



FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA
SECCIÓN DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUARIAS QUE PRESENTAN
RESULTADOS CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINO
ALTERADOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARMA
DURANTE EL AÑO 2015**

**PRESENTADA POR
SONIA ZULEMA PEREZ SEGURA**

**ASESOR
JULIO PONCE PEÑARRIETA**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CON MENCIÓN EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO**

LIMA – PERÚ

2017



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/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRÉS

FACULTAD DE
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSGRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUARIAS QUE PRESENTAN
RESULTADOS CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINO
ALTERADOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARMA
DURANTE EL AÑO 2015**

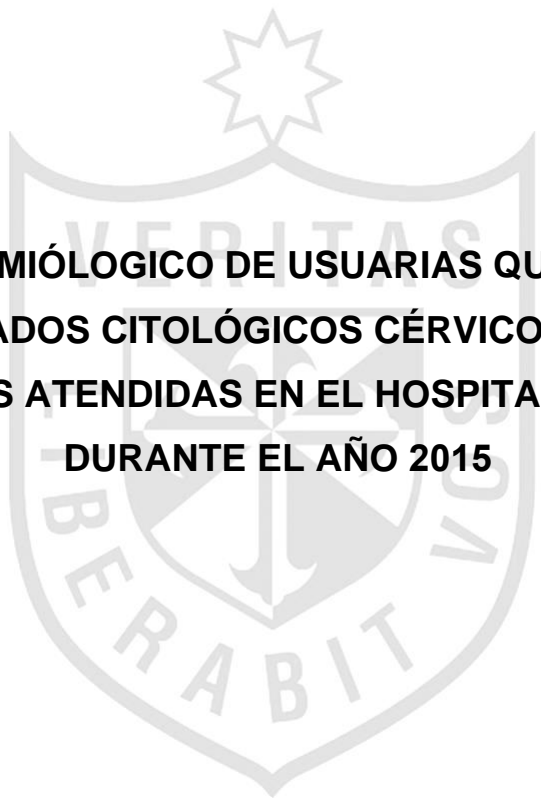
**PRESENTADA POR
PEREZ SEGURA SONIA ZULEMA**

TRABAJO ACADÉMICO

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA
CON MENCIÓN EN PREVENCIÓN DEL CÁNCER GINECOLÓGICO**

LIMA – PERÚ

2017



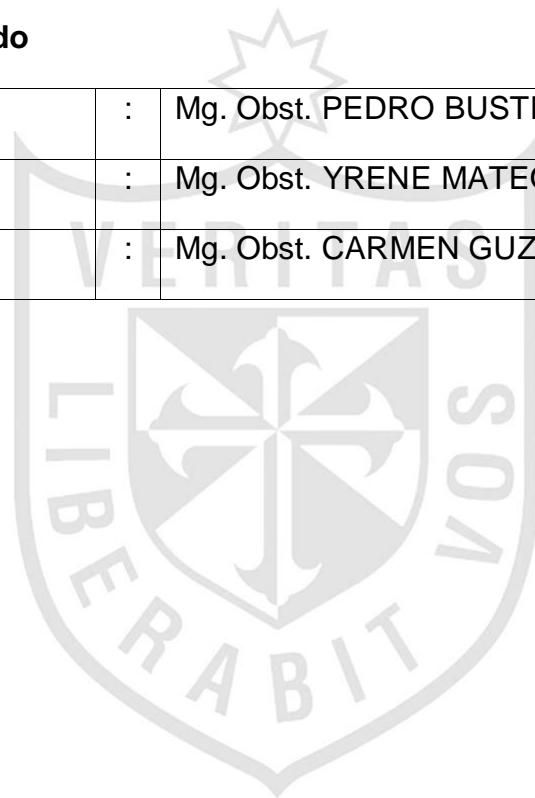
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUARIAS QUE PRESENTAN
RESULTADOS CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINO
ALTERADOS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL II-2 TARMA
DURANTE EL AÑO 2015**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

Asesor (a): Mg. JULIO PONCE PEÑARRIETA

Miembros del jurado

Presidente	:	Mg. Obst. PEDRO BUSTILLOS RIVERA
Vocal	:	Mg. Obst. YRENE MATEO QUISPE
Secretaria	:	Mg. Obst. CARMEN GUZMAN ASCURRA



DEDICATORIA

A mi madre por haberme dado la vida, por sus sabias enseñanzas y por su ejemplo, que permitieron formarme con valores y principios.

A mis hermanas por su invaluable apoyo y aliento en esta aventura académica.

A mi padre, quien pese a su ausencia física, ha sido el motivo de mi fortaleza y perseverancia.



AGRADECIMIENTOS

A mis docentes de la Universidad San Martín de Porres, por compartir sus conocimientos, experiencias y lecciones de vida, las cuales me permitieron articularlas, e enriquecer mi desarrollo profesional en beneficio de quienes más lo necesitan.



ÍNDICE DE CONTENIDO

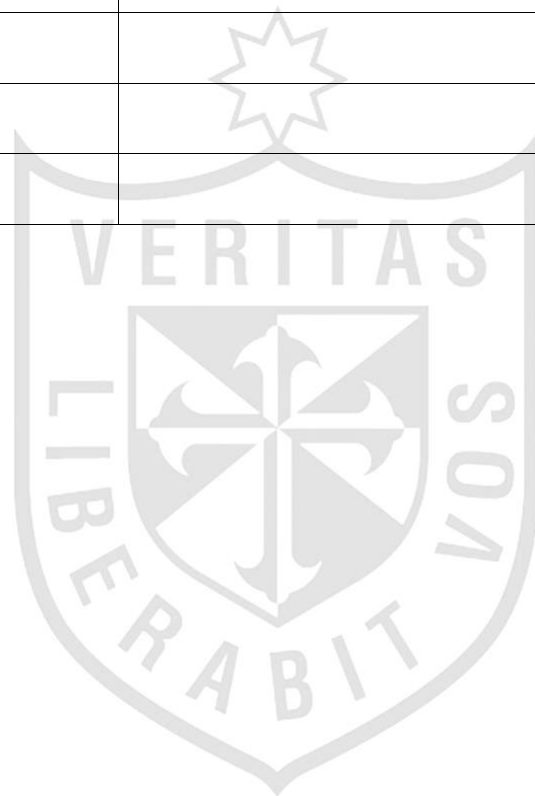
TITULO	ii
ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
ÍNDICE DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
MATERIAL Y MÉTODO	11
2.1. DISEÑO METODOLÓGICO	11
2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	11
2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN	11
2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	12
2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	14
2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	14
2.7. ASPECTOS ÉTICOS	15
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN	22
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	30
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Nº de la tabla	Nombre de la tabla	Nº de pagina
Tabla 1.	Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada	18
Tabla 2.	Porcentaje de usuarias (según edad)	19
Tabla 3.	Porcentaje de usuarias (según nivel de instrucción)	20
Tabla 4.	Porcentaje de usuarias (según estado civil)	21
Tabla 5.	Porcentaje de usuarias (según paridad)	22
Tabla 6.	Porcentaje de usuarias (según edad de inicio de relaciones sexuales)	22
Tabla 7.	Porcentaje de usuarias (según número de parejas sexuales)	23

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Nº de la ilustración	Nombre de la ilustración	Nº de pagina
Figura 1.	Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada	19



RESUMEN

Objetivo: Determinar el perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico-uterino alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma - Junín durante el año 2015. **Metodología:** Estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte trasversal. La muestra estuvo conformado por 77 usuarias con resultados citológicos cérvico-uterino alterados durante el 2015. En el análisis estadístico se utilizó porcentajes (%). **Resultados:** El resultado citológico cervical alterado más frecuente en las usuarias fue LIE de bajo grado con el 40.3% seguida de LIE de alto grado con 33.8%, las cuales se encontraron con mayor porcentaje en el grupo etario de 30 a 59 años de edad (35.1% y 23.4%); en mujeres con nivel educativo secundaria (22,1% y 22,1%); estado civil conviviente (27,3% y 19,5%); multíparas (24,7% y 20,8%); con edad de inicio de relaciones sexuales entre 12 y 19 (26,0% y 26,0%); que tenían una (18,2%) y dos parejas sexuales (18,2%).

