



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LESIONES
CERVICALES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE
BAJO GRADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2017”**

TESIS

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

AUTOR:

BACH. MARCO CESAR VIVES ESTACIO

ASESORES:

**DR. JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
DR. WINSTON IVAN MALDONADO GÓMEZ**

**LAMBAYEQUE – PERÚ
2019**



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LESIONES
CERVICALES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE
BAJO GRADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2017”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

BACH. MARCO CESAR VIVES ESTACIO
AUTOR

DR. JULIO ENRIQUE PATAZCA ULFE
ASESOR

DR. WINSTON IVAN MALDONADO GÓMEZ
ASESOR



**UNIVERSIDAD NACIONAL
PEDRO RUIZ GALLO**

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LESIONES
CERVICALES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE
BAJO GRADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2017”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR EL JURADO:

DR. IVAN RANDOLFO PINTO TIPISMANA
PRESIDENTE DEL JURADO

DR. ALFREDO SANTIAGO CHICLAYO PADILLA
SECRETARIO DEL JURADO

DR. ORLANDO VELASCO VELA
VOCAL DEL JURADO

DR. JUAN ALFREDO JIMÉNEZ LOZADA
SUPLENTE DE JURADO

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que siempre ha estado a mi lado, que me ha dado fortaleza para continuar cuando he estado a punto de caer; para así obtener uno de los anhelos más deseados. El presente trabajo lo dedico principalmente a Dios.

A mis padres Marcos y Rocío quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, lo cual me ha ayudado a salir adelante a pesar de los momentos más difíciles.

A mi querida Abuelita Mima, quien ha sido y es una gran bendición...

A mis hermanas Katty y Bethania por su cariño y apoyo incondicional, por estar conmigo en todo momento gracias.

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en emprender y alcanzar mis sueños y metas.

Marco César

AGRADECIMIENTO

En estas líneas los autores expresan un sincero agradecimiento, en primer lugar a Dios por brindarnos salud, fortaleza y capacidad; también hago extenso este a mis padres por todo su amor, comprensión y apoyo pero sobre todo gracias infinitas por la paciencia y amor que siempre han mostrado conmigo.

Agradezco a los docentes de la carrera de Medicina Humana de la facultad de MEDICINA HUMANA DE LA UNPRG, en especial a mis asesores de tesis, el Dr. Julio Enrique Patazca Ulfe y el Dr. Winston Iván Maldonado Gómez por guiarme en esta investigación y formar parte de otro objetivo alcanzado. Agradezco a las pacientes que formaron parte de este estudio, permitiendo la accesibilidad y colaboración para la realización de este trabajo de investigación.

Quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible esta investigación y que de alguna manera estuvieron con nosotros en los momentos difíciles, alegres, y tristes. Estas palabras son para ustedes.

INDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
I. INTRODUCCIÓN.....	9
II. ANTECEDENTES.....	14
III. BASE TEÓRICA.....	19
IV. MÉTODO Y MATERIALES.....	24
V. RESULTADOS.....	29
VI. DISCUSIÓN.....	34
VII. CONCLUSIONES.....	39
VIII. RECOMENDACIONES.....	41
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS.....	48

RESUMEN

Título: Características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo, 2017. **Objetivo:** Describir las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017. **Material y Método:** Estudio descriptivo, transversal. Se aplicó una encuesta modificada de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP). Se realizó un análisis descriptivo utilizando el software Microsoft Excel 2013 y SPSS (Statistical Package for Social Science) v. 24.0. **Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue 26 años. El 68% de la población tenía grado de instrucción de secundaria y superior, en quienes la media de número de PAP realizados fue entre 4 y 6 exámenes de PAP realizados respectivamente. El 96% del total pertenece al nivel socioeconómico E. El método anticonceptivo más utilizado fueron las inyecciones y/o pastillas. Solo el 18% de la población sabe diferenciar cuando el flujo vaginal es normal o anormal en una mujer. A mayor número de PAP realizados (más de 3 exámenes de PAP) se obtuvieron PAP con citología anormal previas ($p=0,021$). **Conclusiones:** Las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo son un nivel socioeconómico bajo, una escolaridad en su mayoría de secundaria y superior, un conocimiento sobre cáncer cervicouterino deficiente e impreciso.

PALABRAS CLAVES: características epidemiológicas, lesiones cervicales.

ABSTRACT

Title: Epidemiological characteristics of patients diagnosed with low-grade squamous intraepithelial cervical lesions at the Las Mercedes Regional Hospital in Chiclayo, 2017. **Objectives:** To describe the epidemiological characteristics of patients diagnosed with low-grade squamous intraepithelial cervical lesions at the Las Mercedes Regional Hospital in Chiclayo in 2017. **Material and Method:** Descriptive, cross-sectional study. A modified survey of the National Survey of Demography and Sexual and Reproductive Health (ENDSSR) of the Paraguayan Center for Population Studies (CEPEP) was applied. A descriptive analysis was carried out using the software Microsoft Excel 2013 and SPSS (Statistical Package for Social Science) v. 24.0. **Results:** The average age of these patients was 26 years. 68% of the population had a secondary and higher education degree, in which the average PAP number was between 4 and 6 PAP exams, respectively. 96% of the total belongs to the socioeconomic level E. The contraceptive method most used were the injections and / or pills. Only 18% of the population knows how to differentiate when vaginal discharge is normal or abnormal in a woman. The greater the number of PAPs performed (more than 3 PAP tests), PAP were obtained with previous abnormal cytology ($p = 0.021$). **Conclusions:** The epidemiological characteristics of patients diagnosed with low-grade squamous intraepithelial cervical lesions at the Las Mercedes Regional Hospital in Chiclayo are the socioeconomic level is low, the majority of the schooling is secondary and higher, the knowledge about cervical cancer is deficient and imprecise.

