



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS
DE TAMIZAJE POSITIVO PARA CÁNCER CERVICAL EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
SAN RAMON- JUNÍN 2015 - 2018.**

PRESENTADA POR
YENY ROCIO REZA VILLAVICENCIO

TRABAJO ACADÉMICO

PARA OPTAR EL TÍTULO SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN
PRIMARIA CON MENCIÓN EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER
GINECOLÓGICO

ASESOR

DRA. MIRTHA ELIZABETH MUÑOZ HIDROGO

LIMA, PERÚ

2020



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

**TRABAJO ACADÉMICO
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS
DE TAMIZAJE POSITIVO PARA CÁNCER CERVICAL EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
SAN RAMON- JUNÍN 2015 - 2018.**

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA CON
MENCION EN PREVENCIÓN DE CÁNCER GINECOLÓGICO**

**PRESENTADO POR:
YENY ROCIO REZA VILLAVICENCIO**

**ASESOR:
DRA. MIRTHA ELIZABETH MUÑOZ HIDROGO**

LIMA, PERÚ

2020

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS
DE TAMIZAJE POSITIVO PARA CÁNCER CERVICAL EN
MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD
SAN RAMON-JUNÍN 2015 - 2018.**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Dra. Mirtha Elizabeth Muñoz Hidrogo.

Miembros del jurado:

| | | |
|-------------------|---|------------------------------------|
| Presidente | : | Dr. IVAN VOJVODIC HERNANDEZ |
| Vocal | : | Mg. Obst. ERICKA ESPINO CADENILLAS |
| Secretaria | : | Dra. Obst. CARMEN GUZMAN ASCURRA |

DEDICATORIA

A la insigne memoria de quien supo inculcarme los hábitos de lectura. Desde cuando era niña, al despertar, lo observaba en ese tránsito maravilloso de la noche al día con un libro en la mano, indicando con ese significativo gesto, que los umbrales de la vida se trasuntan con el saber:

A mi padre Alejandro.

AGRADECIMIENTOS

A los docentes y asesores de la unidad de posgrado de la Escuela profesional de Obstetricia, Universidad de San Martín de Porres, en especial a mi asesora, Dra. Mirtha E. Muñoz Hidrogo, por sus aportes académicos, su dedicación y empeño en alentarme para seguir y continuar hasta culminar la presente investigación.

A mí querida familia que me apoyó en ésta etapa.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|------|
| TÍTULO | ii |
| ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| AGRADECIMIENTOS..... | v |
| ÍNDICE DE CONTENIDO | vi |
| ÍNDICE DE TABLAS | vii |
| ÍNDICE DE FIGURAS | viii |
| RESUMEN | ix |
| ABSTRACT..... | x |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MATERIAL Y MÉTODOS | 7 |
| 2.1. Diseño metodológico | 7 |
| 2.2. Población y muestra..... | 7 |
| 2.3. Criterios de selección | 7 |
| 2.4. Técnicas de recolección de datos..... | 8 |
| 2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información..... | 8 |
| 2.6. Aspectos éticos..... | 9 |
| III. RESULTADOS | 10 |
| IV. DISCUSIÓN..... | 21 |
| V. CONCLUSIONES | 32 |
| VI. RECOMENDACIONES | 33 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 34 |
| VII. ANEXOS | 42 |

ÍNDICE DE TABLAS

| Figura | Nombre | Página |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Tabla 1. | Características sociodemográficas de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje. | 11 |
| Tabla 2. | Características Gineco-obstétricas de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje | 13 |
| Tabla 3. | Características de los estilos de vida de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje | 15 |
| Tabla 4. | Antecedentes patológicos de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje. | 17 |
| Tabla 5. | Antecedentes de PAP anterior de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje | 18 |
| Tabla 6. | Resultados de Papanicolaou positivo según el Sistema de Bethesda en mujeres que acuden al tamizaje. | 21 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| Figura | Nombre | Página |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Figura 1. | Frecuencia de los resultados de PAP positivo en mujeres que acuden al tamizaje | 19 |
| Figura 2. | Frecuencia de los resultados de IVAA positivo en mujeres que acuden al tamizaje | 20 |

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil epidemiológico y los resultados de las pruebas positivas del tamizaje para cáncer cervical de las mujeres que acuden al C.S San Ramón-Junín 2015 a 2018. **Metodología:** investigación de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. La población fue 3227 historias clínicas oncológicas de pacientes con resultados de Papanicolaou e IVAA. La muestra es 98 y representa el total de historias clínicas oncológicas de mujeres con resultados positivos. **Resultados:** En el grupo de estudio, PAP e IVAA positivo respectivamente: la edad media fue 42 y 35 años, el inicio relaciones sexuales entre los 12 a 17 años en el 81% y 62.9%, 50.8% y 57.1% tuvo el primer parto entre 18 a 20 años, de 2 a 5 parejas sexuales en el 79.4% y 85.7%, El 33.3% y 34% no contaban con tamizaje cervical previo. El 77.4 y 62.8% tenía sobrepeso y obesidad, el 69.8% y 62.9% no realiza actividad física. **Conclusión:** El inicio precoz de las relaciones sexuales, la consecuente gestación y parto a temprana edad, la poliandria, la multiparidad, el sobrepeso y la falta de actividad física es el perfil epidemiológico de las mujeres con resultado positivo al tamizaje cervical. La LIE AG es el resultado más frecuente. Paulatina y ligera disminución de casos de IVAA y PAP positivo en los años de estudio.

Palabras Claves: Perfil epidemiológico, cáncer de cuello uterino, frotis de Papanicolaou, Ácido Acético.

ABSTRACT

Objective: Describe the epidemiological profile and the results of the positive tests of cervical cancer screening of women attending C.S San Ramón-Junín from 2015 to 2018. **Methodology:** A quantitative research, retrospective, cross-sectional and descriptive study. The study population was 3227 oncological medical history of patients records with results of PAP smears and visual inspection with acetic acid (VIAA) of which 98 had positive results representing the sample. **Results:** In both study groups, PAP and VIAA positive, respectively: mean age was 42 and 35 years old, first sexual intercourse was between 12 and 17 years old in 81% and 62.9%, 50.8% and 57.1% had first birth between 18 and 20 years, had from 2 to 5 sexual partners in the 79.4% and 85.7%. 33.3% and 34% did not have previous cervical screening. 77.4 and 62.8% were overweight and obese. 69.8% and 62.9% did not perform any physical activity. **Conclusion:** The early onset of sexual intercourse, the consequent pregnancy and early birth, polyandria, multiparity, overweight and lack of physical activity are the main epidemiological characteristics of women with a positive result of cervical screening. HRIEL is the most frequent result. There is a decrease in cases of PAP and VIAA with positive results lately.

Key words: Epidemiological profile, cervical cancer, Pap smears, Acetic Acid.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer cervical es considerado como un problema creciente de salud pública por la elevada tasa de incidencia y mortalidad, por el costo social que genera como consecuencia de que la enfermedad se presenta en las edades más productivas de la mujer.

El Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC) a través del reporte del Observatorio mundial del Cáncer GLOBOCAN 2018⁽¹⁾ estimó que el cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, tanto en incidencia como en mortalidad, una tasa de incidencia ajustada por edad de 13.1 y tasa ajustada de mortalidad por edad de 6.9 por 100,000 habitantes.

La distribución del cáncer cervical en las diferentes regiones del mundo es desproporcional e inequitativo, según GLOBOCAN 2018, los países de las regiones menos desarrolladas presentan una mayor tasa de incidencia y de mortalidad ajustada a la edad, dentro de éstas África (en especial la región subsahariana), América Latina y el Caribe. La misma fuente muestra que para América Latina el cáncer cervical ocupa el tercer lugar de cáncer más frecuente en mujeres, con una tasa de incidencia estandarizada por edad de 14.6 (56,187 casos) y mortalidad de 7.1 (28,318) por 100,000 habitantes².

Al comparar las tasas de incidencia de los 184 países del mundo que reportan a la IARC¹, existen diferencias significativas, Bolivia (38.5), Guyana (32.7), Paraguay (31.5) tienen las más altas tasas de incidencia de cáncer cervical

ajustada a la edad, sin embargo, países como Ecuador (17.8), Chile (12.2), Colombia (12.7), Brasil (12.2) tienen menores tasas.

El cáncer cervical no solo impacta por el costo generado en la atención, sino además por la pérdida económica de 44,924 años de vida saludables perdidos (AVISA) a consecuencia de las muertes prematuras que ocurren en la mujer peruana³. Estimándose el costo anual total para cáncer cervical en 7'740,279 dólares⁴, correspondiendo 6,911,346 dólares (89.3%) para el tratamiento, debido a que el 80% de los casos de cáncer cervical son diagnosticados en estadios avanzados según los Registros de Cáncer de Lima Metropolitana⁵, requiriendo para su manejo de infraestructura, equipamiento y recurso humano especializado.

Según GLOBOCAN 2018, el cáncer cervical representa el segundo cáncer más frecuente en mujeres peruanas, con 4103 nuevos casos y 1836 muertes, diagnosticándose 11 nuevos casos y reportando 5 muertes diariamente a consecuencia de éste, con una tasa de incidencia estandarizada por edad de 23.2 y mortalidad de 10.2 por 100,000 habitantes², situándose entre los países con alta incidencia, incluso más alto que los países con mucho menor desarrollo en el mundo como: Nicaragua (21.2), Honduras (19.6), Haití (17.1); India (14.7) Nepal (21.5), Etiopía (18.9) Congo (17.5), Niger (9.6).

De acuerdo al centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del MINSA, existen disparidades en cuanto a la incidencia y mortalidad por cáncer cervical en las diferentes regiones del Perú, entre departamentos y en el interior de los mismos, 14 departamentos tienen tasas de mortalidad por cáncer cervical por encima del promedio nacional, dentro de ellos, Pasco, Madre de Dios, Huánuco, Loreto, Tacna, Ucayali y Junín⁶.

El factor de riesgo más importante para el desarrollo del cáncer cervical es la infección asintomática y persistente de uno o más de los sub tipos oncogénicos del Virus del Papiloma Humano (VPH)⁷, encontrándose presente los sub tipos 16 y 18 en el 99,7% de éstos⁸,. Casi todos los hombres y mujeres se infectan con el VPH al poco tiempo de iniciar la actividad sexual, por lo que es considerado la infección de transmisión sexual más común en el mundo⁹.

