgo, sino la conducta sexual que tuvo antes de establecer su relación de pareja⁽³⁵⁾.

El analfabetismo, que representa uno de los indicadores de pobreza e desigualdad social más evidentes en una población, está asociado fuertemente al desarrollo de cáncer de cuello uterino. Las mujeres con escasos conocimientos de salud sexual y reproductiva son más propensas a desarrollar conductas riesgosas en su vida sexual, así como a tener hijos precozmente, los cuales representan factores directos asociados a esta enfermedad⁽³⁴⁾.

La ocupación de la mujer como factor asociado al desarrollo de cáncer ha presentado resultados diversos en la literatura científica. Si bien hay estudios que reportan una mayor presencia de resultados positivos entre las amas de casa, otros la encontraron en la población trabajadora, principalmente las que realizan labores domésticas como empleadas del

hogar. En ambos casos, se puede considerar que las mujeres profesionales o con trabajos más independientes tienen un riesgo menor de desarrollar la enfermedad, lo cual va de la mano con su nivel socioeconómico y su grado de instrucción⁽³⁶⁾.

- Características ginecoobstétricas

A diferencia del cáncer de mama, la menarquía presenta resultados distintos cuando se ha querido establecer una asociación con el cáncer de cuello uterino. En gran medida, esta relación con la precocidad en la menarquía podría explicarse por la interpretación que tienen muchas adolescentes de madurez biológica cuando aparecen sus ciclos menstruales, la cual conlleva a iniciar precozmente también su vida sexual⁽³⁷⁾.

La mayoría de investigaciones concuerda en que la tendencia a la precocidad en la actividad sexual, en especial a edades menores de los 18 años, está relacionada con el desarrollo de infecciones de transmisión sexual incluido el Papiloma virus humano, la presencia de cervicitis, y la práctica de conductas sexuales riesgosas, las cuales, en su conjunto, favorecen el desarrollo de un futuro cáncer de cuello uterino⁽³⁸⁾.

El número de parejas sexuales ha evidenciado una fuerte asociación con la aparición del cáncer de cuello uterino, aumentando su frecuencia de un 20% en mujeres con sólo una pareja a un 80% en mujeres con 5 o más parejas, situación que es mucho más evidente en aquellas que se dedican a la prostitución, quienes tienen a desarrollar infecciones con los virus VPH más oncogénicos, como el VPH-16 y el VPH-18. Se resalta también la

promiscuidad del varón como un factor de riesgo para la mujer, debido a la ausencia de sintomatología de la infección con VPH en los varones, que los convierte en portadores del mencionado virus⁽³⁹⁾.

En relación al número de gestaciones, muchos estudios coinciden que las mujeres que tienen tres o más partos tienen una tendencia mayor a desarrollar cáncer de cuello uterino, característica que guarda estrecha relación con un inicio temprano en su actividad sexual. Se estima que el riesgo de tener cáncer de cuello uterino aumenta alrededor de 3 veces en aquellas mujeres que tienen al menos tres hijos⁽³⁷⁾.

La interrupción del embarazo mediante un aborto provocado que produzca manipulación o lesión a nivel del cérvix uterino, constituye un factor de riesgo de desarrollo de cáncer de cuello uterino para muchos autores. Por ello es recomendable diferenciar en la historia clínica el tipo de aborto con el fin de generar un perfil de riesgo apropiado para la mujer⁽⁴⁰⁾.

Las infecciones de transmisión sexual, en especial las del Papiloma virus humano (PVH) presentan un alto grado de asociación con la presencia de lesiones precancerosas en el cuello uterino. Debido a que esta infección puede encontrarse oculta por otro proceso infeccioso en el aparato reproductor femenino, muchos estudios han reportado que la sola presencia de una infección de transmisión sexual, independiente de que se haya comprobado o no la existencia del virus PVH, debe ser tratado como un factor de riesgo⁽³⁸⁾.

2.3 HIPÓTESIS

El presente trabajo de investigación no cuenta con hipótesis, por ser un estudio descriptivo.

2.4 VARIABLES

VARIABLE PRINCIPAL

Resultado del Papanicolaou

- ✓ Presencia de lesión
- ✓ Tipo de lesión

VARIABLES SECUNDARIAS

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- ✓ Edad
- ✓ Estado civil
- ✓ Grado de instrucción
- ✓ Ocupación

CARACTERÍSTICAS GINECOOBSTÉTRICAS

- ✓ Menarquía
- ✓ Edad de inicio de relaciones sexuales
- ✓ Antecedente de infecciones de transmisión sexual
- ✓ Número de gestaciones
- ✓ Número de parejas sexuales
- ✓ Número de abortos

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Biopsia:** Remoción de una muestra tisular para su evaluación microscópica con el fin de demostrar la presencia de células anormales como las cancerosas, en la etapa más temprana posible⁽⁴¹⁾.
- **Cáncer:** Término que engloba a toda enfermedad que presenta desarrollo de células anormales con mitosis exagerada y capacidad para propagarse e invadir tejidos cercanos por vía sanguínea o linfática (metástasis).
- **Cuello uterino:** El extremo cilíndrico inferior del útero (matriz) que se conecta a la vagina ⁽⁴¹⁾.
- **Neoplasia:** Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran⁽⁴²⁾.
- **Papanicolaou:** Prueba que consiste en la recolección de una muestra citológica del cuello uterino para su examen al microscopio con el fin de buscar anomalías celulares sospechosas de cáncer⁽⁴¹⁾.
- **Papiloma virus humano:** Adenovirus capaz de formar tejido anormal (como las verrugas) y otros cambios en las células. Los más importantes son responsables del cáncer de cuello uterino⁽⁴³⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La investigación que se realizara fue un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

Es descriptivo, porque se presentó las características y frecuencias de un determinado fenómeno, sin establecer relación u asociación con otras variables.

Es transversal, porque el estudio se realizó en un momento determinado. Se evalúan las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo.