KEYWORDS: characteristics epidemiological, cervical lesions.

I. INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el cáncer como “Un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo”.(1) “El cáncer ocupa el segundo lugar como causa de muerte en el mundo, después de las enfermedades cardiovasculares; en 2015, se reportó que ocasionó 8,8 millones de defunciones. Aproximadamente una de cada seis defunciones en el mundo se debe al cáncer”.(2) “En el Perú el cáncer es la segunda causa de muerte, al año se registran aproximadamente 47,000 nuevos casos de cáncer y más de 25,000 peruanos fallecen a causa de esta enfermedad. El 85% de los casos de cáncer en Perú se detectan en estadios avanzados”.(3).

De los 10 tipos de cáncer diagnosticados con más frecuencia en todo el mundo en 2012 el cáncer de cuello uterino (CaCU) ocupó el séptimo lugar con un 4%, y de las 10 principales causas de muerte por cáncer, el de cuello uterino ocupó el noveno lugar con 3%. (4).

Según su incidencia en la mayoría de los países desarrollados, el cáncer de cérvix se ubica en el tercer lugar, superado por el cáncer de endometrio y el de ovario. Su incidencia es mayor en los países en vías de desarrollo, excluyendo el cáncer de mama (5).

El cáncer de cérvix, se ubica en el cuarto lugar entre los cánceres de la mujer, con una estimación de 266 000 muertes y 528 000 nuevos casos en 2012. La gran mayoría de la mortalidad se produjeron en las regiones menos desarrolladas.(6) En Perú es el tipo de cáncer más frecuentes en la mujer (7). En nuestro país 5 mujeres mueren al día víctimas de este tipo de cáncer (8). Los casos nuevos de cáncer para ambos sexos registrados en el INEN, periodo 2006-2015, muestra al CaCU en un mantenido primer lugar en todo este periodo (9).

Según el promedio anual de casos notificados de cáncer según departamento de procedencia, en el periodo 2006-2011, situó al departamento de Lambayeque en el tercer lugar. Este mismo departamento y en el mismo periodo los casos

registrados de cáncer por localización topográfica y sexo, el CaCU ocupa el primer lugar con un 16,2%.(10).

El CaCU es uno de los pocos cánceres para el que existe un método de diagnóstico precoz, técnicamente sencillo: el extendido celular cervicouterino (Papanicolau). Con él pueden detectarse y tratarse tempranamente tanto lesiones precancerosas (Neoplasia Intraepitelial Cervical: NIC), como la neoplasia incipiente. (11)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de cuello uterino (CaCU) constituye un problema de salud mundial, ya que a más de 528 000 mujeres cada año, de las cuales 266 000 fallecen por esta enfermedad, la mayoría de los casos se reportan en los países de América Central, del Sur, África Oriental, Asia Meridional - Sudoriental y el Pacífico Occidental. (25)

A nivel nacional el CaCU representa la primera causa de morbilidad y mortalidad de la mujer, registrándose más de 16 mil nuevos casos cada año. Esta enfermedad se desarrolla en mujeres jóvenes a partir de los 30 años y se origina principalmente por la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) pero existen otros factores de riesgo como: Deficiencia del sistema inmunitario, herpes, tabaquismo, la edad, mujeres negras, hispanas e indígenas, tomar anticonceptivos orales y exposición a 12 dietilestilbestrol (fármaco para la prevención del aborto espontáneo); que identificarlos ayudaran a tomar decisiones y cambiar estilos de vida (17,18).

El CaCU puede prevenirse realizándose el Papanicolaou para detectar la existencia de un posible desarrollo de cáncer a fin de que este pueda tratarse (7). También se debe controlar los posibles factores de riesgo a través de las siguientes medidas: Retrasar el inicio de la actividad sexual, limitar el número de compañeros sexuales, evitar las relaciones sexuales con personas de riesgo, vacunarse contra HPV para niñas y mujeres de entre 9 y 26 años (4). Otros factores modificables presentes en quienes padecen esta enfermedad son: el tabaquismo, el nivel socioeconómico. Este último factor mencionado, juega un papel importante de la parte preventiva del CaCU, pues siendo ésta una

enfermedad en gran parte prevenible, es en la actualidad una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo. La mayoría de esas defunciones ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Cabe resaltar que todas las medidas preventivas llegan a hacer efectivas cuando la población lo adopta como estilo de vida, por lo que es importante la educación para poder concientizar a las mujeres sobre la mortalidad que ocasiona este tipo de cáncer.

Por lo expuesto cabe resaltar que contar con los conocimientos sobre el virus y las conductas de riesgo en este grupo de edad no garantiza resultados positivos, pero de no contar con ello definitivamente los resultados serán negativos siempre para las mujeres, grupo vulnerable de esta enfermedad. Poner a disposición de la población en general, de las características o perfil que presentan las pacientes que presentan este tipo de lesiones citológicas, permitiría un avance significativo en la parte preventiva así como en el diagnóstico precoz del desarrollo de un cáncer.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son las características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017?