Después de la infección, una pequeña proporción de las infecciones por VPH de alto riesgo persisten, generando cambios celulares que con el tiempo pueden convertirse en cáncer¹⁰, una serie de factores (cofactores) pueden conllevar a que una infección persistente por VPH evolucione hacia un cáncer, entre ellos podemos mencionar, condiciones del huésped que afecten su inmunidad, el estado nutricional, la infección por VIH, exposición al humo del tabaco, tener un familiar en primer grado afectado¹¹, el inicio precoz de la actividad sexual, tener múltiples parejas sexuales, paridad, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, entre otros¹², el conocimiento de éstos factores permite focalizar las intervenciones en poblaciones de alto riesgo, con la finalidad de reducir el riesgo de transmisión del VPH a través de las estrategias de prevención primaria.

La historia natural de la progresión desde la infección por el VPH de alto riesgo hasta el desarrollo del cáncer cervical es de larga duración, entre 10 a 20 años¹³, tiempo suficiente para intervenir con las medidas de prevención secundaria, mediante dos pruebas sencillas y de bajo costo como la citología de Papanicolaou (PAP) o la inspección visual con ácido acético (IVAA), la primera para identificar alteraciones celulares y la segunda detectar lesiones precancerosas. La citología de Papanicolaou es el método que ha demostrado un impacto importante en la disminución de la incidencia y mortalidad del cáncer cervical en países

desarrollados, no habiendo obtenido el mismo éxito en los países en desarrollo debido a la baja sensibilidad que alcanza 50% según el MINSA y la limitada cobertura, aun constituyendo un método sencillo y económico requiere una organización bien estructurada de la red de servicios de salud que permitan, la toma de muestras periódicas dirigido a la población objetivo, contar con laboratorios descentralizados y personal calificado tanto para la toma como para lectura de las muestras, situación que el Perú tiene pendiente fortalecer. La IVAA es una prueba sencilla, de bajo costo, requiere personal capacitado, con ventajas frente al PAP respecto a su sensibilidad entre 70 a 80%⁽¹²⁾ dependiendo del entrenamiento del operador, además permite la entrega inmediata de los resultados y el inicio oportuno del tratamiento.

Según el Ministerio de Salud (MINSA)⁶, a nivel nacional las coberturas y metas de las pruebas de tamizaje para cáncer cervical son bajas y no alcanzan lo esperado; para el caso del PAP de 6.93 en el 2011 a 12.5 en el 2015 teniendo como meta de 30%; y la IVAA de un promedio nacional de 0.49% en el 2011 a 3% en el 2015, cuando la meta fue de 8%, en la Región Junín, el centro de Salud San Ramón muestra cifras muy por debajo del nacional según los datos de la Unidad de Seguros Públicos y Privados la cobertura alcanzó 10% para el año 2018.

Los reportes estadísticos de la Red de Salud Chanchamayo, en el año 2016 el 10% de las pruebas de IVAA correspondían a resultados positivos, y el 8% de las pruebas de PAP correspondían a resultados positivos, de ellos, 33 eran carcinomas. Respecto al año 2017, se realizaron 5969 pruebas de IVAA, de los cuales 10.7% correspondieron a resultados positivos y de 3437 exámenes de PAP el 6.2% tenían resultados con alteraciones celulares (213 casos), dentro de ellos 32 casos fueron carcinoma.

La Región Junín se encuentra entre las siete regiones con mayor número de casos diagnosticados en relación al promedio nacional⁶, éste estudio constituirá un aporte académico importante para estudios analíticos posteriores permitiendo la generación de conocimiento para la toma de decisiones en términos de salud pública de la región porque aborda un problema que no solo afecta a la mujer si no a la familia, dado que la mayoría de los casos se diagnostican en estadios avanzados provocando la muerte de la mujer cuando ésta se halla en pleno apogeo de su vida y contribuían activamente a la vida social y económica de sus ciudades, impactando enormemente en el bienestar de su familia y comunidad. Las defunciones por cáncer cervical son evitables, es el tipo de cáncer más prevenible mediante la detección precoz y el tratamiento eficaz y oportuno. Ésta situación amerita urgente atención al sistema de Salud Pública del país, primordialmente al del primer nivel de atención como es el caso del Centro de Salud San Ramón a fin de fortalecer las estrategias focalizadas de acuerdo al perfil epidemiológico obtenido mediante éste estudio.

No se identificaron estudios similares en la Selva central del Perú. Planteándose el problema de investigación como ¿Cuál es el perfil epidemiológico y los resultados de las pruebas positivas del tamizaje para cáncer cervical de las mujeres que acuden al Centro de Salud San Ramón-Junín, 2015 a diciembre 2018? y como objetivo general: Describir el perfil epidemiológico y los resultados de las pruebas positivas del tamizaje para cáncer cervical.

Existen diversas investigaciones en el ámbito internacional relacionados al problema de investigación planteado; como el de Cabrera et al.¹⁴, en el año 2014, en México, un estudio descriptivo de diseño transversal, sobre el Perfil sexual de las mujeres con citología cervical en una unidad de primer nivel, encontró que las

mujeres con más de una pareja sexual tenían mayor riesgo de desarrollar algún tipo de neoplasia cervical. Así mismo, el estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal desarrollado en Cuba en el año 2016 por Montero et al¹⁵, describió los principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cérvicouterino en la población de estudio, siendo éstos el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años, predominio de las mujeres con 2 a 4 parejas sexuales y la presencia del hallazgo de leucorrea y sangrado post coital en éstas mujeres.

Autores peruanos como, Pérez¹⁶, en el 2017, investigó sobre el perfil epidemiológico de usuarias que presentaron resultados citológicos cérvico uterino alterados, encontró que las características de mayor frecuencia en la población estudiada fueron: el nivel secundario, el grupo de edad de 30 a 59 años, el estado civil conviviente, el inicio de relaciones sexuales entre 12 a 19 años como las. Por otro lado, Silva B, et al¹⁷., en el año 2014, en su estudio transversal de tipo descriptivo, sobre la Conducta sexual y reproductiva asociada al cáncer Cérvicouterino de las mujeres atendidas en el Hospital de Loreto, obtuvo que la mayoría de éstas mujeres tenía: edad de inicio de la relaciones sexuales entre los 10 y 19 años, con tres a más parejas sexuales, presencia de antecedentes de infecciones de transmisión sexual, primer parto antes de los 20 años de edad; multíparas y presentaban como antecedente aborto provocado.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Diseño metodológico.

La investigación fue de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, de corte transversal y retrospectivo.

2.2. Población y muestra.

2.2.1. Población

Conformada por 3227 historias clínicas oncológicas de mujeres con resultados del tamizaje para cáncer cervical de PAP e IVAA durante los años 2015 al 2018 en el programa de prevención y control del cáncer del Centro de Salud San Ramón.

2.2.2. Muestra

Para el estudio se empleó el total de las historias clínicas oncológicas con resultado positivo al tamizaje para cáncer cervical desde enero 2015 a diciembre del 2018, fueron 98 las que cumplieron los criterios de inclusión, de estas, 63 corresponden a Papanicolaou positivo (PAP+) y 35 a inspección visual con ácido acético positivo (IVAA+).

2.3. Criterios de selección.

2.3.1. Criterios de inclusión:

- Historia clínica oncológica de mujeres, con resultado de PAP positivo.
- Historia clínica oncológica de mujeres, con resultado de IVAA positivo.

2.3.2. Criterios de exclusión:

- Historia clínica oncológica de la mujer con PAP o IVAA positivo sin registro de datos.
- Historia clínica oncológica de la mujer con PAP o IVAA cuyos resultados no se hallan adjuntos.
- Historia clínica oncológica de la mujer con PAP o IVAA en mal estado de conservación y/o ilegible.

2.4. Técnicas de recolección de datos.

Se solicitó la autorización a la Jefatura el cual fue aceptado.

La técnica empleada fue la recopilación de datos de las Historias Clínicas oncológicas de las mujeres implementada desde hace varios años en la Red de Salud Chanchamayo, Región Junín, datos que se trasladaron al instrumento elaborado “ficha de recolección de datos” (Anexo 1).

2.5. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

Se utilizó la hoja de cálculo Excel de Microsoft office versión 2016, con la que se construyó la base de datos, con la que se elaboraron las tablas y figuras según los objetivos específicos planteados.

2.6. Aspectos éticos

El plan de trabajo académico fue revisado y evaluado por el Comité de Ética e Investigación de la facultad de Obstetricia y Enfermería de la USMP, así mismo por el comité de investigación de la institución en estudio.

Esta investigación consideró los 4 Principios Bioéticos Internacionales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Autonomía: No se vulneró los derechos de las participantes en la investigación, la información se obtuvo directamente de las historias clínicas oncológicas de las mujeres por tratarse de una investigación de tipo retrospectivo y con la autorización respectiva de la autoridad.

No Maleficencia y Beneficencia: Las participantes de la investigación no corrieron ningún riesgo físico, ni psicológico, la HC oncológica fue la unidad de análisis. Por lo contrario, los resultados obtenidos beneficiarán a las futuras usuarias, al implementarse intervenciones que permitan alcanzar al mayor número de mujeres con el tamizaje oportuno, que permita la detección precoz, la derivación y tratamiento inmediato, así como de las intervenciones educativas encaminadas a la adopción de conductas saludables en la prevención del cáncer cervical.

Se respetó los derechos de las pacientes al usar confidencialmente la información hallada en las historias clínicas oncológicas, con equidad e igualdad. Se mantuvo en reserva su identidad. La información se utilizó exclusivamente para objetivos y propósitos de la presente investigación.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje para cáncer cervical.

| CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS | PAP POSITIVO | | IVAA POSITIVO | |
|--------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|
| | N° | % | N° | % |
| GRUPOS DE EDAD | | | | |
| < 30 años | 5 | 7.9 | 6 | 17.1 |
| 30 a 39 años | 26 | 41.3 | 19 | 54.3 |
| 40 a 49 años | 15 | 23.8 | 9 | 25.7 |
| 50 a 59 años | 12 | 19.0 | 1 | 2.9 |
| >= 60 años | 5 | 7.9 | 0 | 0.0 |
| Edad mínima | | 25 | | 27 |
| Edad máxima | | 63 | | 50 |
| Edad media | | 42 | | 35 |
| ESTADO CIVIL | | | | |
| Soltera | 9 | 14.3 | 4 | 11.4 |
| Casada | 18 | 28.6 | 4 | 11.4 |
| Conviviente | 33 | 52.4 | 26 | 74.3 |
| Otros | 3 | 4.8 | 1 | 2.9 |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN | | | | |
| Sin instrucción | 9 | 14.3 | 2 | 5.7 |
| Primaria | 21 | 33.3 | 5 | 14.3 |
| Secundaria | 29 | 46.0 | 22 | 62.9 |
| Superior | 4 | 6.3 | 6 | 17.1 |
| TIPO DE SEGURO | | | | |
| SIS | 49 | 77.8 | 30 | 85.7 |
| EsSalud | 3 | 4.8 | 2 | 5.7 |
| Ninguno | 11 | 17.5 | 3 | 8.6 |
| TOTAL | 63 | 100 | 35 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1., En la distribución de las pacientes según grupo etario, se observa que 41.3% (26) de mujeres con PAP positivo tenían 30 a 39 años, así como un 54.3% (19) de mujeres con IVAA positivo.