Es retrospectivo, porque en esta parte el investigador indaga sobre el hecho ocurrido antes del estudio, puesto que se revisarán historias clínicas.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio determinada y delimitada, será en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano”

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población estuvo conformada por las 118 mujeres que fueron atendidos en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” durante el periodo enero-diciembre del año 2017.

Muestra: La muestra fue censal, es decir, se seleccionó toda la población de estudio.

Criterios de inclusión:

- Mujer que realizó la prueba de Papanicolaou en el Hospital Regional de Huánuco dentro del periodo enero-diciembre del año 2017.

Criterios de exclusión:

- Historia clínica incompleta o cuyo resultado de Papanicolaou no era conocido hasta la fecha de recolección de datos.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Previo consentimiento del jefe de servicio de Estadística del Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizan Medrano”, se tiene acceso a las historias clínicas donde se iniciara con la recolección de datos de las pacientes que se atienden en el servicio de Gineco-obstetricia que se realizan en examen de Papanicolaou durante el año 2017

La técnica que se empleó fue la revisión documentada, para la cual se elaboró como instrumento una ficha de recolección formada por 12 ítems (ver anexo 2), de los cuales los dos primeros corresponden al resultado obtenido a la prueba de Papanicolaou, los cinco siguientes a las características socio-demográficas y los ocho restantes a las características gineco-obstétricas. El instrumento fue validado mediante un juicio de expertos, en el que participarán tres profesionales del área de ginecología y obstetricia o cáncer ginecológico que acrediten su grado de magíster, doctor o especialidad.

La recolección de los datos de las historias clínicas se realizó en el mes de enero del año 2018. Para ello se realizará una coordinación previa con el personal responsable de su archivamiento.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se acudió al archivo del Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano”, y solicitó el permiso para la obtención de historias clínicas de las mujeres a quienes se le realizó la prueba de Papanicolaou durante el año 2017.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante la aplicación de programas estadísticos como el SPSS (StatisticalPackageforthe Social Sciences), versión 23.

Los resultados de las frecuencias y características de las mujeres que formaron parte en el estudio fueron presentados en orden a los objetivos en tablas de frecuencias y gráficos apropiados.

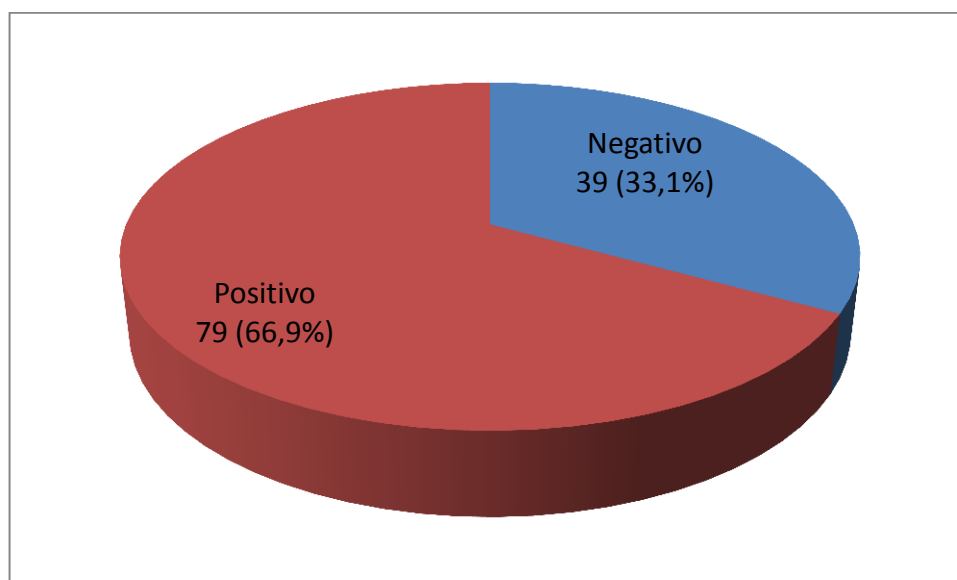
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Se realizó un total de 118 historias clínicas de mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizan Medrano” en el servicio de gineco-obstetricia

GRÁFICO 1.

FRECUENCIA DE RESULTADOS DE PAPANICOLAOU POSITIVOS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOOBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017



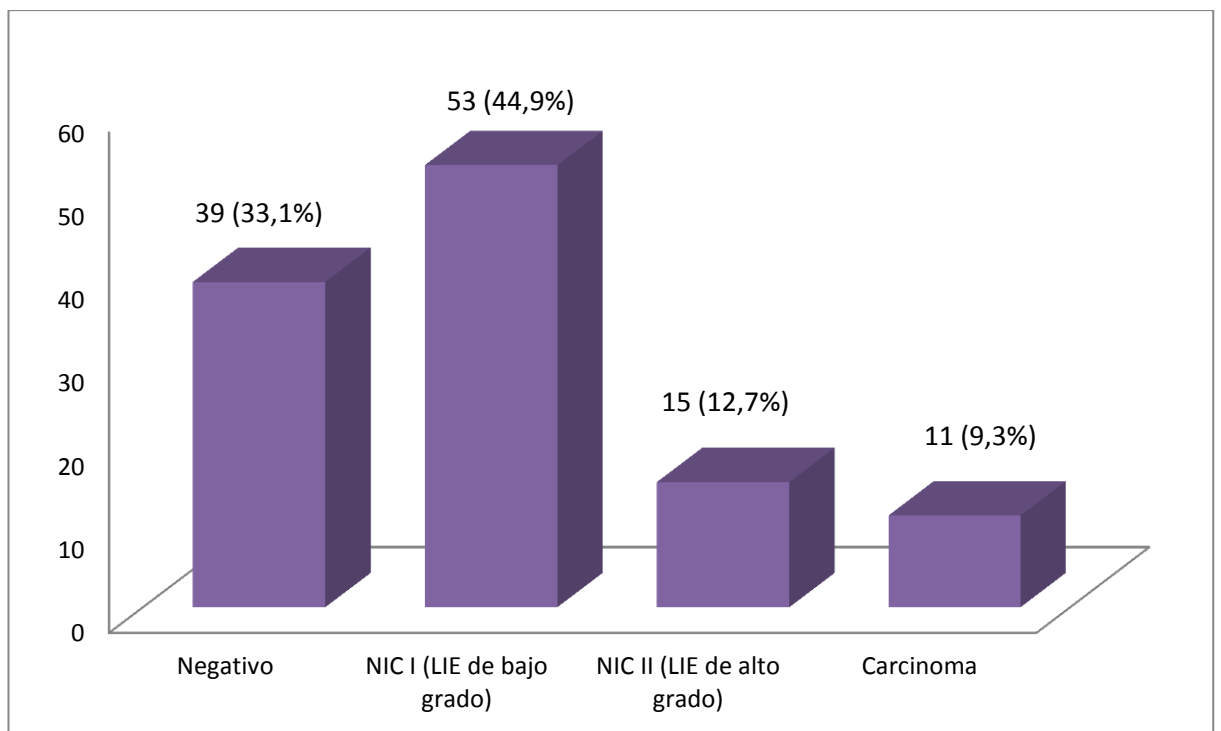
Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