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.

El diagnóstico temprano de cáncer de cérvix dentro del campo de la salud ha llegado a tener un alto grado de interés dentro de las prioridades en la política de la salud, debido a los altos costos que deja. En los países en vías de desarrollo, se observa una inadecuada o insatisfactoria cobertura a través de programa preventivos de salud contra dicha enfermedad asociado a características propias de las pacientes (epidemiológicas biológicas, socioculturales y sociales).

El sustento de nuestro trabajo es describir las características propias o asociados que presentan las pacientes con lesiones iniciales de esta enfermedad, modificaciones citológicas en etapas incipientes o con cierto grado de atipicidad. Un conocimiento puntual de las características favorece la detección precoz de

lesiones del epitelio cervical, evitando así un diagnóstico y tratamiento tardío del cáncer cervical, los cuales son una carga económica, social y emocional para el paciente y su familia.

Este proyecto busca aportar en la descripción de las características epidemiológicas que presentan las pacientes con lesiones neoplásicas incipientes de cáncer cervicouterino, lo que permitirá identificar a la población afectada.

OBJETIVOS.

Objetivo General.

Describir las principales características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017.

Objetivos Específicos.

1. Describir las características sociales, económicas y culturales de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.
2. Describir los antecedentes gineco-obstétricos presentes en las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

II. ANTECEDENTES.

II. ANTECEDENTES.

Grangé G., et. al. (12) en un trabajo realizado en Francia en el 2008 a través de una entrevista a 5354 mujeres de 18 a 70 años, identificaron los factores asociados con el cribado cervical normal (CS) en la población femenina francesa, encontrando que el consumo de tabaco predominó en mujeres menores de 50 años; el consumo de alcohol fue mayor en mujeres con edades comprendidas entre los 66 y los 70 años. La edad media de la primera relación coital fue entre los 17 a 20 años. El cambio de pareja en menos de 1 año fue más frecuente entre las mujeres de 18 a 30 años. El método anticonceptivo más utilizado fue la píldora anticonceptiva.

Sarduy M., et. al. (13) realizaron en el 2009 en Cuba, un estudio prospectivo observacional a 55 mujeres diagnosticadas con NIC I, con el objetivo de evaluar el comportamiento evolutivo de las NIC I y conocer algunos factores clínicos y sociodemográficos de las pacientes con estas lesiones, obteniendo como resultados: 74,6 % de las pacientes se encontraban entre 25 y 39 años de edad. El 80 % tuvo su primera relación sexual antes de los 20 años. El 12,7 % de las encuestadas refirió tabaquismo. El uso de anticoncepción hormonal fue del 14,5 %. A los dos años de evolución: las citologías fueron negativas en el 72,7 %, persistió NIC I en el 10,9 % y el 9,1 % tuvo progresión de la enfermedad en este período. Dicho estudio concluyó que el NIC I fue más frecuente en mujeres en la etapa reproductiva y en las que iniciaron su vida sexual antes de los 20 años. La regresión de las lesiones se observó en más de 7 de cada 10 mujeres, persistió en casi 2 de cada 10 y la progresión de la enfermedad en 1 una de cada 10.

Moreira C. et. al. (14) en un estudio realizado en Brasil a 775 pacientes que se sometieron a la prueba de Papanicolaou entre septiembre de 2010 y febrero de 2011, identificaron los factores relacionados a la no asistencia de las mujeres a la consulta de retorno para recibir el resultado de la prueba de Papanicolaou, obteniendo resultados estadísticamente significativos: mujeres jóvenes ($p=0,001$); inicio precoz de la actividad sexual ($p=0,047$); y conocimiento inadecuado sobre la prueba de Papanicolaou ($p=0,029$), concluyendo la importancia de desarrollo de intervenciones educativas sobre todo para las mujeres más jóvenes y las de baja escolaridad.

Urrutia M. y Gajardo M. (15) en el 2015 en Chile, realizaron una revisión sistemática de 289 artículos en las bases de datos: CINHALL, Lilacs, ProQuest Medical Library, PsycINFO, Medline, Scielo y Scopus, con el objetivo de analizar la asociación de los determinantes sociales de la salud y la adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino (CC) a partir del enfoque de determinantes estructurales (etnia, educación, ocupación, ingreso económico); determinantes intermedios (características del hogar, determinantes psicosociales, sistema de salud y determinantes biológicos) y el resultado en salud (Adherencia al PAP), obteniendo como resultado que ninguno de los artículos seleccionados analizó la adherencia al tamizaje desde esta perspectiva, concluyendo la necesidad de ver la prevención de CC desde una perspectiva mucho más amplia, con un enfoque que va más allá de los fenómenos biomédicos, problemática social que explica dicho comportamiento en salud.

Barrionuevo L., et. al. (16) realizó en Perú en el 2013, la recolección y análisis de información de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) correspondiente a 12272 mujeres de 30 a 49 años de edad, con el objetivo de describir la asociación entre la realización de la citología del cuello uterino y el tipo de seguro de salud en las mujeres peruanas, y determinar el papel de las variables sociodemográficas y de salud sexual en esta relación, obteniendo que 62,7% de las mujeres sexualmente activas se habían realizado un PAP en los últimos 5 años. Este porcentaje variaba según el tipo de seguro de salud, donde las mujeres con seguro público tenían 1,27 y las que tenían seguro privado 1,52 veces mayor probabilidad de haberse realizado un PAP que aquellas sin seguro, concluyendo que el tipo de seguro en la realización del PAP supone una barrera para el acceso al cribado de cáncer de cérvix en Perú.