Conclusión: El perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico-uterino alterados fue: edad de 30 a 59 años, nivel de instrucción secundaria, estado civil conviviente, multíparas, edad de inicio de relaciones sexuales entre 12 y 19 años, con una o dos pareja sexuales.

Palabras clave: Perfil epidemiológico, usuarias, resultados citológicos cérvico uterino alterado.

ABSTRACT

Objective: To determine the epidemiological profile of patients with altered cervical cytology result treated at Hospital II-2 Tarma-Junín during the year 2015.

Methodology: Observational, descriptive, retrospective and cross - sectional study. The sample consisted of 77 users with altered cervical cytology result during the year 2015. In the statistical analysis, percentages (%) were used.

Results: The most frequent altered cervical cytology result in the users was the LSIL with 40.3% following by HSIL with 33.8%, which were found more percentage in the age group from 30 to 59 years of age (35.1% and 23.4%); in women with secondary education level (22,1% and 22,1%); cohabiting civil status (27,3% and 19,5%); multiparous (24,7% and 20,8%); with age of onset of sexual relations between 12 and 19 years (26,0% and 26,0%); who had one (18,2%) and two (18,2%) sexual partners; and finally who used contraceptives during 1-5 years (28,6% and 19,0%). **Conclusion:** The epidemiological profile of users with cervical cytologic alterations was: age from 30 to 59 years old, secondary education level, cohabiting civil status, multiparous women, age of onset of sexual intercourse between 12 and 19 years old, with one or two sexual partners.

Keywords: Epidemiological profile, users, altered cervical cytology result.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cérvicouterino es un problema mundial de salud por haberse posicionado como el cuarto cáncer más frecuente en la mujer.¹ Según el Ministerio de Salud, de un total de 109 914 casos notificados en el 2006 a 2011, el cáncer más frecuente fue de cérvix (14,9%), Junín es el cuarto departamento que concentra mayor número de casos,² lo que es preocupante para los servidores sanitarios ya que tienen que luchar para reducir dichas cifras. De las 270 000 defunciones por cáncer de cuello uterino que se registran cada año, más del 85% se producen en los países en desarrollo;¹ similar situación ocurre en mujeres de África y medio oriente.³

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud en el año 2013, los países con mayor tasa de mortalidad por cáncer de cérvix a nivel Latinoamérica fueron El Salvador, Nicaragua y Paraguay.⁴ Para Torres A, et al.⁵ los factores de riesgo de este cáncer son inicio temprano de la actividad sexual, multiparidad y nunca haberse realizado un estudio de citología cervical.

La infección por VPH es una causa establecida de cáncer cervical, Durán O.⁶ refiere que el 75% de mujeres se infectarán de este virus, 4% de ellas presentarán cambios citológicos leves y 1% presentarán lesión clínica. En Colombia en el año 2008 se diagnosticaron 4,736 nuevos casos de cáncer cervical y se registraron 2,154 muertes.⁷ Por su parte, Faccini E, et al.⁸ en Brasil, halló que la edad superior a 24 años fue un factor protector contra la infección y las mujeres que mantuvieron la misma pareja sexual durante más de un año estuvieron menos expuestas a la infección por Virus de Papiloma

Humano. Castro E.⁹ resaltó que la mortalidad es persistentemente alta por cáncer de cérvix en Nicaragua, El Salvador y Perú; asimismo, señaló que la incidencia de cáncer cervical en Perú es de 40,4 por 100 mil mujeres y una tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres.⁹

En referencia a las investigaciones sobre el tema en estudio, Cordero J., y García M.,¹⁰ en su investigación realizada en Cuba, encontraron que las mujeres que presentaron resultados alterados se caracterizaron por tener edades entre 30 y 49 años (67,2%), inicio de relaciones sexuales antes de los 19 años (80,4%) y de 4 a 6 parejas sexuales (56,8%). En una investigación realizada por Campos R.¹¹ en el año 2015 encontraron que la paridad, el antecedente de aborto y el inicio de relaciones sexuales son factores de riesgo para prueba de Papanicolaou Positivo y con Lesión Intraepitelial de Alto Grado.

En el Hospital II-2 Tarma – Junín se observa que la población femenina usuaria que acude para realizarse el estudio citológico de Papanicolaou se caracterizan principalmente por pertenecer al grupo etario mayor a 30 años, haber iniciado precozmente las relaciones sexuales, haber tenido más de dos parejas sexuales, en promedio tienen entre dos a tres hijos, tienen el antecedente de al menos un aborto. Estas características epidemiológicas evidencian algunas conductas de riesgo que presentan las usuarias que podría estar en relación a los resultados citológicos cervico uterino alterados. En nuestro país se encuentra una incidencia mucho más elevada que en los países desarrollados (40,4 por 100 mil mujeres).^{9, 12} Según datos de la Dirección General de Epidemiología, la tasa ajustada de cáncer de cuello

uterino entre el año 2000 y el año 2011 ha fluctuado entre 7,7 y 5,6 defunciones por cada 100 000 mujeres, estas cifras no se han reducido, a pesar de la implementación de pruebas de tamizaje como Papanicolaou en toda la red de salud. Una de las razones es que actualmente existen muchas mujeres que nunca han sido tamizadas o no se realizan la citología en intervalos regulares de manera que no es posible alcanzar el impacto deseado.¹³

En el Perú, la neoplasia más frecuentemente diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país es el cáncer de cuello uterino (24,9%); asimismo, se diagnostica, en su mayoría, en estados avanzados de la enfermedad, lo que está relacionado con el nivel de pobreza.¹⁴ Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014 el tabaquismo se asocia al cáncer de cuello uterino.¹⁵ En el 70% de los cáncer de cérvix son ocasionados por el Virus de Papiloma Humano subtipos 16 y 18, la prevalencia de infección por VPH en el Perú es de 7.5% en mujeres con citología normal.²

En la región Junín, la Red de vigilancia de cáncer realiza la retroalimentación con el número de casos que son atendidos en otros hospitales. De los casos atendidos en el 2012, el 62.3% son mujeres, siendo el cáncer del cuello del útero el de mayor porcentaje (26.5%).¹⁶ En la DIRESA Junín entre el periodo 2006 al 2011 se han notificado 868 casos de cáncer de cérvix, lo cual representó el cáncer más frecuente que afecta a la población de Junín, con 21.2%.² Es por ello imperante su estudio; sin embargo, no se han encontrado estudios publicados al respecto en dicha Región, por tal la presente trabajo

de investigación encuentra su justificación en las escasas de investigaciones publicadas sobre la problemática en el contexto geográfico de Junín.

A través de esta investigación se enriquecerá el quehacer científico de los profesionales Obstetras y sobre la base de estos resultados se tomarán medidas preventivas que busquen una reducción significativa de las cifras encontradas. Es por ello que el objetivo general de la presente investigación es determinar el perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico-uterino alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma - Junín durante el año 2015. Entre sus objetivos específicos se planteó identificar el porcentaje de usuarias con citología cervicouterino alterada según la edad, nivel de instrucción, estado civil, paridad, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales.