Se evidencia en mayores de 60 años 7.9% (5) casos de PAP positivo.

Se observa que el 52.4% (33) mujeres con PAP positivo y 74.3% (26) mujeres con IVAA positivo son convivientes.

El nivel secundario, es el grado de instrucción de mayor frecuencia entre las mujeres con PAP positivo 46% (29) y de 62.9% (22) para IVAA positivo, seguido del nivel de educación primaria 33.3% (21) y 14.3% (5) respectivamente.

El 77.8% (49) mujeres con PAP positivo y 85.7% (30) con IVAA positivo cuentan con SIS (Seguro Integral de Salud), mientras que 17.5% (11) del grupo de PAP y 8.6% (3) de IVAA no tienen ningún tipo de seguro.

Tabla 2. Características Gineco-obstétricas de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje para cáncer cervical.

| CARACTERÍSTICAS GINECO-OBSTÉTRICAS | PAP POSITIVO | | IVAA POSITIVO | |
|---------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|
| | Nº | % | Nº | % |
| MENARQUÍA | | | | |
| <= 11 años | 5 | 7.9 | 2 | 5.7 |
| 12 a 14 años | 42 | 66.7 | 22 | 62.9 |
| 15 a 17 años | 16 | 25.4 | 11 | 31.4 |
| EDAD DE 1RA RELACIÓN SEXUAL | | | | |
| <= 11 años | 1 | 1.6 | - | - |
| 12 a 14 años | 9 | 14.3 | 5 | 14.3 |
| 15 a 17 años | 42 | 66.7 | 17 | 48.6 |
| 18 a 20 años | 9 | 14.3 | 11 | 31.4 |
| > =21 años | 2 | 3.2 | 2 | 5.7 |
| EDAD DEL 1ER EMBARAZO | | | | |
| 12 a 14 años | 2 | 3.2 | 1 | 2.9 |
| 15 a 17 años | 22 | 34.9 | 8 | 22.9 |
| 18 a 20 años | 32 | 50.8 | 20 | 57.1 |
| > =21 años | 7 | 11.1 | 6 | 17.1 |
| NÚMERO DE GESTACIONES | | | | |
| 1 | 6 | 9.5 | 4 | 11.4 |
| 2 | 13 | 20.6 | 4 | 11.4 |
| 3 | 7 | 11.1 | 9 | 25.7 |
| 4 | 13 | 20.6 | 8 | 22.9 |
| >= a 5 | 24 | 38.1 | 10 | 28.6 |
| NÚMERO DE PARTOS | | | | |
| 1 | 10 | 15.9 | 6 | 17.1 |
| 2 | 15 | 23.8 | 8 | 22.9 |
| 3 | 6 | 9.5 | 15 | 42.9 |
| 4 | 15 | 23.8 | 4 | 11.4 |
| >= a 5 | 17 | 27.0 | 2 | 5.7 |
| ANDRÍA | | | | |
| 1 | 9 | 14.3 | 5 | 14.3 |
| 2 a 5 | 50 | 79.4 | 30 | 85.7 |
| > = 6 | 4 | 6.3 | - | - |
| MENOPAUSIA | | | | |
| Si | 17 | 27.0 | 5 | 14.3 |
| No | 46 | 73.0 | 30 | 85.7 |
| TOTAL | 63 | 100 | 35 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2., la edad de la menarquia más frecuente estuvo entre los 12 a 14 años, 66.7% (42) para el grupo de PAP y en las mujeres con IVAA 62.9% (22).

En cuanto a la edad del inicio de la relación sexual, las mujeres con PAP 66.7% (42) e IVAA 48.6% (17) comenzaron sus relaciones sexuales entre los 15 a 17 años de edad.

Siendo la edad al 1er embarazo más frecuente entre los 18 a 20 años en ambos grupos, 50.8% (32) y 57.1% (20) respectivamente. En ambos grupos tener 5 a más gestaciones es el más frecuente, 38.1% (24) para PAP y 28.6% (10) para IVAA.

El 27% (17) mujeres con PAP positivo tuvieron \geq a 5 partos y en el grupo con IVAA positivo 42.9% (15) presentó 3 partos.

El número de parejas sexuales para el caso de PAP en un 79.4% (50) y para IVAA el 85.7% (30) fue de 2 a 5 parejas.

Con respecto a la menopausia, mayoritariamente ambos grupos no se encontraban en esa etapa en un 73% (46) para mujeres con PAP positivo y 85.7% (30) con IVAA positivo.

Tabla 3. Características de los estilos de vida de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje para cáncer cervical.

| ESTILOS DE VIDA | PAP POSITIVO | | IVAA POSITIVO | |
|------------------------------------------------|--------------|------------|---------------|------------|
| | N° | % | N° | % |
| USO DE ANTICONCEPTIVO | | | | |
| SI | 36 | 57.1 | 30 | 85.7 |
| NO | 27 | 42.9 | 5 | 14.3 |
| TIPO DE ANTICONCEPTIVO | | | | |
| Inyectable progestágeno | 10 | 15.9 | 14 | 40.0 |
| Oral combinado (AOC) | 10 | 15.9 | 7 | 20.0 |
| BTB- Ligadura de trompas | 6 | 9.5 | 3 | 8.6 |
| Inyectable combinado | 3 | 4.8 | 3 | 8.6 |
| Preservativos | 4 | 6.3 | - | - |
| Implante SD | 2 | 3.2 | 1 | 2.9 |
| TCu 380 A | 1 | 1.6 | 2 | 5.7 |
| No usa | 27 | 42.9 | 5 | 14.3 |
| TIEMPO DE USO DE ANTICONCEPTIVO H. ORAL | | | | |
| < 5 años | 8 | 80.0 | 6 | 85.7 |
| 5 a 9 años | 2 | 20.0 | 1 | 14.3 |
| FUMA | | | | |
| SI | 4 | 6.3 | 1 | 2.9 |
| NO | 59 | 93.7 | 34 | 97.1 |
| TIEMPO QUE FUMA | | | | |
| 5 a 9 años | 2 | 50.0 | 1 | 100.0 |
| 10 a 14 años | 1 | 25.0 | - | - |
| > =15 años | 1 | 25.0 | - | - |
| IMC | | | | |
| Normal | 14 | 22.2 | 13 | 37.1 |
| Sobrepeso | 33 | 52.4 | 16 | 45.7 |
| Obesidad | 16 | 25.4 | 6 | 17.1 |
| CONSUMO DE ALCOHOL | | | | |
| SI | 11 | 17.5 | 07 | 20.0 |
| NO | 52 | 82.5 | 28 | 80.0 |
| FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL | | | | |
| Semanal | - | - | 1 | 2.9 |
| Mensual | 3 | 4.8 | 3 | 8.6 |
| Ocasional | 08 | 12.7 | 3 | 8.6 |
| ACTIVIDAD FÍSICA | | | | |
| SI | 19 | 30.2 | 13 | 37.1 |
| NO | 44 | 69.8 | 22 | 62.9 |
| TOTAL | 63 | 100 | 35 | 100 |

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 3, se aprecia, 57.1% (36) del grupo de mujeres con PAP, así como 85.7% (30) de las mujeres con IVAA positivo fueron usuarias de un método anticonceptivo moderno. Por otro lado el 42.9% (27) y el 14.3% (5) del grupo de mujeres no fueron usuarias de anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos más utilizados por las mujeres con PAP positivo fueron: inyectable de progestágeno y el anticonceptivo oral combinado (AOC) con igual frecuencia 15.9 %, en las mujeres con IVAA positivo el inyectable de progestágeno el más usado 40% (14).

84.1% (53) del grupo de mujeres con PAP positivo y 80% (28) de las mujeres con IVAA positivo no usaron anticonceptivo oral combinado (AOC) y del grupo de mujeres con PAP positivo que utilizaron AOC, 80% (8) y 85.7% (6) de las de IVAA positivo tuvieron menos de 5 años de uso.

93.7% (59) de mujeres con PAP positivo y 97.1% (34) con IVAA positivo no fuma. Del grupo PAP positivo fumaban 4 mujeres y de éstas el 50% fue por menos de 10 años.

El estado nutricional evaluado por el IMC muestra que, el 52.4%(33) de las mujeres con PAP positivo y el 45.7%(16) de las mujeres con IVAA positivo correspondía a sobrepeso o pre obesidad.

De las mujeres con PAP positivo un 82.5% (52) no consume alcohol y de aquellas con IVAA también el 80% (28) no consume, y de las que consumen, la mayoría lo hace ocasionalmente.

En relación a la actividad física, una gran proporción en ambos grupos no lo practicaban, así 69.8% (44) de las mujeres con PAP positivo no realizan actividad física y 62.9%(22) del total de mujeres con IVAA positivo (35) tampoco lo hacían.

Tabla 4. Antecedentes patológicos de mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje para cáncer cervical.

| ANTECEDENTES PATOLÓGICOS | PAP POSITIVO | | IVAA POSITIVO | |
|-------------------------------------------------------|---------------------|------------|----------------------|------------|
| | N° | % | N° | % |
| ANTECEDENTES DE ITS-SFV | | | | |
| SI | 18 | 28.6 | 13 | 37.1 |
| NO | 37 | 58.7 | 17 | 48.6 |
| Sin datos | 8 | 12.7 | 5 | 14.3 |
| ANTEC. DE CÁNCER DE CÉRVIX EN FAMILIA MATERNA. | | | | |
| Madre o hermana. | | | | |
| SI | 6 | 9.5 | 6 | 17 |
| NO | 57 | 90.5 | 29 | 83 |
| TOTAL | 63 | 100 | 35 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 4, Ningún caso del grupo de mujeres con PAP e IVAA positivo tuvo antecedente de otro tipo de cáncer.

Las ITS se presentaron como antecedente, en las mujeres con resultado de PAP positivo en un 28.6% (18) y 37.1%(13) en mujeres con IVAA positivo.

Los antecedentes de cáncer cervical, de la madre o hermana se encontraba presente en el 9.5%(6) de las mujeres con resultado positivo de PAP y en 17% (6) en las mujeres con IVAA positivo.