Díaz A, et. al. (17), realizó en el 2007 en Venezuela, una intervención educativa en 65 adolescentes con el objetivo de modificar sus conocimientos relacionados con la prevención del cáncer cervicouterino. Dicho estudio se dividió en tres etapas: de diagnóstico (conocimientos previos sobre la prevención de la enfermedad y su aparición en relación con el inicio precoz de relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual, el hábito de fumar y la multiparidad), intervención propiamente dicha y de evaluación (conocimiento

adquirido post intervención). En este estudio se encontró un elevadísimo porcentaje de instrucción inadecuada sobre el tema, el cual cambió significativamente en 96,9 % de los integrantes del estudio, luego de la intervención. Concluyendo en la importancia de diseñar estrategias de intervención que proporcionen conocimientos adecuados en estos grupos vulnerables.

Julca J. (18) realizó en Perú en el 2018, un estudio con el objetivo de sistematizar la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones educativas en conocimientos y actitudes en la prevención de cáncer cervicouterino en la población de riesgo, destacando que los artículos revisados reflejaban la efectividad de las intervenciones educativas en el incremento de conocimientos en la población y la adquisición de actitudes preventivas. De estas el 60% son a través de charlas educativas, 30% son sesiones de discusión y 10% es interpretación de roles, según el lugar donde se realizaron el 60% en los consultorios hospitalarios, 30% en la comunidad y 10% en los colegios. Concluyendo que las intervenciones educativas totalmente efectivas en la adquisición de conocimientos sobre y actitudes en la población de riesgo sobre prevención del cáncer cervicouterino.

Garcés I, et al. (19) realizaron un estudio en el 2012, a través de una entrevista a 81 mujeres entre 18 y 66 años, con el objetivo de describir el conocimiento y los factores percibidos asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino (CaCU) en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Se obtuvo que el 99% de las participantes había escuchado de la citología, el 59% de ellas habían escuchado sobre el virus de Papiloma Humano (VPH) y el 90% se habían tomado la citología alguna vez; sobre las posibles etiologías del CaCU destacaron la infección con el VPH y conducta sexual; sobre síntomas del CaCU, la mayoría respondieron que esta enfermedad no tiene síntomas; con relación a las formas de prevención del CaCu, caracterizaron la citología y la realización de chequeos médicos asimismo mencionaron la importancia de reducir el número de compañeros sexuales y de usar condón. Se concluyó que las participantes reportaron conocimientos básicos acerca del CaCu y el tamizaje.

Gutiérrez C y Alarcón E. (20) en Perú en el 2006, realizaron un estudio en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) a mujeres que buscaron atención por cáncer de cuello uterino y mama, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de pobreza y el estadio al momento del diagnóstico de cáncer ginecológico. Se estableció una correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y casos avanzados de cáncer de cuello uterino ($\rho=0,92$, $p<0,001$). Se concluyó en la asociación directa fuerte entre el nivel de pobreza y la proporción de casos avanzados de cáncer ginecológico en pacientes que fueron atendidas en el INEN, la cual constituiría un indicador de inequidad en el acceso a servicios y actividades de prevención primaria y secundaria de salud en la población femenina en dicha país.

Hernández C, et al. (21) realizó un estudio en México en el año 2002, a través de 100 entrevistas a mujeres de 12 a 49 años de edad y con vida sexual activa, con el objetivo de determinar los factores que limitan a las mujeres para no acudir a la realización de Detección Oportuna de CaCU (DOC). Los resultados fueron: la edad promedio de las participantes fue de 28 años; el 60,5 de ellas se había realizado un DOC por lo menos una vez; la escolaridad mínima fue primaria en 55%; el inicio de vida sexual antes de los 19 años estuvo presente en un 44%. Además los factores relacionados con la no utilización del DOC fueron: accesibilidad a establecimiento 31%; retraso a la entrega de resultados mayor a un mes 22%; pudor 8% y disponibilidad de tiempo de la usuaria 6%. Se concluyó en la necesidad de vigilancia de los programas como el DOC, la sensibilización continua de la población para la utilización de programas de medicina preventiva, así como establecer estrategias para mejorar la oportunidad de entrega de resultados.

III. BASE TEÓRICA.

III. BASE TEÓRICA.

Las lesiones precancerosas del cuello uterino son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cuello uterino; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por el virus del papiloma humano (VPH) (20). La neoplasia intraepitelial cervical se considera la antesala del cáncer cérvicouterino. (24) (ver Anexo N° 01)

Existen diversas clasificaciones para las lesiones del epitelio cervical, de las cuales se manejan principalmente dos clasificaciones: Clasificación de Richart, la cual toma en cuenta la intensidad de estas alteraciones, se distinguen en: NIC grado 1, equivalente a displasia leve; NIC, grado 2, equivalente a displasia moderada y el NIC grado 3, equivalente a displasia grave y carcinoma in situ (CIS); y el Sistema Bethesda, la cual divide las alteraciones citológicas, en tres grupos: lesiones atípicas (ASCUS, ASC-H, AGUS), lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIE BG) y las lesiones intraepiteliales de alto grado (LIE AG). (20, 22) (ver Anexo N° 02 y 03)