INTERPRETACION: La prevalencia de resultados positivos en la prueba de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Hermilio Valdizán durante el año 2017 fue del 66,9%.

GRÁFICO 2.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE PACIENTES CON RESULTADOS DE PAPANICOLAOU ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017

Tipos de lesión encontradas en los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano el año 2017



Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

INTERPRETACION: Las lesiones más frecuentes encontradas con la prueba de Papanicolaou fueron los NIC I o lesiones intraepiteliales de bajo grado con un 44,9%, seguido de las NIC II o lesiones intraepiteliales de alto grado con un 12,7% y el carcinoma con un 9,3%.

TABLA 1.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE PACIENTES CON RESULTADOS PAPANICOLAOU ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017

Resultados de Papanicolaou según las características sociodemográficas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán en el año 2017.

| Características sociodemográficas | | Resultado del Papanicolaou | | | | Total |
|-----------------------------------|-------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| | | Negativo | NIC I | NIC II | Carcinoma | n |
| Edad | < 30 años | 10(27,8%) | 21(58,3%) | 5(13,9%) | 0 (0,0%) | 36(100,0%) |
| | 30-39 años | 9 (34,6%) | 12(46,2%) | 1 (3,8%) | 4 (15,4%) | 26(100,0%) |
| | ≥ 40 años | 20(35,7%) | 20(35,7%) | 9(16,1%) | 7(12,5%) | 56(100,0%) |
| Estado civil | Casada | 12(41,4%) | 8 (27,6%) | 4(13,8%) | 5(17,2%) | 29(100,0%) |
| | Conviviente | 21(30,0%) | 35(50,0%) | 9(12,9%) | 5 (7,1%) | 70(100,0%) |
| | Soltera | 6 (31,6%) | 10(52,6%) | 2(10,5%) | 1 (5,3%) | 19(100,0%) |
| Grado de instrucción | Ninguno | 3 (37,5%) | 3 (37,5%) | 0 (0,0%) | 2(25,0%) | 8 (100,0%) |
| | Primaria | 4 (14,8%) | 11(40,7%) | 5(18,5%) | 7(25,9%) | 27(100,0%) |
| | Secundaria | 19(35,2%) | 27(50,0%) | 6(11,1%) | 2 (3,7%) | 54(100,0%) |
| | Superior | 13(44,8%) | 12(41,4%) | 4(13,8%) | 0 (0,0%) | 29(100,0%) |
| Ocupación | Agricultora | 9 (34,6%) | 12(46,2%) | 2 (7,7%) | 3 (11,5%) | 26(100,0%) |
| | Ama de casa | 17(27,9%) | 25(41,0%) | 11(18,0%) | 8 (13,1%) | 61(100,0%) |
| | Estudiante | 6 (37,5%) | 8 (50,0%) | 2 (12,5%) | 0 (0,0%) | 16(100,0%) |
| | Profesional | 7 (46,7%) | 8 (53,3%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 15(100,0%) |
| Total | | 39(33,1%) | 53(44,9%) | 15(12,7%) | 11 (9,3%) | 118(100,0%) |

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

INTERPRETACION: Según la edad, el mayor número de casos de carcinomas y NIC II (12,5% y 16,1% respectivamente) se encontraron en las mujeres con 40 años a más, mientras que los NIC I fueron más comunes entre las menores de 30 años (58,3%).

En relación al estado civil, las convivientes presentaron más casos de NIC I y NIC II (50,0% y 12,9% respectivamente), mientras que las casadas presentaron mayor número de carcinomas (17,2%).

Según el grado de instrucción, las mujeres que sólo tenían educación primaria presentaban un mayor porcentaje de NIC II y carcinoma (18,5% y 25,9% respectivamente), mientras que los NIC I eran más comunes entre aquellas que tenían educación secundaria (50,0%).

Para el caso de la ocupación, las amas de casa presentaron mayor porcentaje de NIC II y carcinomas (18,0% y 13,1%), mientras que los NIC I fueron más comunes entre las que se dedicaban a la agricultura (46,2%).