Tabla 5. Antecedentes del PAP anterior en mujeres con resultado positivo a las pruebas de tamizaje para cáncer cervical.

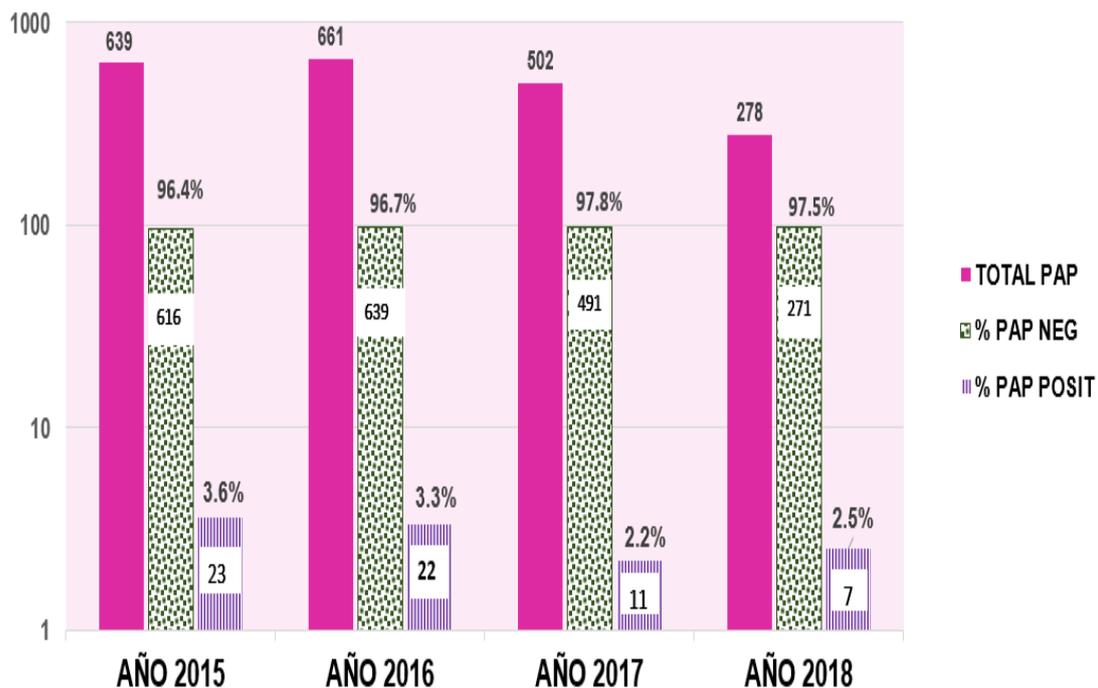
| ANTECEDENTES PAP ANTERIOR | PAP POSITIVO | | IVAA POSITIVO | |
|----------------------------------|---------------------|------------|----------------------|------------|
| | N° | % | N° | % |
| ANTECEDENTES DE PAP | | | | |
| Ninguno | 21 | 33.3 | 12 | 34 |
| 1° | 33 | 52.4 | 18 | 51 |
| >= a 2 | 9 | 14.3 | 5 | 14 |
| RESULTADO DE PAP ANTERIOR | | | | |
| Positivo | 10 | 15.9 | 2 | 6.0 |
| Negativo | 32 | 50.8 | 21 | 60 |
| Ninguno | 21 | 33.3 | 12 | 34 |
| TOTAL | 63 | 100 | 35 | 100 |

Fuente: Elaboración propia

La Tabla 5, muestra que 52.4%(33) de las mujeres con resultados de PAP positivo habían tenido un 1er PAP anterior y el 14.3%(9) de 2 a más PAP previos; del grupo de mujeres con IVAA positivo, 51%(18) con antecedente de 1er PAP y de 2 a más en un 14%(5), ya habían tenido contacto con los establecimientos de salud y habían sido tamizadas con anterioridad.

Referente a los resultados del PAP anterior, 50.8% (32) de mujeres con PAP positivo, así como de aquellas con IVAA positivo, 60% (21) tuvieron resultados negativo. Mientras que 15.9% (10) de las mujeres con PAP positivo y un 6% (2) de las de IVAA positivo habían tenido resultados positivo previamente.

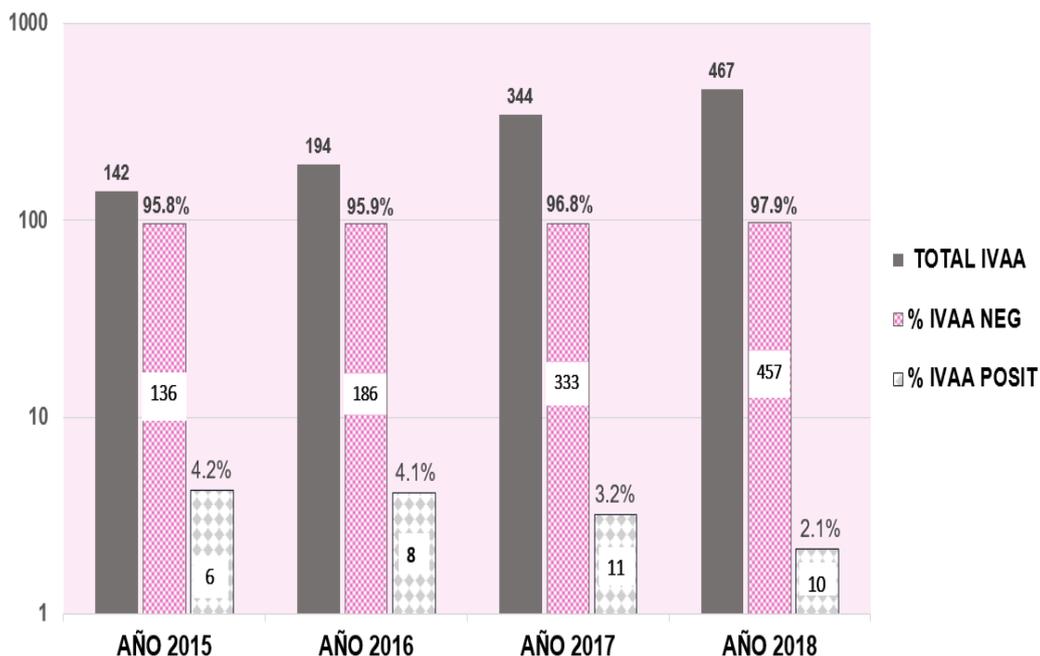
Figura 1. Frecuencia de los resultados de PAP positivo y negativo en mujeres que acuden al tamizaje de cáncer cervical.



Fuente: Registro de tamizajes cáncer cervical C.S San Ramón.

La Figura 1, representa la evolución de la frecuencia de los tamizajes y resultados de PAP durante los 4 años, se observa una disminución de los tamizajes en más de 50% para el año 2018, en relación al del 2015. Los resultados negativos se mantienen entre 96.5% en promedio, los casos positivos muestran una ligera caída paulatinamente, aunque con un pequeño incremento en el 2018.

Figura 2. Frecuencia de los resultados de IVAA positivo y negativo en mujeres que acuden al tamizaje de cáncer cervical.



Fuente: Fuente: Registro de tamizajes cáncer cervical C.S San Ramón.

La Figura 2, muestra la frecuencia y tendencia de los resultados de IVAA como prueba de tamizaje, se observa un ascenso respecto al PAP, demostrado por el incremento del número de tamizajes a lo largo de los años hasta en 3 veces para el 2018 respecto al del 2015. Mientras que los casos negativos se han mantenido homogéneos con 96.6% en promedio y en cuanto a la proporción. La frecuencia de casos positivos presenta una disminución del 50% en relación al del 2015, aunque en valores absolutos más bien muestran un ligero incremento a lo largo de estos años.

Tabla 6. Resultados de Papanicolaou positivo según el Sistema de Bethesda en mujeres que acuden al tamizaje para cáncer cervical.

| RESULTADOS DE PAP POSITIVOS. (Bethesda) | AÑO 2015 | | AÑO 2016 | | AÑO 2017 | | AÑO 2018 | |
|--------------------------------------------------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| | ASCUS | 2 | 8.7 | 1 | 4.5 | 1 | 9.1 | 1 |
| LIE BAJO GRADO | 6 | 26.1 | 7 | 31.8 | 3 | 27.3 | 1 | 14.3 |
| ASC-H | 4 | 17.4 | 3 | 13.6 | 1 | 9.1 | 1 | 14.3 |
| LIE ALTO GRADO | 10 | 43.5 | 8 | 36.4 | 3 | 27.3 | 3 | 42.9 |
| CARCINOMA DE CEL ESCAMOSAS | 1 | 4.3 | 2 | 9.1 | 3 | 27.3 | 1 | 14.3 |
| ADENO CARCINOMA | - | - | 1 | 4.5 | - | - | - | - |
| TOTAL | 23 | 100.0 | 22 | 100.0 | 11 | 100.0 | 7 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con los resultados de PAP.

La Tabla 6, muestra los resultados de PAP de acuerdo al Sistema de Clasificación Bethesda; la frecuencia del LIE de Alto Grado, considerado como una lesión pre neoplásica, aun cuando fue disminuyendo desde 2015 en 43.5%(10) al 2017 en 27%(3), se incrementa a 43% (3) para el año 2018, aunque en números absolutos los casos positivos para este último año fue menor, así como el número total de casos positivos en comparación a los años previos.

El carcinoma de células escamosas tendió a incrementarse en los años 2015 a 2017, con 4.3%(1), 9.1 (2) y 27% (3) respectivamente y para el 2018 correspondió a 14.3%(1) del total de casos positivos de ese año.

IV. DISCUSIÓN

El conocimiento científico señala que el cáncer cervical es considerado una enfermedad de transmisión sexual, siendo la infección persistente de los tipos del virus de papiloma humano de alto riesgo (VPH-AR) el principal agente etiológico, sin embargo, su sola presencia no es suficiente para que ocurra la transformación maligna, necesita la co-existencia de otros factores.