Según el sistema Bethesda, las lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG), abarcan las características citológicas de la infección por VPH y NIC1. El 12% de las mujeres con LIEBG progresan a lesiones intraepiteliales de alto grado a los 2 años. (32) (ver Anexo N° 04)

En la práctica clínica, el concepto de NIC supuso la necesidad de tratar a todas las mujeres con independencia del grado porque se consideró estas alteraciones como etapas de un mismo proceso con potencial pre maligno y a la vez el mejor entendimiento de la historia natural permitió, confirmar que no siempre todas estas alteraciones son potencialmente progresivas.(21) (ver Anexo N° 05)

El tamizaje de CaCU son las pruebas para la detección temprana de lesiones precursoras, dentro de las cuales se incluye: la citología exfoliativa, también conocida como la prueba de PAP; la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la colposcopia. (27). De las cuales, el método de cribado citológico en el cuello uterino o prueba de Papanicolaou (PAP), detectan casi todas las neoplasias

cervicouterinas durante las fases premaligna o maligna oculta temprana típicamente duraderas, lapso en que los resultados del tratamiento son óptimos. La especificidad de esta prueba siempre es grande y se acerca al 98%. Sin embargo los estimados de su sensibilidad son menores y más variables. La sensibilidad imperfecta es compensada por las recomendaciones de repetir la prueba durante toda la vida de la mujer. (31)

En la detección de alteraciones epiteliales cervicales por PAP las recomendaciones francesas actuales para la detección del cáncer de cuello se basan en una toma de muestra cada 3 años en mujeres de 25 a 65 años (lo cual representa alrededor de 14 tomas de muestra vida-mujer). La sensibilidad del PAP es del 58%, los falsos negativos de hasta un 15%, pero en gran parte paliada por la repetición de las tomas de muestras. No obstante, esta metodología ha demostrado su eficacia para disminuir significativamente la incidencia del cáncer cervical. (19).

Dentro de los factores de riesgo para CaCU se considera: Inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, pareja sexual de alto riesgo (promiscuidad), infección por VPH, tabaco (asociado con un aumento del riesgo de padecer carcinoma epidermoide, el cual incluye al CaCU), infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, historia de ETS (Chlamydia trachomatis, virus herpes simple tipo 2, virus de Epstein-Barr), uso prolongado de anticonceptivos orales, multiparidad, historia previa de displasia vulvar o vaginal, condición socioeconómica baja, antecedentes familiares, antecedente de tratamiento hormonal prolongado (dietilestilbestrol), entre otros. (17)

El CaCU es considerado una enfermedad de transmisión sexual, siendo su principal etiología la infección por el virus del papiloma humano (VPH).(17)

El VPH pertenece a la familia Papovaviridae, es un ADN virus, induce lesiones proliferativas en el epitelio cutáneo y mucoso, se han identificado más de 100 subtipos. Podemos encontrar ADN del VPH en más del 95% de las lesiones premalignas y del CaCU. Los tipos de VPH más comunes en CACU, por orden descendente de frecuencia, son: 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52 y 53. El VPH 16 es el principal VPH de alto riesgo. (18)

La mayoría de las infecciones por este virus son transitorias, se resuelve espontáneamente en la mayoría de las mujeres (aclaramiento viral del 90% a los 2 años) y el virus de forma aislada no es suficiente para producir cáncer. En los casos en los que la infección se crónica (concepto de remanencia o persistencia), el tiempo desde la infección hasta que se desarrolla carcinoma no invasivo y finalmente cáncer invasivo es de alrededor de 15 años. Los NIC 1 a 3 pueden regresar o evolucionar.(20)

Se estima que alrededor del 80% de las personas que han tenido relaciones sexuales han estado expuestas al VPH a lo largo de su vida sin por ello desarrollar cáncer. (19)

Durante el embarazo ocurre una depresión inmunológica y también se reducen los niveles de folatos sanguíneos, ambos se han asociado con un aumento de lesiones intraepiteliales mientras presente más embarazos.(22)

La nicotina y la cotinina disueltas en sangre, son las que le dan al tabaco su acción carcinogénica. Estas sustancias han sido detectadas en el cérvix, moco cervical, la orina y la saliva, provocan una disminución de las células de Langerhans y posteriormente una inmunodepresión local. Otros elementos asociados son la reducción de los antioxidantes (obtenidos de la dieta) y la inmunodepresión sistémica. En el progreso de la infección por el VPH puede estar influido por la situación nutricional.(23)

El uso por más de 5 años de anticonceptivos orales (como factores hormonales) en portadoras de VPH aumenta el riesgo de padecer CaCU y si hubiera una lesión intraepitelial, puede que progrese más rápido a CIS. (20)

La infección viral es frecuente en pacientes con supresión o defecto en el sistema inmune (demostrado por linfopenia, con una alteración de la relación linfocitos B/ linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrófilos disminuida).(23)
En la detección del CaCU en menores de 30 años, el inicio temprano de las relaciones sexuales, la presencia de HPV, y el primer PAP después de 25 años, son las causas más predominantes.(24)

Cuando se hace el diagnóstico de CaCU la edad media de la mujer es de 51. Entre más aumente la edad se asocia a un estadio más avanzado de la enfermedad, siendo el grupo más afectado, mujeres de edad comprendida entre 60 y 69 años.(7)

IV. MATERIALES Y METODOS.

IV. MATERIALES Y METODOS.

DISEÑO.

- Tipo de Estudio: Cuantitativo
- Diseño de descriptivo transversal

POBLACIÓN Y MUESTRA.