Para el estudio de la realidad antes descrita es importante desarrollar todo el cúmulo de conocimientos actualmente disponibles y vigentes sobre el tema (bases teóricas), así como los conocimientos que vienen generándose constantemente (antecedentes investigativos). En relación al primero de estos aspectos, la literatura médica tiene establecido que el cáncer cervicouterino es un problema mundial de salud pública y una enfermedad de transmisión sexual relacionada con la infección por virus del papiloma humano; asimismo, la infección por VPH es transitoria mayoritariamente y sólo persiste en quienes tienen genotipos de VPH oncogénicos, los cuales son de mayor riesgo de lesiones escamosas intra epiteliales cervicales y cáncer cervicouterino.¹⁷

La teoría menciona que el cáncer cérvico uterino (CaCu), comprende todo el espectro de lesiones escamosas, glandulares y su contraparte intraepitelial que se originan principalmente en la zona de transformación del epitelio de cuello uterino.¹⁸ Por su parte el cáncer in situ se trata de una lesión en la cual la totalidad del grosor del epitelio está reemplazada por células que muestran diversos grados de atipia;¹⁹ mientras que el cáncer invasor se llama así a la lesión de células neoplásicas que han roto la membrana basal e invadido el estroma en más de 5 mm o tienen más de 7 mm de extensión o tienen permeación vascular.¹⁹ Estas patologías se manifiestan inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden desarrollar en etapas intra epiteliales pre invasoras, evolucionando hasta cáncer invasor. Las lesiones se desarrollan en diferentes etapas: displasia leve, moderada, severa, cáncer in situ y de acuerdo a diversas investigaciones, aproximadamente 10 años después avanza hasta convertirse en cáncer invasor.²⁰ Domínguez, E., et al.²⁰, define a los factores de riesgo, como las características o exposición de una persona, asociados a la probabilidad de aparición de un proceso patológico; menciona además que la etiología del CaCu se relaciona con múltiples causas, siendo para Torres, A., et al.⁵ las más resaltantes en 1,217 mexicanas el grado de instrucción primaria, multiparidad, inicio de vida sexual antes de 18 años y falta de citología cervical.

Autores peruanos como Campos, R.¹¹ encuentran que los factores relacionados a la prueba de Papanicolaou positiva y con LIEAG fueron la paridad, el antecedente de aborto y el inicio de relaciones sexuales. Asimismo,

Ybaseta, J.²¹, en Ica observó que las características epidemiológicas más frecuentes de las pacientes con cáncer de cuello uterino fueron: edad mayor de 35 años, convivientes, multíparas, e instrucción secundaria. Por su parte, Silva., et al.,²² en Loreto encontraron que la edad de inicio de relación sexual edad del primer parto Temprana o precoz, la multiparidad, se asociaron al diagnóstico de cáncer cervicouterino. Mientras que para Lazo E. y Aguilar F.¹² estos factores reproductivos como la cantidad de parejas sexuales, el inicio de precoz de la actividad sexual, entre otros también son los que predisponen a presentar resultados citológicos anormales.

Respecto a los factores de tipo epidemiológicos de riesgo para el cáncer de cérvix se incluyen diversas variables como la presencia de conductas sexuales de riesgo, el uso de estrógenos exógenos, la obesidad/sobrepeso, la infección por VPH, la paridad, entre otros.^{1, 23} Otros autores mencionan que el hábito del cigarrillo también se ha asociado a la infección con VPH, incluso si la persona fue fumadora en el pasado; así como no someterse a pruebas que busquen la detección de la infección por VPH como son la citología vaginal y las pruebas que detectan el genoma del virus.^{24, 25} Por su parte Cordero J. y García M.¹⁰ hallaron que la promiscuidad es uno de los principales factores de riesgo para citología alterada; hallazgo que es corroborado por Faccini E., et al.⁸ pues concluyeron que el comportamiento sexual influye sobre la frecuencia con que se encuentra el VPH; asimismo, los hallazgos de Salas I., et al.²⁶ también solidifican el papel de las conductas de riesgo como iniciación sexual precoz sobre el riesgo de cáncer de cérvix. Investigadores peruanos como Cosser M.²⁷ también hallaron que las conductas sexuales se

hallan íntimamente relacionadas en el hallazgo de citologías anormales. Estos hallazgos llevaron a investigadores como Ybasetta J., et al.²¹ a recomendar que existe la necesidad de desarrollar una amplia cobertura de diagnóstico de enfermedades preneoplásicas y neoplásicas periódicas en la población a fin de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

En usuarias –entendida como aquella mujer que acude a un establecimiento de salud para recibir una atención de salud–²⁸ con características como las que se acaban de mencionar es importante incidir en la realización de la citología cervical pues es uno de los métodos más eficientes para el tamizaje de cáncer cervical y es el método más utilizado a nivel mundial. Asimismo, se trata de un método que puede ser aplicado fácilmente en grandes masas de población y no produce mayores molestias a las pacientes, por lo que la aceptación para una repetición del examen es de casi el 100%; asimismo, según Torres M.²⁹ permite detectar hasta un 3.1% de neoplasia intraepitelial cervical grado I y 1,02% NIC 1 más infección por el VPH en mujeres en edad fértil. El grado de detección del método depende fundamentalmente de la capacidad técnica del personal de salud encargado de la toma del material citológico y de la capacidad diagnóstica del citopatólogo que examina el extendido en el laboratorio.⁶

Respecto a la catalogación diagnóstica de la citología cervical o prueba de Papanicolaou, se ha recomendado el uso del Sistema Bethesda en su versión de 2001 de manera universal para los reportes de citologías ginecológicas. De igual forma se recomendó utilizar dicha nomenclatura exclusivamente para

reportes citológicos.³⁰ Este sistema clasifica por separado las anomalías de las células escamosas y de las células glandulares.³¹

Las anomalías de las células escamosas se dividen en las siguientes categorías, las cuales varían de las más leves a más graves.³¹ Por su parte, la presencia de células escamosas atípicas son el resultado anormal más común de las pruebas de Papanicolaou, estas son clasificadas según el sistema Bethesda en dos grupos: las células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) y las células escamosas atípicas que no pueden excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H). Respecto al ASC-US, los cambios citológicos observados pueden estar relacionados con una infección por VPH, pero pueden ser causados también por otros factores; asimismo, es diagnosticado en el 2% a 5% de citologías y representa la alteración citológica más común.³² Respecto al ASC-H, es posible que exista un riesgo mayor de lesiones precancerosas en comparación con las lesiones ASC-US;³¹ no obstante, es poco frecuente pues solo representa menos del 10% de todas las citologías.

Otra de las categorías diagnósticas posibles de obtener de una citología según la clasificación Bethesda son las lesiones intra epiteliales escamosas de bajo grado (LSIL), que se refiere a la proliferación de células escamosas o metaplásicas con características nucleares anormales; asimismo, bajo este término se incluyen las lesiones de CIN1 (neoplasia intraepitelial cervical de grado 1) de la clasificación de Richart / OMS del 2004. Representa del 2 a 3% de todas las citologías³² y comprende cambios celulares debidos al VPH y la

displasia leve o NIC I. Es importante mencionar que ambas son la misma lesión con distinta morfología, las anormalidades asociadas con VPH pueden ser de dos tipos, transitoria y regresiva y la persistente causará displasia y cáncer.³³

Respecto a las lesiones intra epiteliales escamosas de alto grado, (*high-grade squamous intraepithelial lesions*, HSIL), estas consisten en la proliferación de células escamosas o metaplásicas con características nucleares anormales con poca o nula diferenciación citoplasmática en los tercios medio y superficial del epitelio. Bajo este término se incluyen las lesiones de CIN2 y CIN3 de la clasificación de Richart / OMS del 2004. Epidemiológicamente, representa entre el 0,5 y 1% de todas las citologías de cribado.³²

Respecto a la citología de atipia de células glandulares (ACG), esta se trata de una atipia de células endocervicales que sobrepasa los cambios reactivos o reparativos, pero que aún no tiene los criterios de una AIS (Adenocarcinoma In Situ) o un Adenocarcinoma Invasor.¹⁷ El resultado de ACG es muy infrecuente y además presenta una baja reproducibilidad. El sistema Bethesda estandariza la nomenclatura para diferenciar el origen de las atipias en células glandulares. El riesgo de neoplasia es mayor cuando informa de ACG-possible neoplasia (ACG-H).³³

Para ello se ha desarrollado la presente investigación que consta de los apartados o capítulos que a continuación se enumeran. En el capítulo I, comprende la sección de hipótesis o supuestos empíricos que habría que comprobarse mediante la investigación; no obstante, dado el carácter

descriptivo del estudio no fue necesario su planteamiento. En el capítulo II, se desarrolla la metodología de la investigación, es decir se menciona el diseño de estudio empleado, la población, muestra seleccionada, técnicas e instrumento y finalmente, el procesamiento estadístico de la información. En el capítulo III, se presentan los resultados del trabajo de investigación mediante tablas y figuras. En el capítulo IV, se incluye la discusión de resultados, es decir el contraste de lo hallado con lo reportado por investigadores que desarrollaron investigaciones afines al tema desarrollado. Por último, se incluye un apartado para las conclusiones, recomendaciones que se desprenden del trabajo de investigación, las fuentes de información empleadas y los anexos.