TABLA 2.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE PACIENTES CON RESULTADOS DE PAPANICOLAOU ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017

Resultados de Papanicolaou según las características ginecoobstétricas de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán en el año 2017.

| Características ginecoobstétricas | Resultado del Papanicolaou | | | | Total |
|--------------------------------------|----------------------------|-------|--------|-----------|-------|
| | Negativo | NIC I | NIC II | Carcinoma | n |
| | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|
| Menarquía | < 13 años | 12(30,0%) | 18(45,0%) | 3(7,5%) | 7(17,5%) | 40(100,0%) |
| | ≥ 13 años | 27(34,6%) | 35(44,9%) | 12(15,4%) | 4(5,1%) | 78(100,0%) |
| IRS | < 16 años | 5(25,0%) | 8 (40,0%) | 2(10,0%) | 5(25,0%) | 20(100,0%) |
| | ≥ 16 años | 34(34,7%) | 45(45,9%) | 13(13,3%) | 6 (6,1%) | 98(100,0%) |
| Gestaciones | Ninguna | 5 (45,5%) | 5 (45,5%) | 1 (9,1%) | 0 (0,0%) | 11(100,0%) |
| | Una | 9 (45,0%) | 9(45,0%) | 2(10,0%) | 0 (0,0%) | 20(100,0%) |
| | Dos | 6(21,4%) | 15(53,6%) | 5(17,9%) | 2 (7,1%) | 28(100,0%) |
| | Tres a más | 19(32,2%) | 24(40,7%) | 7(11,9%) | 9 (15,3%) | 29(100,0%) |
| Número de parejas sexuales | Una | 21(31,3%) | 31(46,3%) | 10(14,9%) | 5 (7,5%) | 67(100,0%) |
| | Dos | 10(34,5%) | 13(44,8%) | 3(10,3%) | 3 (10,3%) | 29(100,0%) |
| | Tres o más | 8(36,4%) | 9(40,9%) | 2(9,1%) | 3 (13,6%) | 22(100,0%) |
| Abortos | Ninguna | 24(29,6%) | 38(46,9%) | 12(14,8%) | 7 (8,6%) | 81(100,0%) |
| | Una | 7 (31,8%) | 9(40,9%) | 2(9,1%) | 4 (18,2%) | 22(100,0%) |
| | Dos o más | 8 (53,3%) | 6 (40,0%) | 1 (6,7%) | 0 (0,0%) | 15(100,0%) |
| ITS | No | 33(39,8%) | 39(47,0%) | 6(7,2%) | 5 (6,0%) | 83(100,0%) |
| | Sí | 6 (17,1%) | 14(40,0%) | 9(25,7%) | 6 (17,1%) | 35(100,0%) |
| Total | | 39(33,1%) | 53(44,9%) | 15(12,7%) | 11 (9,3%) | 118(100,0%) |

Fuente: Ficha de recolección de datos. Elaboración propia.

INTERPRETACIÓN: Las mujeres con menarquía menor de los 13 años presentaron un mayor número de casos de carcinoma (17,5%), mientras que las de 13 años o más tuvieron un mayor número de casos con NIC I y NIC II (44,9% y 15,4% respectivamente).

Las mujeres que iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 16 años presentaron una mayor frecuencia porcentual de carcinoma (25,0%), mientras que las que lo hicieron a partir de dicha edad presentaron una mayor frecuencia porcentual de NIC I y NIC II (45,9% y 13,3%).

Según el número de gestaciones, las mujeres con dos hijos o más presentaron las mayores frecuencias de NIC I (53,6% con 2 hijos), NIC II (17,9% con 2 hijos) y carcinoma (15,3% con 3 hijos o más), en comparación con las que tenían sólo un hijo o ninguno.

En relación al número de parejas sexuales, los porcentajes más altos para NIC I y NIC II (46,3% y 14,9% respectivamente) corresponden a las que tienen sólo una pareja, pero en el caso del carcinoma el mayor porcentaje lo presentaban las mujeres con tres o más parejas sexuales (13,6%).

Las mujeres que nunca han tenido un aborto presentaron los mayores porcentajes de NIC I y NIC II (46,9% y 14,8% respectivamente), mientras que el carcinoma tuvo su mayor porcentaje en el grupo que tuvo sólo un aborto (18,2%).

En el caso de las infecciones de transmisión sexual, las mayores frecuencias porcentuales de carcinoma (17,1%) y NIC II (25,7%) se observó entre aquellas que tuvieron infección, mientras que entre las que no lo tuvieron se encontró un mayor porcentaje de NIC I (47,0%).

4.2 DISCUSIÓN

La prevalencia de lesiones en el cuello uterino en el estudio fue del 66,9%, siendo un valor muy alto en comparación con los estudios nacionales de Ruiz⁽¹⁴⁾ y Paúcar⁽¹⁶⁾, quienes obtuvieron frecuencias del 20% y 2,6% respectivamente; o los estudios internacionales de Asturizaga⁽¹⁰⁾ y González⁽¹¹⁾, con 3,85% y 2,2% respectivamente. La mayor frecuencia de NIC I dentro de los resultados positivos que se obtuvo en el presente estudio, coincide con los hallazgos de Fabián⁽¹⁵⁾, con un 41,7% y Rojas⁽⁸⁾ con un 72,3%, y difiere únicamente del resultado reportado por Gómez⁽¹²⁾, quien encontró un mayor número de casos de NIC II (54,8%). Estas diferencias se pueden explicar por las características de las muestras, las cuales en algunos estudios estaba formada por una población muy joven y en otros por mujeres de mayor promedio etario; asimismo, muchas se realizaban el Papanicolaou por primera vez en edades mayores de 40 años, lo cual generaba un diagnóstico tardío de las lesiones precancerosas. Ello se ve reflejado en el relativamente alto porcentaje de carcinoma (9,3%), en comparación con estudios como el de Contreras⁽⁹⁾, quien sólo encontró carcinoma en el 0,9% de las pacientes. Otro aspecto a considerar en relación a los resultados del Papanicolaou es su sensibilidad y especificidad, debido principalmente a su elevado porcentaje de falsos negativos, por lo que se recomienda complementar con otras pruebas de tamizaje como la Inspección Visual con Ácido Acético, y en caso de ser positivo, confirmar con una colposcopia o una biopsia.