- **POBLACION:** Todos los pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017. Dicha población es de 65 personas. Ver flujograma N°1.
- **MUESTRA:** Se tomara a toda la población, la cual será de 50 personas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Mujeres mayores de 21 años y menores de 65 años con diagnóstico definitivo de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIE BG) por Papanicolau (PAP) atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Tienen dos partes:

1. Observacional no experimental:

Se realizó una revisión de la base de datos de los resultados de la lectura de muestras de PAP en el servicio de Anatomía Patológica en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo para la selección de informes con resultado de lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG), con la codificación internacional de enfermedades (códigos N87.0) en el Departamento de Estadística e Informática, las cuales constituyeron la población de estudio. Posterior a la selección de la población de estudio, se realizó la captación de dichas pacientes en su dirección (dato personal obtenido de la base de datos del departamento de Estadística e Informática), a las cuales previa entrevista y aceptación de su participación en el estudio (lo cual se verá reflejado en la firma

del consentimiento informado) se les realizó la aplicación de encuestas (ver Anexo N° 06).

2. Encuestas:

La encuesta utilizada en este estudio ha sido modificada tomando como base la Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva (ENDSSR) del Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP) elaborada en el año 2001 y actualizada en el año 2008, la cual consta de preguntas elaboradas en base a características como identificación; características generales de la entrevistada; salud en la niñez; planificación familiar; preferencias reproductivas; adolescentes y adultas jóvenes; actividad sexual y salud reproductiva; vivienda; roles de género y violencia familiar (ver Anexo N° 07). La encuesta modificada ha sido sometida a evaluación y validación por expertos, tanto por ginecólogos del Hospital Regional Docente Las Mercedes De Chiclayo (HRDLMCH) así como la participación de un especialista en oncología ginecológica del Hospital regional de Lambayeque (HRL), además de la realización de una prueba piloto a la misma.

Sobre la encuesta cumple con algunos requisitos:

- La información obtenida debe ser de interés, estrictamente para el estudio.
- Las preguntas de las encuestas han sido elaboradas con precisión y claridad, de manera que se evitara la ambigüedad o la presencia de preguntas abiertas que puedan provocar confusión por parte tanto del encuestador como del encuestado.
- Las preguntas no están relacionadas con la opinión o percepción personal del encuestado, lo que evita la sugestividad individual.
- Mantener el anonimato de las personas involucradas en el estudio

El encuestado utilizará un lenguaje adecuada para las personas que participen en el estudio, que permita evitar ambigüedad u otras situaciones erróneas de interpretación.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS.

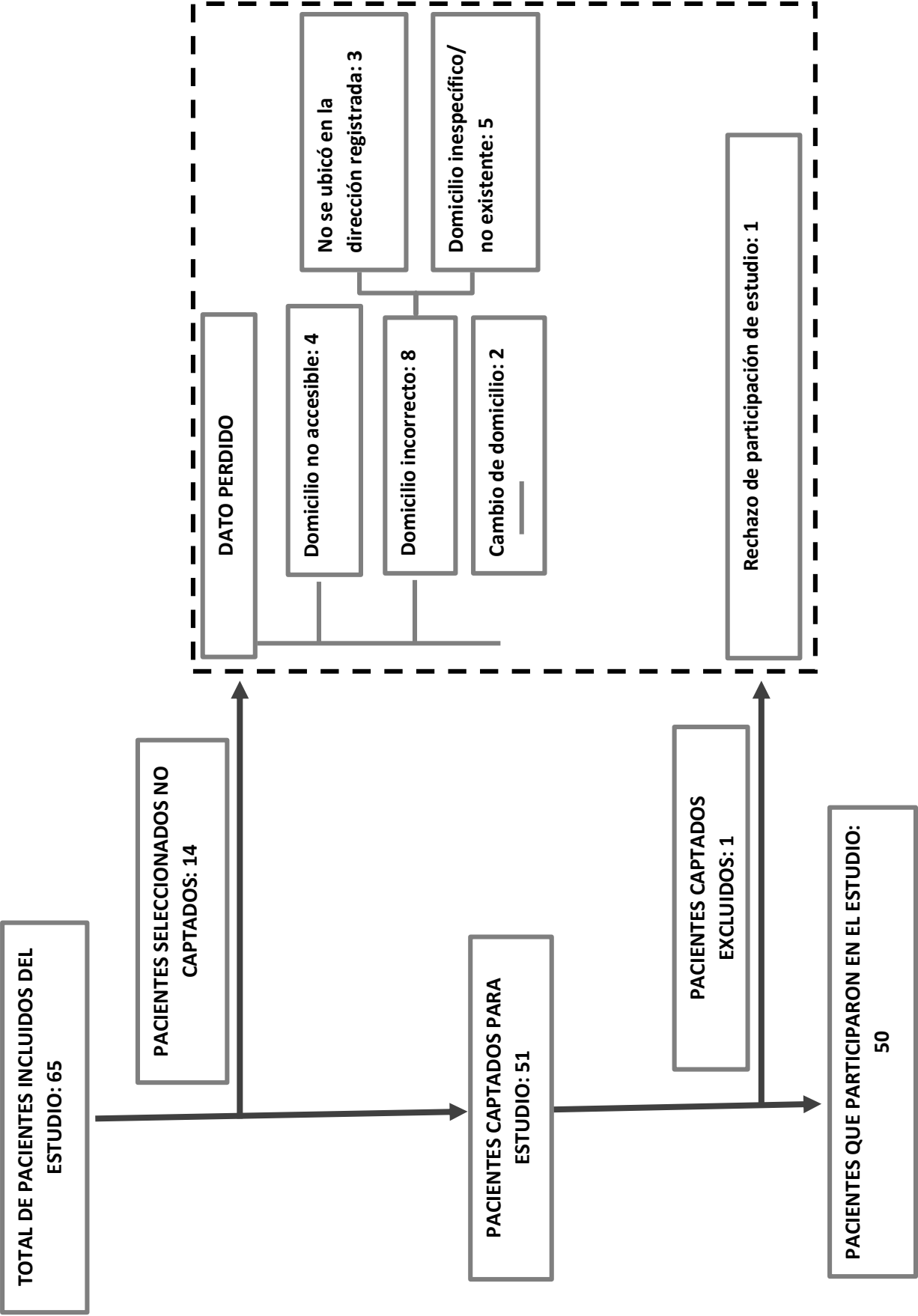
Se realizó un análisis descriptivo con análisis de frecuencia absoluta y relativa para las variables cualitativas; media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Se usará el software Microsoft Excel 2013. El registro de datos se procesó utilizando el paquete estadístico SPSS-25.0, para su posterior presentación en cuadros de entrada simple y doble, así como en gráficos de relevancia.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio fue revisado por el comité de investigación de nuestra universidad, el cual aprobó la realización de dicho trabajo de investigación.