1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El estudio no amerita planteamiento de hipótesis por su diseño descriptivo.

1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la presente investigación es determinar el perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico-uterino alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma - Junín durante el año 2015. Entre sus objetivos específicos se planteó identificar el porcentaje de usuarias con citología cervicouterino alterada según la edad, nivel de instrucción, estado civil, paridad, edad de inicio de relaciones sexuales y número de parejas sexuales.

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. DISEÑO METODOLÓGICO

La investigación fue de tipo cuantitativo, no experimental de diseño descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: Lo conformaron las 998 usuarias quienes tuvieron resultado de Papanicolaou en el Hospital II-2 Tarma – Junín durante el año 2015, de ellos se encontró 77 casos de resultados durante el periodo de estudio.

Tamaño de la muestra

La muestra está representada por el 100% de mujeres con resultado de Papanicolaou alterado durante el año 2015, los cuales son 77.

2.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Usuaría con reporte de resultado citológico cérvico uterino.
- Usuaría con al menos un examen citológico cérvico uterino realizado en el Hospital II-2 Tarma – Junín.

Criterios de exclusión

- Usuaría embarazada.
- Usuaría histerectomizada.
- Usuaría con historia clínica incompleta, ilegible y con enmendaduras.

2.4. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

- Edad:
 - Es la edad al momento del estudio, para ello se consideró los grupos de edad de edad utilizados en los reportes del Ministerio de Salud y publicados en su página web oficial: adolescente (12-17 años), jóvenes (18-29 años), adultos (30-59 años) y adultos mayores (60 años y más).³⁴
- Nivel de instrucción:
 - Son los años de educación lectiva, en la presente investigación se categorizó de la siguiente manera: primaria, secundaria, superior técnico, superior universitario.³⁵
- Estado civil:
 - En la presente investigación se categorizó de la siguiente manera: soltera, conviviente, casada, divorciada, viuda.
- Paridad:
 - Es el número de partos de las usuarias, se categorizó de la siguiente manera: primípara (1 parto), múltipara (2-4 partos), gran múltipara (de cinco partos a más).³⁶
- Edad de inicio de relaciones sexuales:
 - La edad de inicio de la primera relación coital de la usuaria se caracterizó de la siguiente forma: 12 a 19 años, 20 a 40 años, más 41 años.
- Número de parejas sexuales:
 - Número de compañeros sexuales que la usuaria ha tenido en su vida, ello se categorizó de la siguiente manera: 1, 2, 3 a más.

- Resultados citológicos alterados
 - o Resultados citológicos cérvico-uterino anormales de las usuarias que se realizaron Papanicolaou. Los cuales pueden ser: ASCUS, ASC-H, LIE bajo grado, LIE de alto grado y Carcinoma.



2.5. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnica de recolección de datos: La información se recolectó a través de una fuente secundaria como la historia clínicas, por lo que la técnica de recolección de datos fue documental y el instrumento de recolección fue la “Ficha de recolección de datos” la cual ha sido elaborada para responder los objetivos del estudio y validada antes del levantamiento de datos.

Se solicitó la autorización correspondiente al Director del Hospital II-2 Tarma para la ejecución del estudio, posteriormente se coordinó con el Jefe de la Unidad de archivo de la institución para el acceso a las historias clínicas de las usuarias atendidas durante el periodo de estudio. Después de ello, se procedió a la selección de usuarias. Los datos fueron recolectados en el mes de diciembre del 2016, de lunes a viernes, de 2 a 6 de la tarde.

2.6. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos recolectados en la fase de ejecución de la investigación fueron ingresados y tabulados en una base de datos del paquete estadístico SPSS v. 23, el mismo que permitió el análisis estadístico.

Análisis univariado: en el análisis de las variables cualitativas se presentaron en porcentajes.

Las figuras y tablas fueron diseñadas en el programa estadístico Microsoft Excel 2010, la herramienta gráfica que se utilizó fue diagrama de barras.

2.7. ASPECTOS ÉTICOS

El diseño descriptivo y retrospectivo del estudio permite que no se realice manipulación de las variables o de las usuarias en el estudio ya que la toma de los datos se realizó de la revisión de historias clínicas u otras fuentes de tipo documental. Toda información recolectada fue usada estrictamente para fines del estudio y se consignó de forma verídica los datos recogidos, es importante mencionar la confidencialidad de la identidad de las usuarias a través del uso un código o ID para cada caso estudiado. Si en el futuro el estudio llegara a ser publicado en un medio científico de circulación regular no se revelará su identificación.



RESULTADOS

Se presenta los resultados de 77 usuarias, con resultados citológicos cérvico-uterinos alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma – Junín.

Tabla 1. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada atendidas en el Hospital II-2 Tarma – Junín

Resultados citológicos alterados	N	%
ASCUS	9	11.7%
ASC-H	2	2.5%
LIE bajo grado	31	40.3%
LIE alto grado	26	33.8%
Carcinoma	9	11.7%
Total	77	100.0%

De acuerdo a la tabla 1, de las 77 usuarias con citología cérvico uterino alterada atendidas en el Hospital II-2 Tarma – Junín, el 40.3% tuvieron LIE de bajo grado, seguido del 33.8% de usuarias que tuvieron LIE de alto grado, el 11.7% tuvieron carcinoma y ASCUS respectivamente y solo hubo 2 casos de ASC-H, tal como se muestra en la figura 1.

Figura 1. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada atendidas en el Hospital II-2 Tarma – Junín

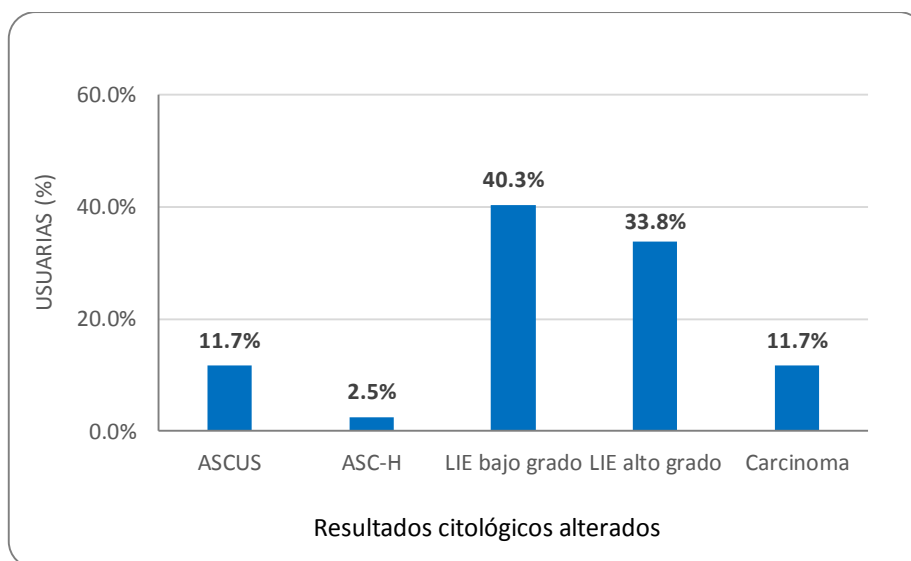


Tabla 2. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según edad

Edad	ASCUS		ASC-H		LIE bajo grado		LIE alto grado		Carcinoma		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18 - 29 años	3	3.9%	0	0.0%	4	5.2%	8	10.4%	0	0.0%	15	19.5%
30 - 59 años	5	6.5%	2	2.6%	27	35.1%	18	23.4%	7	9.1%	59	76.6%
60 a más	1	1.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	2.6%	3	3.9%
Total	9	11.7%	2	2.6%	31	40.3%	26	33.8%	9	11.7%	77	100.0%

De acuerdo con la tabla 2, del total de usuarias (77), aquellas que se encontraban en el rango de 30 a 59 años presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo (35.1%) y alto grado (23.4%).