En el presente estudio se identificaron diversas variables epidemiológicas presentes en las mujeres con resultados positivos a las pruebas de tamizaje para cáncer cervical una más frecuente que otra, siendo éstas las siguientes:

En lo referente a las características sociodemográficas: La edad media de las mujeres con tamizaje y resultado positivo para PAP e IVAA es de 42 y 35 años respectivamente, aproximadamente la mitad están dentro del intervalo 30 a 39 años y en mayor número son las mujeres con IVAA positivo (54.3%), debido a que es el grupo etario destinado para ésta prueba y además a la mayor sensibilidad que tiene ésta prueba. Similares resultados obtienen los estudios de Zapata¹⁸ y Paredes¹⁹, por su parte Arango²⁰ en Cañete mayor frecuencia en mujeres entre 25 a 34 años, estos hallazgos podrían deberse al inicio precoz de las relaciones sexuales que ocurre comúnmente en la selva, seguido del embarazo en la adolescencia y como consecuencia la edad temprana al primer parto²¹. Otros estudios difieren notoriamente, Altamirano et al.²² identificaron mayor frecuencia en mujeres de 50 a 65 años, Sánchez²³ por su lado mayor prevalencia entre 36 a 54 años y una edad

media de 45 años en ambos estudios. Estudios no nacionales como la de Solís et al.²⁴ mostraron mayor incidencia de mujeres con citologías alteradas entre 41 a 60 años. Todos éstos estudios se basaron en resultados de prueba de Papanicolaou solamente y en grupos poblacionales distintos.

Ambos grupos son mayoritariamente convivientes, 52.4% y 74.3% respectivamente. Sánchez²³ y Pérez¹⁶ obtuvieron hallazgos parecidos, además estos datos se asemejan a los resultados obtenidos en el censo INEI 2017⁽²⁵⁾ donde el estado civil de conviviente se ha elevado considerablemente en los últimos años respecto al porcentaje de casados.

Respecto al grado de instrucción en ambos grupos la mayoría de mujeres cuenta con educación secundaria, resultados muy parecidos a los obtenidos en los estudio de, Altamirano et al.²² en la ciudad de Tarapoto con 44%, Sánchez²³ en Lima – Callao con 56% y Pérez¹⁶ en la provincia de Tarma con 53%. Por otra parte Capcha²⁶ en el estudio realizado en la ciudad de Huánuco, identificó mayor frecuencia de instrucción primaria en mujeres con lesiones pre malignas, debiéndose probablemente a las disparidades en el nivel de instrucción que ocurre en las diversas ciudades del Perú.

Referente al tipo de seguro de salud, más del 77.8% y 85.7% de las mujeres en ambos grupos cuentan con afiliación al seguro integral de salud (SIS), quiere decir que el examen de tamizaje para cáncer cervical fue cubierto por éste seguro, que además permitiría el acceso oportuno al tratamiento de las lesiones premalignas, sin embargo es necesario efectuar estudios que permitan determinar la relación entre mujeres afiliadas al SIS y oportunidad de acceso al tratamiento de las lesiones pre cancerígenas.

Respecto a las características Gineco-obstétricas del grupo de estudio: En cuanto a la edad de inicio de la vida sexual tenemos, el 82.6% de mujeres con PAP positivo y 62.9% con IVAA positivo habían iniciado su vida sexual en la adolescencia entre 12 a 17 años. Resultados similares reportaron Pérez¹⁶ y Gallegos²⁷. De esto podemos inferir que un factor de riesgo epidemiológico muy importante para la población de San Ramón es el inicio de la vida sexual precoz, que incrementaría incluso el número de parejas sexuales ocasionales, embarazo no deseado y el aumento del riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual.

Existen múltiples evidencias científicas⁷⁻¹⁰⁻¹³ que señalan que mientras más precoz sea ésta se incrementa el tiempo de exposición del epitelio cervical al virus de papiloma humano (VPH), debido a que desde la pubertad producto de la secreción estrogénica, el cérvix crece en tamaño y la UEC- Unión escamo columnar (unión de epitelio exocervical y endocervical) original se expone al exocérvix. A pesar de la evidencia hasta la actualidad no se logra reducir éste factor, es necesario realizar estudios complementarios al respecto. Resultados discordantes fueron encontrados por Altamirano et al.²² quienes obtuvieron mayor frecuencia (56%) en mujeres con inicio coital después de los 15 años en una muestra pequeña.

Probablemente como resultado de lo anterior, el 89% del grupo PAP positivo y el 83% de IVAA positivo los embarazos ocurrieron entre 12 a 20 años. La Sociedad Americana del Cáncer²⁸ sostiene que las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término entre 17 a 20 años de edad son dos veces más propensas a desarrollar cáncer cervical en su vida futura en comparación de aquellas que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. El riesgo que se relaciona con la edad menor a 20 años en el primer embarazo se debe a que durante esta etapa se agranda la zona de transformación permitiendo la exposición al VPH y la debilidad inmunitaria

propia de la gestación la haría además más vulnerable a ésta infección. Por lo que el problema del embarazo en adolescentes en nuestro país amerita una mirada desde ésta problemática, no sólo como problema social si no porque también representa un factor de riesgo para desarrollar cáncer cervical en presencia de otros factores como la infección persistente del Virus del Papiloma Humano.

En relación al número de embarazos éste estudio encuentra que el mayor porcentaje de mujeres con resultados positivos tenían entre 5 a más embarazos (38.1% y 28.6%), datos semejantes fueron encontrados por Sánchez²³ y Pérez¹⁶, la explicación del mecanismo del incremento de riesgo de desarrollar cancer cervical asociado al número de embarazos no está aún bien dilucidado, podría estar relacionado a la susceptibilidad inmunitaria de la gestante a la infección por VPH. Una limitante del estudio es no haber incorporado la variable número de embarazos a término que sería de mayor relevancia, quedando pendiente su estudio a futuro.

Sobre la variable paridad en el grupo de mujeres con PAP positivo, se observa que casi un tercio de las mujeres tuvieron entre 5 a más partos, mientras el grupo de mujeres con IVAA positivo el 42.9% tienen en promedio 3 partos, estos datos estarían relacionados con el grupo etario determinado para cada prueba de tamizaje que estableció en su guía el Ministerio de Salud del Perú¹² en el año 2016, la citología de Papanicolaou dirigida a mujeres de 50 a 65 años y la IVAA para mujeres de 30 a 49 años, por lo que es razonable pensar que, al momento de la IVAA la paridad de éstas mujeres aún no estaba completada, mientras que para el grupo de PAP ya se habría alcanzado la paridad definitiva. Autores como Sánchez²³ y Pérez¹⁶ coinciden con el estudio al demostrar que el 45% y 65% de las mujeres con resultados de PAP alterados eran multíparas (4 a 5 hijos), no se hallaron

estudios descriptivos que permitan evaluar y comprar ésta variable en mujeres con resultado de IVAA solamente.

Diversos autores⁷⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰ sostienen que el número alto de partos se relaciona con un aumento de riesgo de desarrollar cáncer de cérvix en mujeres infectadas por el VPH, sin embargo todavía no está bien esclarecido el rol del traumatismo a nivel del cuello uterino ocasionado por el parto vaginal sobre la posibilidad de desarrollar cáncer cervical, es más probable que el riesgo sea debido a la actividad sexual que trae como consecuencia el incremento del número de embarazos y el posterior parto. Es necesario ampliar la investigación con estudios analíticos para determinar la asociación entre el parto vaginal y el riesgo incrementado de desarrollar cáncer cervical en mujeres infectadas por VPH y si la cesárea tendría un rol protector.

En lo concerniente al número de parejas sexuales, la poliandria es común en ambos grupos estudiados entre 2 a 5 parejas sexuales (79.4% y 85.7%), éstos datos son parecidos a las diversas investigaciones internacionales y nacionales revisadas entre ellos Barrios et al.³¹, Altamirano et al.²², y Grandez³² (54%, 78%, 50%) aunque entre ellos exista algunas variaciones entre los intervalos, coinciden en que hay mayor frecuencia de resultados positivos en mujeres con mayor número de parejas sexuales. Por el contrario estudios de Gallegos²⁷, Sánchez²³, Capcha²⁶ describen mayor proporción de casos positivos en mujeres con sólo una pareja sexual.

Además los 3 últimos autores refieren mayor incidencia de LIE de bajo y alto grado en mujeres con una pareja sexual, mientras que en aquellas con dos o más parejas sexuales el carcinoma se presentó en mayor porcentaje. Se reconoce que ésta variable representa un sesgo de información dado que es un dato subjetivo

porque depende de la sinceridad de las mujeres para confiar y dar ésta información al personal de salud que la atiende. Así mismo sobre la base de pruebas sólidas, tanto para mujeres y hombres tener múltiples parejas sexuales se relacionan con un aumento en el riesgo de infección por VPH. Sin embargo aún no está bien definido si es o no un factor de riesgo independiente para el desarrollo del cáncer cervical, por lo tanto es aún un desafío evaluar con precisión el riesgo de cáncer asociado con el número de parejas.

La probabilidad de que una mujer contraiga el VPH después de su primera pareja sexual es de aproximadamente 30% en su primer año de actividad sexual y 50% dentro de los siguientes tres años³³.

En un metanálisis de cuarenta y un estudios publicados entre 1980 a 2014, encontraron que había una relación no lineal del número de parejas sexuales con enfermedad cervical no maligna y carcinoma cervical invasivo y que el riesgo de enfermedad maligna y no maligna es relativamente estable en mujeres con más de 4 - 7 parejas sexuales³⁴.

En cuanto a los estilos de vida se determina: Uno de los factores más discutidos en la aparición de estas lesiones es el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), su uso se ha asociado con la exposición de la UEC al VPH, el estudio encuentra que en promedio menos del 20% de las mujeres utiliza este método, hallazgos similares encontró Barrios et al.³¹, con 22%, sin embargo las investigaciones de Cabrera et al.¹⁴, Gallegos²⁷, obtuvieron mayor frecuencia de uso. En relación al tiempo de uso, este estudio registra que en su mayoría (80%) utilizan menos de 5 años, por lo que no representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de lesiones premalignas en la muestra estudiada.

Las guías de práctica clínica de la OMS⁷ incluyen al uso del AOC durante más de cinco años como factor de riesgo que llevaría a que una infección por VPH persista con el tiempo y evolucione a cáncer, no obstante señala también que los beneficios de su uso superan ampliamente los potenciales riesgos.

El consumo de tabaco y el tiempo de consumo, no representarían un factor de riesgo determinante en éste estudio, porque no se halló un dato significativo, puesto que del 5% del total de la muestra que consumen cigarrillos, el tiempo de consumo por más de 10 años fue menos de 2%, datos análogos fueron reportados por el estudio de Barrios et al.³¹ desarrollado en México (5,33%), Ruíz et al.³⁵ en el norte del Perú encontró 0% de consumo de tabaco en el grupo estudiado, mientras que Gallegos²⁷ en Cuzco encontró 4 veces más frecuente (8.33%) probablemente se deba al tipo de población estudiada asociada a otros factores.