Las pacientes seleccionadas estaban en el derecho de aceptar o negarse participar de este estudio. Aquellas que aceptaron participar en el estudio firmaron un documento de Consentimiento Informado, en el cual se ponía en manifiesto las cláusulas de dicho estudio, haciendo hincapié en la importancia de la participación en el estudio así como la total confidencialidad de los datos otorgados en las encuestas, las cuales sirvieron solo para fines de investigación. Al ser publicados los resultados de la investigación, se evitaría toda información que permita identificar a las personas a las cuales pertenece la información.

Flujograma N° 01: Diagrama de flujo de la selección de la muestra



V. RESULTADOS.

V. RESULTADOS.

Tabla N° 01. Características epidemiológicas de las pacientes con LIEBG en Hospital Regional Docente las Mercedes. Lambayeque (2017).

	N	%
Inicio de vida sexual < 15 años	8	16,0
Uso de MAC	37	74,0
Antecedente de tabaquismo	23	46,0
Número de parejas sexuales (> 1 pareja)	13	26,0
Antecedente de parejas promiscuas	17	34,0
Antecedente familiar de CaCU	7	14,0
Antecedente de PAP previos alterados	19	38,0
N: número de pacientes con característica mencionada		
CaCU: Cancer cervicouterino		
%: porcentaje con respecto al total		
MAC: método anticonceptivo		
PAP: Papanicolaou; LIE BG: Lesiones intraepiteliales de bajo grado		

La edad promedio de inicio de la vida sexual fue a los 20 años, siendo sobrepasada esta edad en las pacientes que tuvieron un grado de instrucción de secundaria y superior completos.

El método anticonceptivo más utilizado por las pacientes fueron las inyecciones y/o pastillas, en un porcentaje del 60% del total, seguido del uso de dispositivos intrauterinos, 10%, las cuales utilizaron T de cobre; el porcentaje restante utilizaron como método el preservativo. El 40,54% de estas pacientes suspendieron el uso de MAC por no considerar efectivo el método utilizado.

El cambio de parejas sexuales con una duración menor de 6 meses no fue representativa, ya que el 84% del total de PAP previos alterados pertenecieron al grupo de pacientes que no presentaron dicha característica.

Un 10% del total de encuestadas no sabía si presentaba el antecedente de tener un familiar con cáncer de cérvix.

El antecedente de tabaquismo estuvo presente en un 46% del total de pacientes que participaron en condición de antiguo fumador, estas pacientes no registraron haber tenido algún examen de PAP previo alterado.

Tabla N° 02: Descripción de las características de las pacientes con LIE BG en Hospital Regional Docente las Mercedes. Lambayeque (2017).

	Fi	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Sin grado de instrucción	1	2
Primaria incompleta	4	8
Primaria completa	2	4
Secundaria incompleta	9	18
Secundaria completa	19	38
Superior	15	30
ESTADO CIVIL		
Soltero	2	4
Casado	14	28
Divorciado	2	4
Conviviente	31	62
Viudo	1	2
EDAD (años)		
21 – 35	27	54
36 – 49	9	18
50 – 64	14	28
NIVEL SOCIOECONOMICO		
NSE E	48	96
NSE D	2	4
NSE C	0	0
NSE B	0	0
NSE A	0	0
METODO ANTICONCEPTIVO		
INYECCIÓN, PASTILLAS	30	60
DIU (T DE COBRE)	5	10
CONDÓN	2	4
METODO DEL RITMO	0	0
NO UTILIZA MAC	13	26
EDUCACION SEXUAL		
NO HA RECIBIDO	11	22
SI HA RECIBIDO	39	78
fi: frecuencia relativa		
%: porcentaje con respecto al total		

En la distribución del grado de instrucción de las pacientes diagnosticadas con L Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIE BG) de acuerdo al número de PAP realizados, las pacientes con grado de instrucción de secundaria y superior (68%) fue el grupo representativo. En este grupo la media de número de PAP realizados fue entre 4 y 6 exámenes de PAP realizados respectivamente.