Asimismo, cabe señalar que en el rango de edad de 18 - 29 años la alteración cérvico uterina más frecuente fue LIE alto grado con 10.4%, seguida de LIE bajo grado con 5.2% y ASCUS con 3.9%. Mientras que en las usuarias mayores de 60 años el 2.6% presentó carcinoma y el 1.3% presentó ASCUS.

Tabla 3. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según nivel de instrucción

Nivel de Instrucción	ASCUS		ASC-H		LIE bajo grado		LIE alto grado		Carcinoma		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sin estudios	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.3%	1	1.3%
Primaria	5	6.5%	-	-	6	7.8%	6	7.8%	4	5.2%	21	27.3%
Secundaria	3	3.9%	1	1.3%	17	22.1%	17	22.1%	3	3.9%	41	53.2%
Superior técnico	-	-	1	1.3%	4	5.2%	-	-	1	1.3%	6	7.8%
Superior universitario	1	1.3%	-	-	4	5.2%	3	3.9%	-	-	8	10.4%
Total	9	11.7%	2	2.6%	31	40.3%	26	33.8%	9	11.7%	77	100.0%

De acuerdo a la tabla 3, del total de usuarias (77), aquellas con nivel de instrucción secundaria tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo (22,1%) y alto grado (22,1%).

Además se observa que las usuarias con nivel de instrucción primaria presentaron en mayor proporción LIE de bajo y alto grado (7,8% respectivamente), seguido de ASCUS (6,5%) y carcinoma (5,2%). En las usuarias con nivel de instrucción superior técnico se observó que el 5.2% presentó LIE bajo grado y el 1,3% presentó ASC-H y carcinoma respectivamente. Finalmente en las usuarias con nivel de instrucción superior universitario las alteraciones más frecuentes fueron LIE de bajo (5,2%) y alto grado (3,9%) y solo 1,3% presentó ASCUS.

Tabla 4. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según estado civil

Estado Civil	ASCUS		ASC-H		LIE bajo grado		LIE alto grado		Carcinoma		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltera	3	3.9%	-	-	3	3.9%	1	1.3%	-	-	7	9.1%
Conviviente	5	6.5%	1	1.3%	21	27.3%	15	19.5%	8	10.4%	50	64.9%
Casada	-	-	1	1.3%	5	6.5%	8	10.4%	1	1.3%	15	19.5%
Divorciada	1	1.3%	-	-	2	2.6%	1	1.3%	-	-	4	5.2%
Viuda	-	-	-	-	-	-	1	1.3%	-	-	1	1.3%
Total	9	11.7%	2	2.6%	31	40.3%	26	33.8%	9	11.7%	77	100.0%

Según la tabla 4, del total de usuarias (77), aquellas con estado civil conviviente tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo (27,3%) y alto grado (19,5%).

Asimismo las usuarias con estado civil soltera, en mayor porcentaje presentaron ASCUS y LIE de bajo grado (ambas con 3,9%). Las usuarias con estado civil divorciada, en mayor porcentaje presentaron LIE de bajo grado (2,6%) a diferencia de las usuarias con estado civil casada y viuda donde se observa un mayor porcentaje de LIE de alto grado (10,4% y 1,3%).

Tabla 5. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según paridad

Paridad	ASCUS		ASC-H		LIE bajo grado		LIE alto grado		Carcinoma		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nulípara	-	-	-	-	1	1.3%	2	2.6%	-	-	3	3.9%
Primípara	1	1.3%	-	-	7	9.1%	4	5.2%	1	1.3%	13	16.9%
Múltipara	6	7.8%	2	2.6%	19	24.7%	16	20.8%	5	6.5%	48	62.3%
Gran Múltipara	2	2.6%	-	-	4	5.2%	4	5.2%	3	3.9%	13	16.9%
Total	9	11.7%	2	2.6%	31	40.3%	26	33.8%	9	11.7%	77	100.0%

De acuerdo a la tabla 5, del total de usuarias (77), aquellas que eran múltiparas tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo (24,7%) y alto grado (20,8%).

Es importante saltar que las usuarias que eran primíparas presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo grado (9,1%) a diferencia de las usuarias que eran nulíparas donde se observó una mayor de cantidad de casos de LIE de alto grado (2,6%). A su vez, las gran múltiparas presentaron mayormente LIE de bajo y alto grado (ambas con 5,2%).

Tabla 6. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según edad de inicio de relaciones sexuales

Edad de inicio de relaciones sexuales	ASCUS		ASC-H		LIE bajo grado		LIE alto grado		Carcinoma		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12-19 años	8	10.4%	1	1.3%	20	26.0%	20	26.0%	8	10.4%	57	74.0%
20-40 años	1	1.3%	1	1.3%	11	14.3%	6	7.8%	1	1.3%	20	26.0%
Total	9	11.7%	2	2.6%	31	40.3%	26	33.8%	9	11.7%	77	100.0%

Según la tabla 6, del total de usuarias (77), aquellas con edad de inicio de relaciones sexuales entre 12 y 9 años tuvieron mayor porcentaje de LIE de

bajo (26,0%) y alto grado (26,0%). Asimismo las usuarias que iniciaron relaciones sexuales entre 20 y 40 años de edad tenían en mayor porcentaje LIE de bajo grado (14,3%) o de alto grado (7,8%).

Tabla 7. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según número de parejas sexuales

N° de parejas sexuales	ASCUS		ASC-H		LIE bajo grado		LIE alto grado		Carcinoma		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uno	3	3.9%	1	1.3%	14	18.2%	11	14.3%	5	6.5%	34	44.2%
Dos	2	2.6%	1	1.3%	14	18.2%	7	9.1%	4	5.2%	28	36.4%
3 a más	4	5.2%	0	0.0%	3	3.9%	8	10.4%	0	0.0%	15	19.5%
Total	9	11.7%	2	2.6%	31	40.3%	26	33.8%	9	11.7%	77	100.0%

En la tabla 7 se observa que del total de usuarias (77), aquellas que tenían una pareja sexual tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo (18,2%) y alto grado (14,3%). De igual manera las usuarias que tenían dos parejas sexuales presentaron en mayor porcentaje LIE de bajo grado (18,2%) seguido de LIE de alto grado (9,1%), a diferencia de las usuarias que tenían de 3 a más parejas sexuales quienes presentaban mayormente LIE de alto grado (10,4%).

DISCUSIÓN

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino de una de las neoplasias más frecuentes que afectan a la mujer y representa el 7,5% de la mortalidad femenina,¹ para su detección oportuna en los establecimientos de salud a nivel nacional se realiza el estudio citológico cervico uterino o Papanicolaou. Sobre los resultados anormales de esta prueba se ha evaluado las características de 77 usuarias atendidas en el Hospital II-2 de Tarma en Junín para conocer el comportamiento de las variables epidemiológicas en esta población. La contrastación de los resultados hallados con los antecedentes utilizados en el estudio se presenta a continuación.