El grupo etario de 40 años a más presentó una mayor frecuencia de carcinoma y NIC II, mientras que las menores de 30 años tuvieron una mayor frecuencia de NIC I. Este hallazgo coincide con el estudio de Paúcar⁽¹⁶⁾, quien encontró el 46,7% de casos entre las edades de 36 y 55 años; y realza la importancia de la prueba de Papanicolaou en el diagnóstico

temprano de las lesiones intraepiteliales de bajo grado entre las mujeres menores de 30 años. La realización de un primer Papanicolaou a edades mayores de 40 años podría elevar la posibilidad de detección tardía de dichas lesiones, e incluso la identificación de un carcinoma.

El estado civil conviviente presentó la mayor frecuencia de NIC I y NIC II, hallazgo que coincide con el 53,8% de convivientes que encontró Grandez⁽¹³⁾ en su estudio. Para el caso del carcinoma, el estado civil casado presentó una mayor frecuencia, resultado que se aproxima al obtenido por Rojas⁽⁸⁾ en España, quien halló una mayor frecuencia de mujeres casadas (58,3%) en su estudio. Esta diferencia resalta la importancia que en algunas regiones y/o países le dan al matrimonio como medio de formalización de la relación de pareja. Ya sea por el no asumir un compromiso más serio, o por sentir que el matrimonio civil, o religioso, no le representa algún beneficio sino más bien un gasto, hay una tendencia al aumento de relaciones de convivencia o concubinato en países como el nuestro.

El menor grado de instrucción de la paciente aparentemente está relacionado con una mayor frecuencia de resultados de Papanicolaou positivos, especialmente entre las que tienen educación primaria, sea completa o incompleta. Grandez⁽¹³⁾ en Iquitos encontró que el 64,5% de las pacientes presentaba educación secundaria, por lo que debe considerarse también la calidad de la enseñanza en dichas regiones, en donde los temas relacionados a la salud sexual y reproductiva apenas se mencionan durante los años de educación secundaria y muchas veces, cuando ya iniciaron su actividad sexual y es tarde para prevenir ciertas conductas de riesgo.

La ocupación ama de casa en las mujeres del estudio presentaban un mayor número de casos de NIC II y carcinomas. Resultados similares fueron obtenidos por Grandez⁽¹³⁾ y González⁽¹¹⁾, quienes encontraron en Iquitos y

Nicaragua, cifras de 67,8% y 87%, respectivamente. Esta característica está más relacionada con las limitaciones que muchas mujeres tienen para completar sus estudios o desarrollar una actividad laboral remunerada, y así poder cuidar a sus hijos, muchas veces repitiendo en las nuevas generaciones estas desigualdades sociales.

Las mujeres con menarquía a una edad menor de 13 años presentaron mayor frecuencia de carcinoma. Esta característica cambia según la altitud, por ello en el presente estudio realizado en Huánuco no sorprende que el 78% de las mujeres tuviera una menarquía a los 13 años o más, resultado muy distinto al encontrado por Grandez⁽¹³⁾, quien en la región selvática de Iquitos encontró una edad de menarquía promedio de 11 años. Contreras⁽⁹⁾ en Venezuela halló una edad de menarquía promedio de 12 años, el cual es el más común a nivel del mar. Si a esto se suma la alta posibilidad de que desarrolle una precocidad sexual, esta característica podría ser considerada como uno de los factores que predispone a la aparición de una lesión en el cuello uterino.

En el caso de la edad de inicio de las relaciones sexuales, el carcinoma es más frecuente entre aquellas que lo inician antes de los 16 años. Este resultado es similar a los reportados por otros investigadores, aunque con distintos puntos de corte, como en el caso de Ruiz⁽¹⁴⁾, quien encontró un riesgo significativo cuando la edad era menor de 14 años; Arias⁽¹⁷⁾, en edades menores de 18 años; y Gómez⁽¹²⁾, en edades menores de 19 años. Grandez⁽¹³⁾ en Iquitos encontró una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 13 años. Esta precocidad está relacionada con el desarrollo de conductas sexuales de riesgo, como la promiscuidad o el no uso de preservativos, por lo que contribuye a incrementar el riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.

El tener dos hijos o más fue la característica que presentó mayor frecuencia de resultados de Papanicolaou positivos, resultado similar al encontrado por Grandez⁽¹³⁾, quien halló un 50% de mujeres con 3 o más hijos. Esta característica es común en regiones rurales de la sierra y selva de nuestro país, por lo que debe incidirse mucho en las actividades preventivas promocionales acerca de esta enfermedad en este grupo de mujeres, así como en sus parejas.

En el caso del número de parejas sexuales, las mujeres con tres o más parejas sexuales tienen una mayor frecuencia de resultados de Papanicolaou positivos. Grandez⁽¹³⁾ encontró el 100% de resultados positivos en mujeres que tenían dos o tres parejas sexuales, mientras que Arias⁽¹⁷⁾ encontró que las mujeres con dos o más parejas sexuales tienen un riesgo 4 veces mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino. Esto remarca la importancia que tiene la monogamia en la prevención del cáncer de cuello uterino, así como la fidelidad del varón, considerando que en muchos estudios las mujeres son monógamas, pero sus parejas no lo son, y actúan como portadores de infecciones como la ocasionada por el Papiloma virus humano.

El antecedente de un aborto en las mujeres presentó una mayor frecuencia de carcinoma. Grandez⁽¹³⁾ encontró en el 23,6% de las mujeres antecedente de abortos, por lo que esta característica no debe ser subestimada en futuras investigaciones, aunque debería especificarse si fue espontáneo o inducido, cuál fue el procedimiento empleado, así como el mes en el que sucedió, con el fin de determinar correctamente cual es el tipo de aborto que representaría mayor riesgo de desarrollo de lesiones en cuello uterino.

Finalmente, las mujeres con presencia o antecedente de infecciones de transmisión sexual tuvieron mayores frecuencias de NIC II y carcinoma.