La evidencia científica existente reconoce que el tabaquismo tanto activo como pasivo es indudablemente un factor de riesgo importante para el cáncer cervical en mujeres infectadas por el VPH, la probabilidad de desarrollar una neoplasia intracervical de alto grado o cáncer invasor es aproximadamente de 2 a 3 veces mayor en relación a las no fumadoras, el tabaquismo pasivo es también un riesgo pero en menor medida³⁶⁻³⁷.

Es muy frecuente observar que las personas que consumen tabaco lo hacen acompañado de bebidas alcohólicas, en este caso, el consumo de alcohol tampoco representa un factor de riesgo importante que describir, dado 8 de cada 10 mujeres refieren no consumir y solo una persona de las que consumen lo hace de manera semanal, hace falta desarrollar estudios más amplios al respecto como la edad de inicio, tiempo de consumo, entre otros.

Especial atención amerita el factor Índice de Masa Corporal (IMC), resultante de la relación de masa y estatura del individuo. Los datos demuestran que 7 de cada 10 mujeres estudiadas presentan entre sobrepeso y obesidad, constituyendo un perfil de riesgo importante en la población de estudio. Estos resultados son superiores a lo señalado en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Nacional³⁸ 2017, donde señala que esta problemática alcanza a las mujeres en un (63.1%) y que el 60% de los peruanos de ambos sexos mayores de 15 años sufren de obesidad.

El resultado del IMC en ambos grupos se da como consecuencia de la no práctica de la actividad física y de la mala calidad de alimentación, más de la mitad de mujeres no realiza actividad física, no se incluyó como variable de estudio el tipo de alimentación dentro de los estilos de vida, existen diversas investigaciones²⁸⁻³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹ que señala una disminución de la prevalencia de infección por VPH en poblaciones donde el consumo de las frutas y verduras es parte de la alimentación diaria, que mantener un IMC normal y sobre todo la práctica constante de la actividad física podrían constituir parte de las estrategias de prevención contra el desarrollo del cáncer cervical. No hay evidencia de estudios descriptivos de los últimos cinco años en la que se estudió éstas 2 variables.

Los antecedentes patológicos presentes encontrados son:

Más de un tercio de las mujeres con tamizaje positivo reportaron síndrome de flujo vaginal (SFV) catalogado como ITS para ambos grupos de tamizaje. Altamirano et al.²² y Capcha²⁶ en sus estudios expusieron como factor de riesgo la presencia de una ITS en mujeres con resultados de PAP anómalos con promedios parecidos. No obstante el estudio de Ruíz et al.³⁵ discrepa al mostrar que el 99,3%

de las mujeres de su estudio nunca habían tenido una enfermedad de transmisión sexual.

Diversas investigaciones²⁸⁻³⁶⁻³⁹ señalan que la coinfección del VPH con otros agentes infecciosos de transmisión sexual, como el virus herpes simple tipo 2, Chlamydia Trachomatis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) favorecen la entrada y persistencia de múltiples tipos de VPH, una barrera del presente estudio es que no precisa el agente etiológico del síndrome de flujo vaginal.

El estudio encuentra que el 9.5% (PAP) y 17% (IVAA) de las mujeres con las pruebas positivas presentan antecedentes de cáncer cervical en madre o hermana. Los estudios de Ruíz et al.³⁵ y Gallegos²⁷ apuntan resultados superiores al presente estudio 19.4% y 22.2%. No obstante no existe evidencia contundente respecto a la susceptibilidad genética a cáncer cervical, no se han descrito concluyentemente patrones genéticos que predispongan al desarrollo del cáncer cervical, como si sucede en el caso del cáncer de mama u ovario. Algunos autores señalan que ésta fue identificada mediante estudios realizados en gemelos y en familiares en primer grado, sin embargo la susceptibilidad confiere menos del 1% de los cánceres cervicales¹².

En lo concerniente a los antecedentes de PAP, es llamativo que un tercio de la muestra estudiada en ambos grupos no contaba con el tamizaje para cáncer cervical previamente, probablemente debido a la falta de acceso, factores culturales, entre otros, que resultaría necesario investigar. Mientras que 60% de las mujeres tenía examen de PAP anterior, análogo con la publicación de ENDES 2018⁽³⁸⁾ que señala 59.9% de las mujeres de 30 a 59 años de edad con examen de PAP en los últimos 3 años, sería prudente ampliar la búsqueda de datos del

antecedente de IVAA, la Guía Nacional del MINSA del 2016 señala la obligatoriedad realizar la IVAA a mujeres entre 30 a 49 años.

Por otro lado, el 15.9% (PAP) y 6% (IVAA) registraron antecedentes de resultados positivos a las pruebas de tamizaje, es decir no habrían recibido tratamiento posterior a su resultado, probablemente debido a diversas causas, situación que ratifica respecto a que el cáncer cervical es una enfermedad de las inequidades, por la inaccesibilidad a los servicios de salud y aspectos culturales de la población, etc.

Existe una disminución progresiva de los casos positivos en los años de PAP e IVAA, el promedio de la prevalencia de resultados positivos para PAP es de 2.9% y para IVAA de 3.4, resultado similar reportó Sánchez²³ en Lima. Por su parte Laberiano⁴² en su investigación realizada en dos instituciones en Lima-Perú, determinó resultados discrepantes, mientras que en el establecimiento de salud público la prevalencia era 6.6%, en la privada fue 39.3%, sosteniendo de que las diferencias se debieron a que las mujeres con tamizaje de la institución pública superaba en 15 veces a la del privado y además en el privado la disposición de insumos y calidad de lectura por profesional capacitado sería garantía para la mayor sensibilidad del mismo, entre otras causas. En México, Solis et al.²⁴ encontraron una prevalencia de 4.49% de lesiones premalignas en la citología cervical. Por otro lado, prevalencias más elevadas fueron descubiertos en el estudio de Ruíz et al.³⁵ en el norte del Perú donde una de cada cinco mujeres tenía citología anormal. Datos diferentes fueron mostrados en la investigación de Zapata¹⁸ realizado en el laboratorio Referencial Regional de la ciudad de Piura en Perú donde la frecuencia de lesiones premalignas era 0.79 % en la población de estudio con una población más grande.

Es necesario advertir que la cobertura de PAP presenta una disminución a lo largo de los años, y por el contrario el número de tamizaje por IVAA va en incremento, se debe a la modificación de las normas en el Perú en el año 2016 respecto al tamizaje, en el que se cambia los grupos etarios para la intervención con las distintas pruebas.

Según el sistema de Bethesda los resultados de los PAP positivos durante los 4 años de estudio como promedio presentaron la siguiente prevalencia, 38% LIE AG - lesión escamosa intraepitelial de alto grado, 27% LIE BG - lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, 14.3 % ASC-H - Atipia de células escamosas que no puede descartar lesión de alto grado, 11% carcinoma de células escamosas, 7.9% ASC-US - atipia de células escamosas de significado incierto y 1.6% adenocarcinoma, al respecto los estudio nacionales de Pérez¹⁶ en Junín, Zapata¹⁸ en Piura, Altamirano et al.²² en Tarapoto y Gallegos²⁷ en Cuzco, encontraron resultados aproximados, en tanto los tres últimos autores coinciden al señalar que la LIE alto grado es el de mayor frecuencia. Estudios de Sánchez²³ y Paucar⁴³ describen la mayor frecuencia de ASCUS (39%), seguida de LIE bajo grado en los resultados de Papanicolaou anormal. Se observa una disminución paulatina de los casos positivos de PAP durante los años 2017 y 2018, esto es debido al cambio de la normatividad nacional en el grupo etario destinado para la toma de PAP reduciéndose a las mujeres entre 50 a 65 años y las menores para IVAA.

V. CONCLUSIONES

- Cerca de la mitad de las mujeres con PAP e IVAA positivo fueron adultas, con edad predominante de 30 a 39 años, en su mayoría convivientes, con grado de instrucción secundaria y más de tres cuartas afiliadas al SIS.
- Más de la mitad presentó menarquia entre los 12 a 14 años, tenían 4 a más gestaciones y 3 a más partos. En más de las tres cuartas partes la primera relación sexual fue antes de los 17 años de edad, el primer embarazo antes de los 20 años y tuvieron entre 2 a 5 parejas sexuales.
- Tres cuartas partes presentaban obesidad y sobre peso y más de la mitad no realizaba ninguna actividad física.
- Una tercera parte presentó antecedente de flujo vaginal relacionado a una ITS.
- Más de la tercera parte no tenía tamizaje previo para cáncer cervical y una de cada diez tenía historia de antecedente de resultado positivo al tamizaje y no había recibido tratamiento.
- La prevalencia de resultados positivos fue tres de cada 100 tamizajes en ambas pruebas. La LIE AG es el resultado más frecuente en los 4 años, seguida de LIE BG, ASC-H, carcinoma de células escamosas y ASC-US.

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar un padrón nominal con datos de las mujeres adultas de la localidad de intervención, identificar a las tamizadas y no tamizadas, reorientar el tamizaje de forma focalizada a través de la invitación personalizada al grupo objetivo.
- Promover y/o fortalecer acciones educativas dirigidas a los adolescentes y jóvenes, mediante información y educación con mensajes sencillos y científicamente avalados buscando el cambio de comportamientos para reducir los riesgos y prevenir el cáncer cervical.
- Descentralizar las intervenciones educativas y dirigir las a la comunidad, la familia y la persona para que adopten estilos de vida saludable, entre ellas la alimentación saludable y la actividad física.
- Optimizar el seguimiento oportuno de las mujeres con resultados positivos al tamizaje como un compromiso genuino entre la obstetra y las mujeres del país.
- Realizar estudios de investigación de tipo analítico y con muestras mayores sobre el cáncer cervical.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Observatorio Global del Cáncer: Cancer Today [Internet]. Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; c2018 [citado el 15 de julio de 2019]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/home>
2. Observatorio Global del Cáncer: Cancer Today. [Internet] Lyon, Francia: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer; 2018. Tasas de incidencia estimadas según la edad; 12 de abril 2018 [Citado el 15 julio de 2019]; [7 pantallas]. Disponible en: <https://bit.ly/2GbaAPU>
3. Dirección General de Epidemiología. Carga de enfermedad en el Perú, estimación de los años de vida saludables perdidos 2012. 2ª ed. Perú: [Internet] RENACE; 2014. [Citado el 15 de julio de 2019] Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/Cargaenfermedad2012.pdf>
4. Sobrevilla Ricci A, Mosqueira Lovón R, Gutiérrez Aguado A, Escobedo Palza S, Timana Ruíz R. Costo del Cáncer de Cuello Uterino en los establecimientos de Salud del Perú. Value in Healt [Internet]. 2015. [citado el 18 de julio de 2019]; 18(7):820. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.09.255>
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana, Incidencia y Mortalidad, Vol.5. Lima, Perú: INEI; 2016. [citado el 18 de julio de 2019]; Disponible en:

http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/banners_2014/2016/.pdf

6. MINSA. Prevención Secundaria para Cáncer de Cuello Uterino Basado en IVAA [video]. Lima, Perú: Dirección de Fort de Cápac. del Personal de Salud-DIFOR; [Internet] 17 de Julio 2017 [Citado el 20 de agosto de 2019]; Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ZBLEsTGdpqw&t=2s>
7. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Prácticas Esenciales. Washington, DC: OPS; 2016. Control integral del cáncer cérvicouterino: ISBN 978-92-4-154895-3.
8. Academia Nacional de Medicina. Instituto de Estudios Oncológicos de Argentina: Consenso nacional inter-sociedades sobre cáncer de cuello uterino. Asoc. Argentina de Ginecología Oncológica. [internet]. 2015. [citado el 20 de agosto de 2019]; 2-36. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/index.php/escuela-fasgo/consensos>
9. Enfermedades de transmisión sexual [internet]. Atlanta, EEUU: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC. [citado el 23 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/vph/stdfact-hpv-s.htm>
10. National Cancer Institute [Internet]. USA: NIH; 7 January of 2019 [citado el 29 de agosto de 2019]; [14 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>
11. Organización Panamericana de la Salud. Guía de Prácticas Esenciales. Washington, DC: OPS; 2016. Control integral del cáncer cérvicouterino: ISBN 978-92-4-154895-3.
12. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica. Perú: Equipo Técnico de la Dirección de Prevención y Control de Cáncer del MINSA; 2016. Guía de

práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer cervical: RM 1013-2016/MINSA. [citado el 30 de agosto de 2019]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/191413-1013-2016-minsa>

13. Organización Panamericana de la Salud. Manual para Gerentes de Programas de Salud. Washington, D.C: OPS; 2016. Incorporación de la prueba del virus del papiloma humano en programas de prevención de cáncer cérvicouterino: ISBN: 978-92-75-31910-9.
14. Cabrera D., Palacios R., Guzmán J. Perfil sexual de las mujeres con citología cervical de una unidad de primer nivel. Rev Méd del Inst Mex del S.S [Internet]. 2014 [citado el 05 de setiembre de 2019]; 52(2):168-175. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745481014>
15. Montero Y., Ramón R., Valverde C., Escobedo F., Hodelín E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado el 05 de setiembre de 2019]; 22(5): 531-537. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v22n5/san10225.pdf>
16. Pérez S. Resultados citológicos cérvico uterino alterados atendidas en el Hospital II-2 Tarma [Internet]. Perú: Repositorio Académico de la Universidad de San Martín de Porres; 2017 [citado el 18 setiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2885>
17. Silva B., Soplín K., Talledo S. Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cérvicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional De Loreto, Punchana [Internet]. Perú: Universidad Nacional de la

- Amazonia Peruana; 2014 [citado el 20 de setiembre de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3564>
18. Zapata C. Prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres en edad fértil en Laboratorio de Referencia Regional de salud-Piura. [Internet]. Perú: Repositorio Académico de la Universidad Nacional Federico Villareal; 2015 [citado el 18 setiembre de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/2248>
19. Paredes N. Factores Personales, Sexuales y Reproductivos asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales [Internet]. Perú: Repositorio de la Universidad Nacional de San Martín; 2019 [citado el 20 de setiembre de 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11458/3384>
20. Arango G. Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete [Internet]. Perú: Repositorio de la Universidad Ricardo Palma; 2016 [citado el 26 de setiembre de 2019]. Disponible en:
<http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/489>
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES. Junín, Perú: INEI [Internet] 2018. 8ª ed. [citado el 30 de setiembre de 2019]; Disponible en:
<https://proyectos.inei.gob.pe/endes/departamentales.asp>
22. Altamirano S., García S. Principales Factores de Riesgo para Cáncer Cérvico uterino y citología cervical uterina Alterada (PAP – IVAA), en mujeres atendidas en el Hospital II. Tarapoto [Internet]. Perú: Repositorio Universidad

- Nacional de San Martín; 2017 [citado el 30 de setiembre de 2019]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11458/2498>
23. Sánchez A. Perfil epidemiológico y frecuencia de ASCUS y Neoplasia intraepitelial cervical en usuarias del servicio de obstetricia. P.S. 5 de mayo, San Juan de Miraflores [Internet]. Perú: Repositorio Académico de la Universidad de San Martín de Porres; 2018 [citado el 30 de setiembre de 2019]. Disponible en:
<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/3536>
24. Solís J, Briones-Torres T. Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en una unidad de primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2018 Mar [citado el 30 de setiembre de 2019]; 56(2): 167-172. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-in/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81376>
25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo Nacional 2017, Perfil Sociodemográfico del Perú. Lima-Perú: INEI [Internet] 2018. [citado el 10 de octubre de 2019]; Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/libro.pdf
26. Capcha B. Características Sociodemográficas y Gineco-Obstétricas de Pacientes con Resultados de Papanicolaou atendidas en Hospital Regional de Huánuco Hermilio Valdizán Medrano [Internet]. Perú: Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista; 2017 [citado el 10 octubre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1578>
27. Gallegos D. Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de Lesiones Premalignas de Cáncer del Cuello Uterino en Hospital

- Regional del Cusco [Internet]. Perú: Repositorio Universidad Privada San Juan Bautista; 2018 [citado el 10 octubre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/UNSAAC/3977>
28. The American Cancer Society [Internet]. Georgia en EE.UU: ACS. c2013. The risk factors for cervical cancer; 16 noviembre 2016 [citado el 11 octubre de 2019]; [4 pantallas]. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
29. National Cancer Institute [Internet]. USA: NIH; 7 January of 2019 [citado el 15 de octubre de 2019]; [6 pantallas]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro/prevencion-cuello-uterino-pdq#_112_toc
30. Zheng J. Human papillomaviruses, Cancers in People with HIV and AIDS. New York: Springer Science; 2014. P.87-112.
31. Barrios L, Lecompte P, Leones A, López F. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo. Cartagena -Colombia: Arch Med (Manizales); 2016 [citado el 15 de octubre de 2019]. 16(1):109-7
Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452011.pdf>
32. Grandez C. Características del Papanicolaou en Mujeres atendidas en el Centro de Salud de San Antonio [Internet]. Iquitos- Perú: Repositorio Universidad Científica del Perú; 2017 [citado el 16 octubre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/117>
33. RHO Cervical Cáncer [Internet]. Seattle, EEUU: PATH; 2007. HPV and cervical cancer; 20 marzo 2015 [citado el 16 de octubre de 2019]; [5 pantallas]. Disponible en: http://www.rho.org/ccresources.htm#rep_to_world

34. Liu Z, Liu W, Liu Y, Ye X, Chen S. Multiple sexual partners as a potential independent risk factor for cervical cancer: a meta-analysis of epidemiological studies. *Asia Pac J Cancer Prev* [Internet]. 2015 [citado el 20 de octubre de 2019]; 16 (9): 1-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25987056>
35. Ruíz A., Bazán S., Mejía C. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano. *Rev. Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2017 [citado el 20 de octubre de 2019]; 82(1): 26-34. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262017000100005>
36. INH-Instituto Nacional del Cáncer [internet]. EEUU; 2019. Prevención del Cáncer de Cuello Uterino; 14 de marzo de 2019 [citado el 30 de octubre de 2019]; [4 pantallas]. Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/pro>
37. Su B et al. La relación del tabaquismo pasivo con el cáncer cervical: una revisión sistemática y un metanálisis. *Medicina (Baltimore)* [internet]. Nov 2018 [citado el 30 de octubre de 2019]; 97 (46): e13061. Disponible en:
[doi:10.1097/MD.00000000000013061](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000013061)
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no Transmisibles y Transmisibles 2017. Lima, Perú: INEI; 2018. 4ª ed. Disponible: Biblioteca Nacional del Perú N° 2018 - 2018-06931
39. Cancer.net [Internet]. EEUU: Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO); c2005. Cáncer cervical, factores de riesgo; julio 2017 [citado el 05 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer/risk-factors>

40. Lee JK, So KA, Piyathilake CJ, Kim MK. Obesidad leve, actividad física, ingesta calórica y riesgos de neoplasia intraepitelial cervical y cáncer cervical. PLoS One [internet]. 2013; 8(6) e66555. [Citado el 21 de agosto de 2019] Disponible en: doi: 10.1371/journal.pone.0066555.
41. Bohórquez Pérez R, Rincón Orozco B, Martínez Vega R. Sedentarismo y Sobrepeso/Obesidad asociados a la prevalencia de infección por Virus de Papiloma Humano de alto riesgo en mujeres de la zona norte de Bucaramanga. Rev Univ Ind Santander Salud. [Internet]. 2019 [citado el 05 de noviembre de 2019]: 51(1): 59-68. Disponible en: doi: 10.18273/revsal.v51n1-2019007
42. Laberiano C. Citología anormal en mujeres menores de 30 años de diversas zonas urbanas de Perú. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet]. 2018 [citado el 08 de noviembre de 2019]; 64(3):495-496. Disponible en: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2118>
43. Paucar L. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale [Internet]. Huancayo – Perú: Repositorio Institucional Universidad Alas Peruanas 2016 [citado el 08 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/4875>

VII. ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha de consulta (dd/mm/aa):

I.D:

Características sociodemográficas:

Edad: años

Estado civil:

Soltera [1]
Casada [2]
Conviviente [3]
Otros [4]
No precisa [9]

Grado de instrucción:

Sin instrucción [1] No precisa [6]
Primaria [2]
Secundaria [3]
Superior Técnico [4]
Super Universitario [5]

Tipo de seguro:

SIS [1]
EsSalud [2]
CTS- Priv [3]
Ninguno [4]
No precisa [9]

Características Ginecoobstétricas:

Menarquia:

años (no precisa 99)

Edad de 1ra relación sexual:

años (no precisa 99)

Edad de 1er embarazo:

años (no precisa 99)

Número de gestaciones:

(no precisa 99)

Número de partos:

(no precisa 99)

Menopausia: Sí [1] No [2]

Número de Par. Sex.