Tabla 1. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada atendidas en el Hospital II-2 Tarma – Junín

El porcentaje de usuarias atendidas en el Hospital II-2 de Tarma con citología cérvico uterino alterada se distribuyó en su mayoría entre aquellas con LIE de bajo grado (40,3%) y LIE de alto grado (33,8%), seguidas de lejos por aquellas con ASCUS y carcinoma, y solo dos pacientes tuvieron diagnóstico de ASC-H. Datos similares fueron hallados en el estudio de Campos ¹¹ en un hospital de Lima, los resultados alterados de Papanicolaou fue principalmente por LIE de bajo grado (72,7%) seguido de LIE de alto grado 24,8%, dentro de las lesiones del alto grado incluyó un caso de carcinoma insitu (0.59%). Este comportamiento de las lesiones premalignas del cérvix es de esperarse puesto que el porcentaje LIE de bajo grado es más frecuente en comparación a los de alto grado.

En el estudio de Lazo y Aguilar¹² realizado en Tarapoto se observa mayor porcentaje de usuarias con cáncer insitu que alcanza el 52% de las citologías alteradas, obtuvieron que el 29% presentó LIE de bajo grado y el 19% LIE de alto grado. Esto es posible debido al contexto social y de salud en que viven las mujeres en la selva peruana, esto puede deberse a la falta de acceso a los servicios de salud de forma oportuna, por lo que su diagnóstico se ocurre en etapas avanzadas.

Datos menores fueron encontrados por Faccini et al.⁸ quién realizó un estudio en mujeres de Brasil que acudieron a un programa de salud para la realización de la toma de citología cervical, encontró que el porcentaje de citología normal (96,3%), ASCUS fue 1,4%, LIE de bajo grado fue de 0.9% y LIE de bajo grado tuvo un porcentaje de 0,3%.

También Torres M.²⁹ encontró que el 83,15% de las mujeres tuvieron resultados negativos de citología cervical, el 12,6% tuvieron citología indeterminada y solo 4,7% tuvieron Neoplasia intraepitelial grado I o LIE de bajo grado. Ello debido a que el estudio de Faccini y Torres no se enfocaron en el análisis de los casos de citología alterada sino en todas las pacientes que acuden para citología cervical; sin embargo, permite evidenciar el bajo porcentaje de resultados alterados que son diagnosticados mediante esta prueba y la tendencia siempre mayor de los casos de LIE de bajo grado respecto al alto grado.

Tabla 2. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según edad

En cuanto a la edad de las pacientes con citología cérvico uterina alterada se observó que la mayoría de mujeres que tuvieron entre 30 y 59 años, de ellas el 35,1% presentó LIE de bajo grado y 23,4% tuvo LIE de alto grado, el carcinoma fue la patología cervical que predominó en aquellas mujeres con 60 años a más(2.6%). Datos similares en parte fueron encontrados en el estudio de Lazo y Aguilar, ¹² el mismo quien hace dos segmentos, la primera de ellas de mujeres de 35 a 44 años de las cuales, al igual que nuestra investigación, tuvieron mayor porcentaje de NIC I (LIE de bajo grado); mientras que el segundo segmento conformado por mujeres de 45 a 54 años, contrario a nuestro resultado, tuvieron mayor porcentaje de NIC II-III (LIE de alto grado).

Tabla 3. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según nivel de instrucción

En relación al grado de instrucción la mayoría de usuarias con grado de instrucción secundaria presentan LIE de bajo grado (22,1%) y LIE de alto grado (22,1%). Resultados similares fueron encontrados por Campos R.¹¹ en Lima, las mujeres con LIE de bajo grado tuvieron mayor porcentaje de instrucción secundaria, de la misma forma las mujeres con LIE de alto grado tuvieron mayor porcentaje de presentar instrucción secundaria.

Resultados con mayor porcentaje de instrucción primaria en mujeres con citología cervical alterada fueron encontrados en el estudio de Lazo E. y

Aguilar F.¹² en Tarapoto, el mayor porcentaje de mujeres con alteraciones citológicas del cérvix tuvieron grado de instrucción primaria (64,29%) seguido de nivel secundaria (26,19%).

Comparativamente debemos señalar que no hay similitud en los resultados encontrados en la presente investigación y el encontrado en Tarapoto, pues en dicho estudio tanto en el nivel primario y secundario el porcentaje es mayor que al estudio nuestro.

Es posible que exista esta diferencia por las distintas realidades que coexisten en el Perú, puesto que a pesar de alfabetización nacional, las zonas de la selva presentan mayor porcentaje de mujeres que no completan sus estudios de instrucción básica, la realidad en Lima es distinta respecto a esta problemática educativa.

Igualmente en el estudio de Torres M.²⁹ se afirma que en Ecuador encuentra que la mayoría de mujeres con citología alterada presentaron instrucción primaria (73,63%), seguida de instrucción secundaria (18,94%), el cual difiere con nuestro estudio ya que el porcentaje de alteración en mujeres de instrucción secundaria es menor al nuestro.

Tabla 4. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según estado civil

En relación al estado civil la mayoría de las usuarias con estado civil conviviente presentan LIE de bajo grado (27,3%) y LIE de alto grado (19,5%). Datos mayores fueron encontrados en el estudio de Campos R.,¹¹ puesto que la mayoría de mujeres con LIE de bajo grado son convivientes (68%), en

menor porcentaje son solteras (19,4%) y en los casos de LIE de alto grado el 66,7% son convivientes, seguido de casadas (20,7%).

En el estudio de Lazo E. y Aguilar F.¹² también se encontraron que los datos son mayores al estudio nuestro, pues las usuarias convivientes tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado (30,8%), así también las usuarias casadas también tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado. El estado civil de convivientes predomina en la población peruana por ello posiblemente se observe mayor porcentaje de alteraciones citológicas, los datos en su mayoría se concentran en mujeres convivientes o casadas más que en solteras por lo que evidenciaría una posible infección del virus del VPH entre las parejas ya establecidas y no necesariamente en parejas eventuales, aunque también es posible que la infección haya ocurrido a temprana edad con parejas distintas a la actual.

Tabla 5. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según paridad

Respecto a la paridad de las pacientes con citología cérvico uterina alterada se pudo observar que la mayoría de mujeres multíparas presentaron LIE de bajo grado (24,7%) y LIE de alto grado (20,8%), además se pudo encontrar mayor porcentaje de carcinoma en mujeres de multíparas (6,5%) y gran multíparas (3,9%). Resultados mayores fueron encontrados en el estudio de Salas I., et al.,²⁶ el 66,1% de las mujeres con citología anormal tuvieron de tres a más partos, las mujeres nulíparas con citología anormal fueron 5%. Así también Campos R.¹¹ en su estudio encontró que existe una relación

significativa entre la multiparidad y tener una prueba de Papanicolaou con resultado citológico alterado ($p=0,001$) y que constituyó además un factor de riesgo ($OR=1.818$).

Lazo E. y Aguilar F.¹² por su parte encuentra mayor porcentaje de cáncer in situ en mujeres con más de tres partos (59,1%) a diferencia del presente estudio.

Es posible que el mayor porcentaje de lesiones premalignas del cérvix en mujeres multíparas ocurra porque en cada embarazo las mujeres se inmunodeprimen y esto las puede predisponer a la progresión de lesiones premalignas en el cérvix ya que se conoce que el sistema inmunológica juega rol vital en la progresión de las lesiones intraepiteliales del cérvix al cáncer insitu.

Tabla 6. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según edad de inicio de relaciones sexuales

Por otro lado, las mujeres con inicio de relaciones sexuales entre 12 a 19 años presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo grado (26%) y LIE de alto grado (26%), solo 20 usuarias manifestaron que iniciaron su actividad sexual después de los 20 años. Resultados mayores fueron hallados por Torres A., et al.⁵ el 57% de las mujeres con citología anormal iniciaron su vida sexual activa antes de los 18 años. Salas I., et al.²⁶ en Cuba, concluyeron que de las mujeres con reacciones inflamatorias del cuello uterino predominaron en aquellas que iniciaron sus relaciones sexuales precozmente. A nivel nacional Cosser Herrera, Mario²⁷ también identificó que los factores asociados a la

citología anormal están relacionados con el inicio de relaciones sexuales entre 13 a 15 años de edad.