Arias⁽¹⁷⁾, en Huancavelica, encontró que las mujeres que presentaron ITS tenían un riesgo 6 veces mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino en comparación con las que no tenían ITS. Esto resalta la importancia de la identificación y tratamiento oportuno de este grupo de enfermedades, las cuales pueden presentar simultáneamente una infección con el virus Papiloma, el cual es el principal responsable de la aparición de lesiones precancerosas.

Como fortaleza de mi estudio reconozco que las variables estudiadas están siempre presentes en estudios similares a este trabajo. Asimismo que el estudio sea realizado en Huánuco siendo este un departamento donde predomina la mayoría de variables que predisponen a la enfermedad estudiada,

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- La mayoría de resultados de la prueba de Papanicolaou fueron positivos, con una mayor frecuencia de NIC I, el cual estuvo presente en el 44,9% del total.
- Los NIC II y los carcinomas presentaron una mayor frecuencia entre las mujeres con edad de 40 años a más, estado civil conviviente, educación sólo primaria y con ocupación ama de casa.
- Los NIC II y el carcinoma presentaron una mayor frecuencia entre las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 16 años, las que tuvieron dos hijos o más, y tuvieron una infección de transmisión sexual. Las mujeres con menarquía menor de 13 años, tres o más parejas sexuales y antecedente de un aborto tuvieron mayor frecuencia de carcinoma.

5.2 RECOMENDACIONES

- Realizar actividades preventivas y de tamizaje de cáncer de cuello uterino en edades menores de 40 años, con el fin de detectar esta patología lo más pronto posible.
- Realizar un estudio de casos y controles para determinar qué características de las pacientes presentan un mayor riesgo de desarrollo de cáncer de cuello uterino en las mujeres huanuqueñas.
- Considerar factores sociales y culturales en futuras investigaciones con el fin de evaluar adecuadamente el por qué algunas mujeres acuden de manera muy tardía a realizarse la prueba de Papanicolaou, en algunos casos, con un estadio avanzado como el NIC II y hasta carcinoma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2008: cancer incidence and mortality worldwide. Lyon: IARC; 2008.
2. Rodríguez G, Caviglia C, Alonso R, Sica A, Segredo S, León I, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el test de Papanicolaou y estadificación del cáncer de cuello uterino. Revista Médica del Uruguay. 2015;31:231-40.
3. Galán-Rodas E, Díaz-Vélez C, Rodas JL. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. 2015. 2015;6(2):3. Epub 2015-07-12.
4. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. Pruebas de detección de cáncer de cuello uterino.; Washington DC: ACOG; 2009.
5. Rivas E, Flores S. Factores y causas que influyen en la no realización del Papanicolaou en mujeres con vida sexual activa, que asisten a las unidades de salud en el Departamento de Matagalpa, año 2015. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
6. Huiman Terrones M, Mera Villarreal A, Arista Alarcon M. Conocimiento y práctica del tamizaje de Papanicolaou, en usuarias que acuden al Centro Materno Infantil Miguel Grau Chaclacayo, 2017. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/831>
7. Moya J, Rojas V, Torres R, Rosas L. Calidad de los extendidos cervicouterinos dentro de la coloración de Papanicolaou para el cribado de cáncer cervical en Lima, Perú. Revista Española de Patología. 2016;49(1):7-18. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista->

espanola-patologia-297-articulo-calidad-los-extendidos-cervicouterinos-dentro-S1699885515001129

8. Rojas G, Córdova C, Sánchez J. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. Revista Española Médico Quirúrgica. 2012;17(2):76-80. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=35132>
9. Contreras R. Papanicolaou y citología líquida en diagnóstico de cáncer de cérvix. Hospital civil de Maracay, 2012. Comunidad y Salud. 2015;13(1):12-22. Disponible en: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv13n1/art02.pdf>
10. Asturizaga D. Sensibilidad y especificidad de la prueba IVAA en área rural de Bolivia, Gestiones 2012 a 2014. Cuadernos. 2017;58(1):9-18. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/chc/v58n1/v58n1_a02.pdf
11. González E. Reporte de Papanicolaou realizado a usuarias atendidas en el Puesto de Salud Alfonso González, de Julio - Diciembre 2014. Managua, Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2014. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1349/>
12. Gómez García L, González Sáez Y, Cáceres Pineda MA, Nápoles Camejo B, Téllez González R, Fabelo Bonet O. Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012;38:378-88. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin10312.htm
13. Grandez C. Características del Papanicolaou en mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio, 2015. Iquitos: Universidad Científica

- del Perú; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/117>
14. Ruiz-Leud A, Bazán-Ruiz S, Mejía CR. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017;82:26-34. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000100005
 15. Fabian Y. Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital de Ventanilla - Callao, 2016 [Tesis] . Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2017. Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2776>
 16. Páucar L. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016. Lima, Perú: Universidad Alas Peruanas; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4875>
 17. Arias Rico R, Escobar F. Factores de riesgo asociados al cáncer de Cuello Uterino en mujeres atendidas en el hospital regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2015. Huancavelica, Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017. Disponible en:
<http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/1138>
 18. Vásquez Barreto K. Nivel de conocimiento y actitud al examen de Papanicolaou en mujeres atendidas en el hospital III Iquitos de ESSALUD. tesis. San Juan - Iquitos. Iquitos, Perú: Universidad Científica del Perú; 2016. Disponible en:
<http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/68013/1/CS-O-T-2016-V%C3%81SQUEZ-Papanicolau.pdf>

19. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo del cáncer de cuello uterino. Lima, Perú: MINSA; 2017.
20. American Cancer Society. ¿Qué indican las estadísticas clave sobre el cáncer de cuello uterino? USA: Cancer.org; 2017; Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/acerca/estadisticas-clave.html>.
21. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, incidencia y mortalidad 2010-2012. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2012.
22. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Suiza: OMS; 2007.
23. Organización Mundial de la Salud. Detección del cáncer de cuello uterino. OMS; 2007 [cited 2017 24 de octubre]; Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243547008_spa.pdf.
24. Ortega G. Factores que influyen en la falta de realización del Papanicolaou en mujeres de edad fértil en el dispensario del sector Santa Lucía Centro. Ambato, Ecuador: Universidad Autónoma de los Andes; 2017. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/5776>
25. Camey C. Factores que influyen en la renuencia al examen de Papanicolaou. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
26. McIntyre-Seltman K. Papanicolaou anormal: Clínicas de Norteamérica; 1995.
27. Murillo A. Guía didáctica para el taller: "Examen ginecológico y toma de Pap test". Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja 2013.

28. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS sobre detección y tratamiento de las lesiones precancerosas para la prevención del cáncer cervicouterino. Washington D.C.: OPS; 2014.
29. Callejas Monsalve D. Caracterización de las respuestas inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix [Tesis Doctoral]. Madrid, España: Universidad de Alcalá; 2011. Disponible en: <https://dspace.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/14301/Tesis%20Doctoral%20Diana%20Callejas.pdf;jsessionid=4A060FC7E9762592BFC87130292A6933?sequence=1>
30. Rebolj M, van Ballegooijen M, Lynge E, Looman C, Essink-Bot ML, Boer R, et al. Incidence of cervical cancer after several negative smear results by age 50: prospective observational study. *BMJ*. 2009;338:b1354.
31. Guzmán P, Alonso P, Córdova S, González L. Revisión rápida versus revisión tradicional en el citodiagnóstico cervicovaginal. Comparación mediante correlación citohistológica. *Revista Médica del Hospital General*. 2007;70(3):102-6. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2007/hg073b.pdf>
32. Berek J. Enfermedad intraepitelial del cuello del útero, vagina y la vulva. In: Wilkins LW, editor. *Ginecología de Novak*. 14ª ed 2008.
33. Kurman RJ, Amin MB. Protocol for the examination of specimens from patients with carcinomas of the cervix: a basis for checklists. Cancer Committee, College of American Pathologists. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 1999;123(1):55-61.
34. Kasamatsu E, Paéz M. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. *Perspectivas para la prevención primaria*

Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. 2006;4(2):58-63.

35. Sullcahuaman Y, Castro MdC, Mejía R, Castaneda C, Castillo M, Dolores K. Características sociodemográficas de mujeres peruanas con virus papiloma humano detectado por PCR-RFLP. Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública. 2015;32(3):509-14. Disponible en:
<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1684/1645>
36. Cosser M. Factores asociados a la citología anormal del cérvix, Liga contra el Cáncer 2010-2014 [Tesis] Lima, Perú: Universidad San Martín de Porres; 2015. Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2087>
37. Dávila H, García A, Álvarez F. Cáncer de cuello uterino. Ginecología y Salud Reproductiva. 2010;36(04). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400014
38. Cabrera I, Ortiz Y, Suárez Y, Socarrás R, Vásquez N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. Multimed Revista médica Granma. 2016;20(5):110-28. Disponible en:
<http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392/625>
39. Rocha Rodríguez MdR, Juárez Juárez ME, Ruiz Jiménez MM, Ramírez Banda XG, Gaytán Sánchez MdR, Contreras Valero P. Identificación de factores de riesgo para contraer virus del papiloma humano en sexoservidoras. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012;38:244-55. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000200011

40. Malagón Montano L, Pérez Sánchez Y, Acuña Adán AM, Fuentes Garabote G. Estudio comparativo de factores de riesgo en mujeres con citología vaginal positiva. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015;31:0-. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252015000300003
41. The digene HPV Test. Glosario. Estados Unidos 2013 [cited 2017 15 de noviembre]; Disponible en: <http://es.thehpvtest.com/footer/glossary/>.
42. Instituto Nacional del Cáncer. Acerca del cáncer. Glosario. Argentina: Ministerio de Salud; 2013 [cited 2017 15 de noviembre]; Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/acerca-del-cancer/glosario/>.
43. Instituto nacional del Cáncer. Diccionario de cáncer. Estados Unidos: NIH; 2009 [cited 2017 18 de noviembre]; Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=46488>.
44. Hernández Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill Education; 2014.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE PACIENTES CON RESULTADOS DE PAPANICOLAOU ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017

| Variables | indicadores | ítems | Tipo de variable | Escala de medición |
|-------------------------------------|----------------------|---|------------------|--------------------|
| Resultado del Papanicolaou | Presencia de lesión | (0) Negativo (1) Positivo | Cualitativa | Nominal |
| | Tipo de lesión | (0) Negativo (1) NIC I (2) NIC II (3) Carcinoma | Cualitativa | Ordinal |
| Características socio- demográficas | Edad | (1) Menor de 30 años (2) 30 a 39 años (3) 40 años a más | Cualitativa | Ordinal |
| | Estado civil | (1) Casada (2) Conviviente (3) Soltera | Cualitativa | Nominal |
| | Grado de instrucción | (1) Ninguno | Cualitativa | Ordinal |

| | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|---|-------------|---------|
| | | (2) Primaria (3) Secundaria (4) Superior | | |
| | Ocupación | (1) Agricultora (2) Ama de casa (3) Estudiante (4) Profesional | Cualitativa | Nominal |
| Características gineco-obstétricas | Menarquía | (1) Menos de 13 años (2) 13 años a más | Cualitativa | Ordinal |
| | Inicio de relaciones sexuales | (1) Menos de 16 años (2) 16 años a más | Cualitativa | Ordinal |
| | Gestaciones | (0) Ninguna (1) Una (2) Dos (3) Tres a más | Cualitativa | Ordinal |
| | Número de parejas sexuales | (1) Una (2) Dos (3) Tres o más | | Ordinal |
| | Abortos | (0) Ninguno (1) Uno (2) Dos o más | | Ordinal |
| | Infecciones de transmisión sexual | (0) No (1) Sí | Cualitativa | Nominal |

Fuente: Elaboración propia.