Estilos de Vida:

Usó de método anticonceptivo:

Sí [1] No precisa [9]
No [2]

Tipo de método anticonceptivo:

Tiempo de uso del método anticonceptivo:

meses (no precisa 99)

Fuma:

Sí [1]
No [2]
No precisa [9]

Tiempo que fuma:

años (no precisa 99)

Estilos de Vida (continuación):

Peso:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

kg. (no precisa 99)

Talla:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

cm. (no precisa 99)

IMC:

Delgadez [1].....

Normal [2].....

Sobrepeso: [3].....

Obesidad: [4].....

Ingiere alcohol:

Si [1]

No [2]

No precisa [9]

Frecuencia de ingesta de alcohol:

Diario [1]

Semanal [2]

Mensual [3]

Ocasional [4]

Especificar:

Actividad física:

Si [1]

No [2]

No precisa [9]

Deporte:

Si [1]

No [2]

No precisa [9]

Caminata:

Si [1]

No [2]

No precisa [9]

Otra actividad física:

Antecedentes patológicos:

Tratamiento de otros

cánceres: Si [1] No [2]

No precisa [9]

ITS: SI [1] NO [2]

No Precisa [3] Especificar:

Antec. Ca cérvix: R. Materna [1] Hermana [2]

Ninguno [3] No Precisa [9]

Antecedentes de PAP:

Último PAP (año):

N° PAP previos:

Resultado Anterior: Negativo [1] Positivo [2]

Resultados:

IVAA:

Negativo [1]

Positivo [2]

Resultado de PAP:

Negativo [1]

AS-CUS [2]

Adenocarcinoma [7]

LEI bajo grado [3]

ASC-H [4]

LEI alto grado [5]

Carcinoma de células
escamosas [6]

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| VARIABLES | DIMENSIÓN | INDICADOR | ESCALA | ÍTEMS | INSTRUMENTO |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|-----------|-------|-------------------------------|
| Características epidemiológicas | Características Sociodemográficas | Edad | Intervalo | 5 | Ficha de recolección de datos |
| | | Est. Civil | Nominal | 4 | |
| | | Grado Inst. | Ordinal | 4 | |
| | | Tipo de Seg. | Nominal | 4 | |
| | Características Gineco Obstétricas | Menarquia | Intervalo | 3 | |
| | | Edad de 1 ^{ra} . RS | Intervalo | 5 | |
| | | Edad 1er. EMB | Intervalo | 4 | |
| | | Num. Gest. | Razón | 5 | |
| | | Num. Partos | Razón | 5 | |
| | | Menopausia | Nominal | 2 | |
| | | Andría | Razón | 3 | |
| | Estilos de Vida | Uso Anticoncept | Nominal | 2 | |
| | | Tipo Anticonc | Nominal | 8 | |
| | | Tiempo de uso | Razón | 2 | |
| | | Fuma | Nominal | 2 | |
| | | Tiempo de fumar | Razón | 3 | |
| | | IMC | Nominal | 3 | |
| | | Consumo de alcohol | Nominal | 2 | |
| | | Frecuencia de Alcohol | Ordinal | 4 | |
| | | Actividad Física | Nominal | 2 | |
| | Antecedentes Patológicos | Tratam. Oncológicos | Nominal | 2 | |
| | | ITS | Nominal | 2 | |
| | | Antec. Cáncer en Familia | Nominal | 2 | |
| Antec. PAP anterior | Número de PAP | Razón | 3 | | |
| | Result. De PAP anterior | Nominal | 3 | | |
| Resultados del tamizaje para cáncer cervical | Inspección visual con ácido acético - IVAA | Resultado | Nominal | 2 | |
| | Papanicolaou | Resultado según Bethesda | Nominal | 7 | |

ANEXO 3: PERMISO DE LA INSTITUCION PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



RED SALUD CHANCHAMAYO

MICRO RED SAN RAMON

"Año de lucha contra la Corrupción y la Impunidad".

San Ramón, 17 de Junio de 2019

CARTA N° 012 .J.MR.SR.2019.

SEÑORITA :
OBST. YENY ROCIO REZA VILLAVICENCIO
Presente.

Asunto : AUTORIZACION PARA RECOLECCION DE DATOS

Mediante la presente me dirijo a usted, para saludarla cordialmente, asimismo informarle que se Autoriza el uso de Historia Clínicas para la Recolección y uso de datos para la elaboración de Trabajo de Investigación titulado PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y RESULTADOS DE LA PRUEBA DE TAMIZAJE POSITIVO PARA CANCER CERVICAL DE LA MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD SAN RAMON EN EL PERIODO 2015 AL 2018.

Sírvase presentar el documento al Responsable del Área de Archivos para la Entrega del Listado de Historias Clínicas solicitadas.

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL JUNÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
RED DE SALUD CHANCHAMAYO
MICRO RED SAN RAMÓN

Rubén Huancas Espino
C.P. 14032
JEFE

RHE/J.
LRH/SEC.
CCI/ARCHIVO.

ANEXO 4: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN



SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR RECOLECCIÓN Y USO DE DATOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

MEDICO JEFE DE LA MICRO RED SAN RAMON

M.J

Yo, Yeny Rocío Reza Villavicencio, identificada con DNI N° 20105326, estudiante de la escuela de post grado de la Universidad San Martín de Porres, ante usted me presento y expongo:

Que, como parte del proceso de titulación de la segunda especialidad, se está realizando el estudio de investigación titulado "Perfil Epidemiológico y resultados de las pruebas de tamizaje positivo para cáncer cervical en mujeres que acuden al consultorio de prevención del cáncer, Centro de Salud San Ramón- JUNIN-PERÚ, 2015- 2018.", con el objetivo de: Determinar la relación entre el perfil epidemiológico y resultados de las pruebas de tamizaje para cáncer cervical, por ésta razón solicito a su despacho se me autorice el acceso a las historias clínicas para la recolección de datos correspondientes a usuarias que fueron atendidas de enero a diciembre del 2018.

Desde ya me comprometo a respetar y al cumplimiento de las normas éticas y de confidencialidad de los datos utilizados en la investigación. Éste estudio fortalecerá las estrategias de prevención y control de cáncer de cuello uterino de nuestro distrito.

Para tal efecto se adjunta:

- Constancia de egresada.
- Plan de trabajo académico.

San Ramón, 13 de junio del 2019


YENY ROCÍO REZA VILLAVICENCIO
DNI 20105326

ANEXO 5: HISTORIA CLÍNICA ONCOLÓGICA DE LA MUJER – RED DE SALUD CHANCHAMAYO.

| I. DATOS PERSONALES | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| FECHA: _____ | H.C.L.: _____ |
| DNI: _____ | TIPO DE SEGURO: 1. SIS () Nº AFILIACIÓN () 2. ESSALUD () 3. CTS () 4. NINGUNO () |
| APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____ NOMBRES: _____ | |
| FECHA DE NACIMIENTO: _____ | EDAD: _____ ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () CONVIVIENTE () OTROS () |
| GRADO DE INSTRUCCIÓN: SIN INSTRUCCIÓN () PRIM. () SEC. () SUP. () UNIV. () TEC. () | OCCUPACIÓN: _____ DIRECCIÓN: _____ REFERENCIA: _____ PROCEDENCIA: _____ |
| II. ANTECEDENTES PERSONALES | |
| MENARQUIA: _____ AÑOS 1º R.S. _____ ANGRÍA _____ EDAD DE 1º EMB: _____ FUR: _____ FUP: _____ MENOPAUSIA: _____ AÑOS G: _____ P: _____ DIO DE LACTAR: SI () NO () TIEMPO: _____ | USO DE MAC: SI () NO () ¿CUÁL? _____ TIEMPO: _____ ESTÁ EMBARAZADA: SI () NO () EG: _____ OTROS: _____ |
| ANTECEDENTES HÁBITOS NOCIVOS: DROGAS: SI () NO () ESPECIFIQUE: _____ FUMA: SI () NO () TIEMPO: _____ ANTECEDENTE: SI () NO () EDAD DE INICIO: _____ Nº CIGARRILLOS POR DÍA: _____ INGIERE ALCOHOL: SI () NO () ANTECEDENTE: SI () NO () TIPO DE BEBIDA: _____ FREQ: _____ | ACTIVIDAD FÍSICA: DEPORTE: _____ CAMINATA: _____ OTRO: _____ NUNCA () POCA () Semanal/ Mensual MODERADA () Interdiario MUY ACTIVA () Diario |
| ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER: RAMA MATERNA: _____ RAMA PATERNA: _____ HERMANOS: _____ HIJOS: _____ | ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: TBC: SI () NO () HVB (B) (C) SI () NO () EPISODIO DE GASTRITIS: SI () NO () ITS: SI () NO () OTROS: _____ |
| III. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO | |
| CONSEJERÍA INTEGRAL | |
| FECHA: / / EDAD: _____ PESO: _____ TALLA: _____ IMC: _____ | ANAMNESIS: IMP DIX: 1. Consejería Integral en la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino () 2. DVA al IMC: OTIG () ADE () SOBREP () OBESIDAD: X () B () B () 3. _____ Rp: _____ CITA: _____ RESPONSABLE: FIRMA Y SELLO |
| EVALUACIÓN DEL CUELLO UTERINO: (IVAA/ PAPANICOLAOU) FECHA: _____ | |
| REPORTO DE IVAA | MANEJO: |
|  <div style="display: inline-block; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> RESULTADO: Positivo <input type="radio"/> Negativo <input type="radio"/> Sospecha de Cáncer <input type="radio"/> </div> | NVA: _____ NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> SCHILLER (+) SCHILLER (-) |
| PAP LAMINA Nº _____ HALLAZGOS AL EXAMEN GINECOLÓGICO VULVA: _____ VAGINA: _____ CÉRVIX (CENTRAL/POSTERIOR/ANTERIOR/EMPOTRADO) OTRO: _____ LIEC EVALUABLE SI () NO () ESPECIFICAR _____ ITS: _____ KOH: + () - () | MANEJO: • Retornar en _____ años para control • Orientada acerca del tratamiento • Tratamiento proporcionado: Electro cirugía (con consentimiento informado) • Crioterapia • Retornará para control • Referida a unidad de diagnóstico y tratamiento ESPECIFIQUE: _____ |
| POLIPO () CERVICITIS () ECTROPION () EPI () CONDILOMATOSIS () OTROS () _____ | PROCEDIMIENTO REALIZADO: TOMA DE PAP <input type="checkbox"/> COLPOSCOPÍA <input type="checkbox"/> IVAA: <input type="checkbox"/> CRIOTERAPIA <input type="checkbox"/> SCHILLER: <input type="checkbox"/> BIOPSIA <input type="checkbox"/> Rp: _____ CITA: _____ RESPONSABLE: FIRMA Y SELLO |