Campos R.¹¹ en su estudio encontró mayor porcentaje de LIE de alto grado en mujeres con inicio sexual antes de los 17 años (63,3%), porcentaje mayor a comparación del nuestro, además encontró que existe una relación significativa entre el inicio de las relaciones sexuales antes de los 18 años y presentar citología cervical alterada ($p < 0.001$). Así también, Silva B. et al.²² hallaron que existe una relación significativa entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el cáncer cérvicouterino. En la etapa adolescente el epitelio del cérvix presenta una metaplasia activa lo cual hace más fácil la instalación de la infección del VPH en el cuello uterino a diferencia de una mujer de mayor edad que presenta tejido cervical con mayor maduración, por ello es posible encontrar lesiones intraepiteliales de mayor grado en mujeres con temprano inicio sexual.

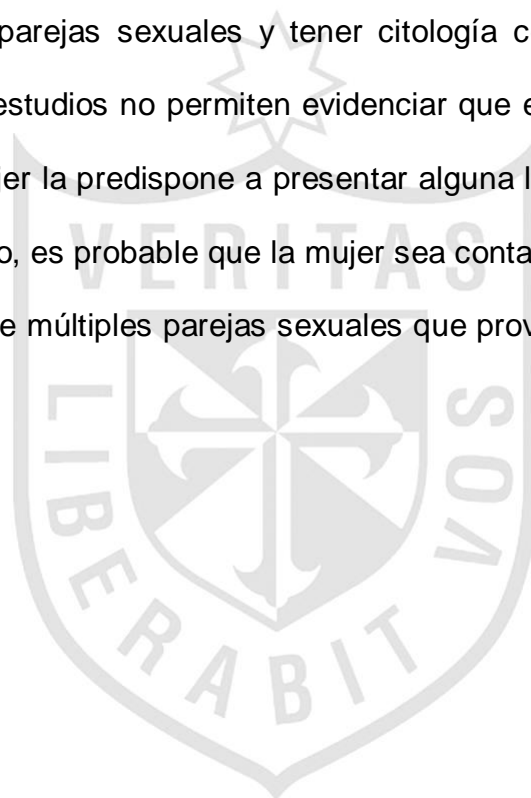
Tabla 7. Porcentaje de usuarias con citología cérvico uterino alterada según número de parejas sexuales

Respecto al número de parejas sexuales la mayoría de mujeres con una pareja sexual presentó LIE de bajo grado (18,2%) seguido de LIE de alto grado (14,3%) y las mujeres con dos parejas sexuales presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo grado (18,2%) seguido de LIE de alto grado (9,1%).

El estudio de Lazo E. y Aguilar F.¹² presenta mayor porcentaje de cáncer in situ en mujeres con dos o tres parejas sexuales (72,7%) a diferencia del

presente estudio donde presenta solo el 5.2% en carcinoma. Por su parte Cordero J. y García M.¹⁰ encontraron que el 51,2% de las mujeres con citología anormal tuvieron solo una pareja sexual, las mujeres con 3 parejas sexuales representaron el 31,6%, es decir datos mayores al nuestro. Faccini E., et al.⁸ encontraron que la citología del cérvix anormal estuvo asociada a presentar diversas parejas sexuales.

Campos R.¹¹ en su estudio no encontró una relación significativa entre haber tenido más de 4 parejas sexuales y tener citología cervical alterada. Los resultados de los estudios no permiten evidenciar que el número de parejas sexuales de la mujer la predispone a presentar alguna lesión premaligna del cérvix; sin embargo, es probable que la mujer sea contagiada por una pareja con antecedente de múltiples parejas sexuales que provocaron finalmente el contagio.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Luego de haber aplicado el instrumento, haberlo validado la misma y sometido a una discusión se concluye en lo siguiente:

- Las usuarias con edad de 30 a 59 años presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo grado. Las usuarias de 60 años a más tuvieron mayor porcentaje de carcinoma. A comparación de las usuarias de 18 a 29 años presentaron mayor porcentaje de LIE de alto grado.
- Las usuarias con instrucción secundaria tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo y alto grado; mientras que las usuarias con nivel de instrucción primaria tuvieron igual porcentaje de LIE de bajo y alto grado. Por su lado las usuarias con nivel de instrucción superior tanto técnico y universitario tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado.
- Las usuarias de estado civil conviviente tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado seguido de LIE de alto grado; mientras que un menor porcentaje de usuarias solteras presentaron ASCUS y LIE de bajo grado. Por su parte las mujeres casadas presentan un mayor porcentaje de LIE de alto grado seguido de bajo grado.

- Las usuarias múltiparas tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado, y las gran múltiparas tuvieron similar porcentaje. Mientras que las primíparas presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo grado.
- Las usuarias que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 12 a 19 años presentaron mayor porcentaje de LIE de bajo y alto grado; sin embargo, las usuarias de inicio de relaciones entre 20 a 40 años tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado.
- Las usuarias con una pareja sexual tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado; igualmente, las usuarias con dos parejas sexuales tuvieron mayor porcentaje de LIE de bajo grado.
- Finalmente podemos sostener que las usuarias que presentan resultados cérvicouterino alterados en el Hospital II-2 Tarma - Junín durante el año 2015 tienen un perfil epidemiológico de edad entre 30 a 59 años, instrucción secundaria, convivientes, múltiparas, edad de inicio de relaciones sexuales entre 12 a 19 años, con una o dos parejas sexuales.

RECOMENDACIONES

A profesionales Obstetras:

- Enfatizar la importancia del tamizaje de Papanicolaou en usuarias a partir de la adolescencia, toda vez que estas representan el mayor porcentaje de usuarias con lesiones intraepiteliales de bajo a alto grado, puesto que de lo contrario estarán con un alto riesgo de adquirir el cáncer cérvico uterino.
- Priorizar la atención a usuarias multíparas y gran multíparas, puesto que están en mayor riesgo de hacer lesiones intraepiteliales de bajo a alto grado.
- Fortalecer los programas de educación sexual dirigido a adolescentes para un desarrollo de su sexualidad de forma segura y responsable, como medio preventivo para evitar citologías cérvico uterinas alteradas, entre otras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Papilomavirus humanos (VPH) y cáncer cérvicouterino. Nota descriptiva N°380. Marzo de 2015.
2. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: MINSa; 2013.
3. World Health Organization. Cervical Cancer. Estimated incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. WHO; 2015.
4. Luciani S, Cabanes A, Prieto E, y Gawryszewski V. Cervical and breast cancers in the Americas. Bull World Health Organ 2013; 91: 640–649.
5. Torres A, Bustamante J, Torres A, Oliva J, Morales M, Román E. Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. Seguro Popular. Rev Ginecol Obstet Mex 2013; 81: 71-76.
6. Durán O. VPH y cáncer de cérvix. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2013; 70 (607): 417 – 421.
7. Monzón O, Rendón G, Echeverri L, Pareja R. Complicaciones asociadas a histerectomía radical con linfadenectomía pélvica en mujeres con cáncer de cérvix en el Instituto de Cancerología – Clínica Las Américas, Medellín, Colombia. Estudio de cohorte. Rev Col Obstet Ginecol 2013; 64 (1): 46-52.
8. Faccini E, Silva L, Dos Santos L. Detección del papilomavirus humano en citologías cervicales de mujeres atendidas en el Programa de Salud de la Familia. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2014; 22 (1): 1-8.