ANEXO 2: INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
OFICINA DE GRADOS Y TITULOS
PRESENTACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y GINECO-OBSTÉTRICAS DE
PACIENTES CON RESULTADOS DE PAPANICOLAOU ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE HUÁNUCO HERMILIO VALDIZÁN MEDRANO EN EL AÑO 2017**

Características generales

1. Historia clínica
2. Papanicolaou (presencia de lesión)
 Positivo
 Negativo
3. Tipo de lesión
 Negativa
 NIC I
 NIC II
 Carcinoma

Características sociodemográficas

4. Edad
 Menor de 30 años
 30 a 39 años
 40 años a más
5. Estado civil
 Casada
 Conviviente
 Soltera

6. Grado de instrucción
- Ninguno
 - Primaria
 - Secundaria
 - Superior

7. Ocupación
- Agricultora
 - Ama de casa
 - Estudiante
 - Profesional

Características ginecoobstétricas

8. Menarquía
- Menos de 13 años
 - De 13 años a más

9. Inicio de relaciones sexuales
- Menos de 16 años
 - De 16 años a más

10. Número de gestaciones
- Ninguna
 - Una
 - Dos
 - Tres o más

11. Número de parejas sexuales
- Una
 - Dos
 - Tres o más

12. Número de abortos
- Ninguno
 - Uno
 - Dos o más

13. Infecciones de transmisión sexual
- No
 - Sí

ANEXO 3: VALIDÉZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: *Zavaleta Oliver Jenny*
 1.2 Cargo e institución donde labora: *Hospital Vitoria*
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Brigitte Sheila Capcha Verastegui

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00-20% | Regular 21-40% | Buena 41-60% | Muy Buena 61-80% | Excelente 81-100% |
|-----------------|---|----------------------|-------------------|-----------------|---------------------|----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | 65% | |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | 70% | |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo maternos y sepsis neonatal. | | | | 65% | |
| ORGANIZACION | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | 60% | | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | 70% | |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para identificar los factores de riesgo maternos para sepsis neonatal. | | | | 70% | |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | 75% | |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | 60% | | |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo, transversal y observacional. | | | | 65% | |

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

El instrumento de recolección de datos se considere aplicable para el presente estudio.

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

67%

Lima, 27 Enero de 2018



Firma del Experto Informante
D.N.I. Nº 18090153
Teléfono 998420430

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante: BAZÁN RODRÍGUEZ EISI
 1.2 Cargo e institución donde labora: DOCENTE UPSJB
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Brigitte Sheila Capcha Verastegui

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 - 20% | Regular 21 - 40% | Buena 41 - 60% | Muy Buena 61 - 80% | Excelente 81 - 100% |
|-----------------|---|------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | 85% |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | 85% |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo maternos y sepsis neonatal. | | | | | 85% |
| ORGANIZACION | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | 85% |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | 85% |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para identificar los factores de riesgo maternos para sepsis neonatal. | | | | | 85% |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | | 85% |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | 85% |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación descriptivo, transversal y observacional. | | | | | 85% |

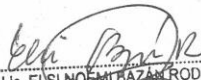
III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

85%

Lima, 27 Enero de 2018


Lc. ELSI NOEMI BAZAN RODRIGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Firma del Experto Informante

D.N.I. N°19202383

Teléfono (011) 414 879

Informe de Opinión de Experto

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Informante:
 1.2 Cargo e institución donde labora:
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de recolección de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: Brigitte Sheila Capcha Verastegui

II.- ASPECTOS DE VALIDACION:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 - 20% | Regular 21 - 40% | Buena 41 - 60% | Muy Buena 61 - 80% | Excelente 81 - 100% |
|-----------------|--|------------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|------------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | 86% |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | 92% |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances la teoría sobre resultados de Papanicolaou | | | | | 92% |
| ORGANIZACION | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | 94% |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | 86% |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para establecer edad, ITS, numero de parejas sexuales, pariedad, prueba de tamizaje de papanicolaou | | | | | 96% |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | | 94% |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | 94% |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación descriptiva, transversal, no experimental | | | | | 94% |

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

Facible

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

93.117.

Lugar y Fecha: Lima, Enero de 2018


O.S. 356679 D(+)
Carmen L. Matica Neyra
CAP. MED.
GINECO OBSTETRICIA
HN PNP LUIS N. SAENZ
CMP 52794 RNE. 32433

Firma del Experto Informante
D.N.I. Nº 41008459
Teléfono



| PROBLEMAS | OBJETIVOS | VARIABLES | METODOLOGÍA |
|---|--|---|---|
| <p><u>Problema general</u></p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de pacientes con resultados de Papanicolaou atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el año 2017?</p> <p>.</p> <p><u>Formulación de problema</u></p> <p>¿Cuáles son los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características sociodemográficas?</p> | <p><u>Objetivo general</u></p> <p>Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de pacientes con resultados de Papanicolaou atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” en el año 2017.</p> <p><u>Objetivos específicos</u></p> <p>Categorizar los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características sociodemográficas.</p> | <p><u>Resultados de Papanicolaou</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de lesión • Tipo de lesión <p><u>Características sociodemográficas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Grado de instrucción • Ocupación <p><u>Características gineco-obstétricas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Menarquía • Inicio de relaciones sexuales • Número de gestaciones • Número de parejas sexuales • Número de abortos • Infecciones de transmisión sexual | <p><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Es un estudio descriptivo. • Según el tiempo de ocurrencia: retrospectivo. • Según período y secuencia: transversal. <p><u>DISEÑO METODOLÓGICO</u></p> <p>Diseño no experimental.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>¿Cuáles son los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características gineco-obstétricas?</p> | <p>Categorizar los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco “Hermilio Valdizán Medrano” según características gineco-obstétricas.</p> | | <p><u>POBLACIÓN Y MUESTRA</u></p> <p>Población formada por 118 mujeres atendidas en el Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán durante el año 2017. La muestra fue censal, es decir se seleccionaron todos los casos.</p> |
|---|---|--|--|