9. Castro E. Edad de inicio de relaciones coitales y numero de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de apoyo Sullana II -2 [Tesis para obtener el título de médico cirujano]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
10. Cordero J, y García M. Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. Rev Cienc Méd La Habana 2015; 21 (2): 371-383.
11. Campos R. Papanicolaou anormal y factores de riesgo en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales [tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2015.
12. Lazo E, y Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. [Tesis para obtener el título profesional de obstetra]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín; 2012.
13. Vargas J. El programa de evaluación externa del desempeño de la citología para el tamizaje de cáncer de cuello uterino. Bol – Inst Nac Salud (Perú) 2014; 20 (3 – 4).
14. Flores C. Cáncer de cuello uterino: situación, abordaje integral en Perú y en América Latina. Rev Postgrado Scientiarvm 2016; 2 (1): 3-5.
15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014. Lima: INEI; 2014.

16. García D. Cáncer como problema de salud pública en La Región Junín, Boletín Epidemiológico N° 07-2012. Dirección Regional De Salud Junín - Oficina De Epidemiología. 2012.
17. Vargas V, y Acosta G. Prevención primaria del cáncer cérvicouterino. Cirugía y Cirujanos Academia Mexicana de Cirugía. 2012; 80(3): 291-300.
18. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú, 2013.
19. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú. Control del Cáncer de Cuello Uterino: Norma Técnico Oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Perú; 2008.
20. Domínguez E, Peralta O, Zenteno R. Factores de riesgo para Cáncer Cérvico Uterino en pacientes atendidas en el Centro Estatal de Cancerología "Dr. Miguel Dorantes Mesa". Rev Med UV. 2012; 20-24
21. Ybaseta J, Paccori F, Vilca A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(3): 61-65.
22. Silva B, Soplin K, Talledo S. Conducta sexual y reproductiva asociados al cáncer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto, Punchana 2014 [tesis de pregrado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014.
23. Instituto Nacional de Enfermedad Neoplásica. Guía de Práctica Clínica. Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de Salud. 2011.

24. Lelo G. Cáncer cérvicouterino y virus del papiloma humano. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(4): 315-321.
25. Sánchez J, Huerta M, Rivera J, Rosales M. Infección por VPH y cáncer cervicouterino. Rev Mex Patol Clin. 2005; 52(4): 222-233.
26. Salas I, Tejera G, Ricaño I, Del Prado R. Aspectos epidemiológicos en citologías con resultados anormales en el hospital boliviano “El Torno”. Medisan 2013; 17 (3): 477-482.
27. Cosser ME. Factores asociados a la citología anormal del cérvix Liga Contra el Cáncer 2010-2014. [tesis para optar el Grado de Maestro en medicina con Mención en Cirugía General y Oncología]. Lima: Universidad San Martín de Porres. Facultad de Medicina Humana; 2015.
28. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 527-2011/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad en Salud – Lima, 2012.
29. Torres M. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud “29 de Noviembre” de la ciudad de Santa Rosa, 2009. [Tesis de maestría]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012.
30. Medina F, Sánchez J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez C, García V, et al. Cáncer de cuello uterino. Consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010. Rev Venez Oncol 2011; 23 (2):102-129.

31. Tatti S, Fleider LA, Tinnirello M. Colposcopia y Patologías del tracto genital inferior En la era de la vacunación VPH. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008.
32. Oncoguía SEGO: Prevención del cáncer de cuello de útero. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, 2014. p.2.
33. Estrada L. Sistema Bethesda, Diez Años Después. Arch Méd Actual Tracto Genital Inf. 2012; 3 (6):1-6
34. Ministerio de salud. Estadística: Indicadores trazadores. Morbilidad consulta externa por grupos de edad [Internet]. 2016 [Consultado el 01 de abril de 2017]. Disponible en: <http://bit.ly/2osjBy9>
35. Eustat. Nivel de instrucción. Disponible en: http://www.eustat.eus/documentos/elem_2376/definicion.html
36. Ticona M, Huanco D, Ticona M. Influencia de la Paridad en el Peso del Recién Nacido en Hospitales del Ministerio de Salud del Perú. Revista Ciencia y Desarrollo 2011; 13: 134-138

ANEXOS

1. Instrumentos de recolección de datos

**Perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos
cérvico uterino alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma –Junín durante
el año 2015.**

Número de Ficha: _____ ID: _____ Fecha: _____

I. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:

- a. Edad:
- 12-17 años () 18-29 años () 30-59 años ()
≥ 60 años ()
- b. Nivel de instrucción:
- Primaria () Secundaria () Superior técnico ()
Superior universitario ()
- c. Estado civil:
- Soltera () Conviviente () Casada ()
Divorciada ()
- d. Paridad:
- Nulípara: ningún parto () Primípara: 1 parto ()
Multípara: 2 -4 partos () Gran multípara: 5 partos ()
- e. Edad de inicio de relaciones sexuales: _____ años
- f. Número de parejas sexuales: _____

II. RESULTADO CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINO ALTERADOS

- a. ASCUS ()
- b. ASC-H ()
- c. LIE alto grado ()
- d. LIE bajo grado ()
- e. Carcinoma ()

Resultado del último PAP: _____

Anexo 2. Juicio de expertos

Nombres y Apellidos:

Fecha: _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta le solicitamos su opinión sobre el instrumento del proyecto de investigación titulado “*Perfil epidemiológico de usuarias que presentan resultados citológicos cérvico uterino alterados, atendidas en el Hospital II-2 Tarma - Junín durante el año 2015*”, en el cual se le solicita que pueda calificar (X) su opinión respecto a cada ítem formulado.

Tenga a bien anotar sus observaciones y sugerencias en los espacios correspondientes.

CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1. La ficha de recolección recoge la información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. La ficha de recolección responde a los objetivos de la investigación.			
3. La ficha de recolección responde a la operacionalización de las variables.			
4. La estructura de la ficha de recolección es adecuada.			
5. La secuencia presentada facilita el llenado de la ficha de recolección.			
6. Los ítems son claros y comprensibles para la recolección.			
7. Los ítems que conforman los instrumentos son coherentes.			
8. El número de ítems es adecuado para la recopilación.			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento: _____

Firma

Anexo 3. Validez de contenido: Prueba binomial

Para asegurar la validez de contenido se realizó una evaluación mediante juicio de expertos, para ello se solicitó opinión de 5 especialistas, para ello se le pidió responder a 8 preguntas relacionadas a las fichas de recolección. Se calculó su grado de concordancia entre las respuestas de los expertos, para ello se utilizó la prueba binomial.

Para evaluar la concordancia entre las respuestas de los expertos de cada ítem, se establecieron las siguientes hipótesis:

Ho: La proporción de los jueces que dicen “Si” (están de acuerdo) es igual a la de los jueces que dicen “No” (están en desacuerdo).

Es decir que entre los jueces no hay concordancia, pues la proporción es de 50% para “Si” y 50% para “No”, dicho de otra manera la probabilidad de éxito es solo del 50%.

Hi: La proporción de los jueces que dicen “Si” (están de acuerdo) es diferente del 50%.

Es decir que si hay concordancia entre los jueces, porque la mayoría está de acuerdo respecto a un ítems.

Luego de establecer las hipótesis se aplica la prueba binomial, donde: “1” es SI o de acuerdo (éxito), mientras que “0” es NO o significa en desacuerdo.

ID	JUECES					Éxitos	P*
	1	2	3	4	5		
1	1	1	1	1	1	5	0,03
2	1	1	1	1	1	5	0,03
3	1	1	1	1	1	5	0,03
4	1	1	1	1	1	5	0,03
5	1	1	1	1	1	5	0,03
6	1	1	1	1	0	4	0,16
7	1	1	1	1	1	5	0,03
8	1	1	1	1	1	5	0,03

*Prueba binomial

Total de acuerdos: 39 Total en desacuerdos: 1 Total de respuestas: 40

Aplicando la prueba binomial para la validez del contenido se obtiene como resultado que existe evidencias estadísticas para afirmar que existe concordancia favorable entre los cinco jueces respecto a la validez del instrumento (97,5%). Respecto al ítem

de que las preguntas sean claras y comprensibles se tomó en consideración lo sugerido por los expertos para mejorar el instrumento.