El nivel socioeconómico al que pertenecían las pacientes, en casi su totalidad, fue el tipo E, 48 personas (96% del total). De estas pacientes, 25 de ellas (52.08%) no acudían con frecuencia a su establecimiento de salud.

Un 78% de las pacientes encuestadas refirió haber recibido alguna lección, curso o charla sobre educación sexual durante su formación académica en secundaria. De estas pacientes, el 64,1% de ellas refiere haber recibido una charla sobre el cáncer del útero (matriz) o la prueba Papanicolaou.

Con respecto al conocimiento de las pacientes encuestadas si saben diferenciar cuando el flujo vaginal es normal o anormal en una mujer, solo el 18% de las pacientes tenía una respuesta muy poco aproximada e inteligible a la literatura actual.

Tabla N° 03. Distribución de PAP realizados, según grado de instrucción.

	Numero de PAP realizados					
	1 PAP realizado *		2 – 3 PAP		4 = < PAP	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Sin grado de instrucción	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Primaria incompleta	2	40,0	3	60,0	0	0,0
Primaria completa	0	0	5	100,0	0	0
Secundaria incompleta	1	14,3	0	42,6	6	85,7
Secundaria completa	0	0,0	3	23,1	10	76,9
Superior	0	0	1	5,3	18	94,7
Total	4	68	12	32,0	34	6

PAP: Papanicolaou **fi:** frecuencia relativa

1 PAP realizado *: PAP en el que se le realizó el diagnóstico de LIE BG en el 2017

Tabla N° 04. Distribución de Número de PAP previos alterados en las pacientes diagnosticadas con LEIBG de acuerdo al Número de PAP total. Hospital Regional Docentes Las Mercedes de Chiclayo - 2017

			Número de PAP									
			0	1	2	3	4	5	7	9	10	11
Número de PAP previos alterados	0	Recuento	1	2	1	8	9	2	3	3	2	0
		% dentro de Número de PAP previos alterados	3,2%	6,5%	3,2%	25,8%	29,0%	6,5%	9,6%	9,6%	6,5%	0,0%
		% dentro de Número de PAP % del total	100,0%	100,0%	50,0%	88,9%	75,0%	40,0%	42,9%	50,0%	40,0%	0,0%
	1	Recuento	0	0	1	1	3	2	3	3	2	1
		% dentro de Número de PAP previos alterados	0,0%	0,0%	6,2%	6,2%	18,8%	12,5%	18,8%	18,8%	12,5%	6,2%
		% dentro de Número de PAP % del total	0,0%	0,0%	50,0%	11,1%	25,0%	40,0%	42,9%	50,0%	40,0%	100,0%
	2	Recuento	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0
		% dentro de Número de PAP previos alterados	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	0,0%	33,3%	0,0%
		% dentro de Número de PAP % del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	14,2%	0,0%	20,0%	0,0%
	Total	Recuento	1	2	2	9	12	5	7	6	5	1
		% dentro de Número de PAP previos alterados	2,0%	4,0%	4,0%	18,0%	24,0%	10,0%	14,0%	12,0%	10,0%	2,0%
		% dentro de Número de PAP % del total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

PAP: Papanicolaou

La relación de PAP realizados y el número de PAP alterados previos presenta la siguiente distribución: 62% del total, no presentaron resultados de PAP alterados, 32% presentaron un resultado de PAP alterado y un 6% presentó dos exámenes de PAP alterados. La presencia de exámenes de PAP con resultados alterados previos al PAP de diagnóstico de LIEBG se observó en las pacientes a las que se les realizaron más de 3 exámenes de PAP, presentando diferencia significativa ($p=0,021$).

En la relación edad del paciente y numero de PAP (PAP) alterados previos al examen en el que se diagnosticó lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado, la edad de las pacientes que registraron un examen de PAP alterado estuvo comprendido entre 45 y 52 años, a diferencia de 3 pacientes que presentaron 2 exámenes alterados cuyas edades fueron 25, 29 y 33 años.

VI. DISCUSSION.

VI. DISCUSION.

El cáncer de cérvix es uno de los problemas más prioritarios en salud pública a nivel mundial, su incidencia es mayor en países en vías de desarrollados, aunque más del 50 % de los casos y muertes en números absolutos se producen en los países vías de desarrollo (5), en nuestro trabajo de tesis realizado en un hospital estatal, se halló que todas nuestras pacientes encuestadas excepto dos, pertenecieron al nivel socioeconómico E, y que de estas pacientes el 25% no acuden con frecuencia a su establecimiento de salud, sumado a residir en un país en vías de desarrollo, estas pacientes podrían evolucionar a estadios de lesión intraepitelial de alto grado (LIE AG), es allí donde resulta esencial el seguimiento riguroso de estas pacientes y así no aumentar mortalidad por este tipo de cáncer. Gutiérrez C y Alarcón E. (20) resaltó el rol que juega el nivel socioeconómico de las pacientes al momento de la detección de CaCU, estableciendo una correlación directa.

El hecho de que la prácticamente la cuarta parte de nuestras pacientes no acuden con frecuencia a su establecimiento de salud, pone en riesgo que estas pacientes no se reciba el resultado de PAP, lo cual fue descrito por Moreira C, et. al. (15) 2014, Brasil, donde identifico factores relacionados a la no asistencia de las mujeres a la consulta de retorno para recibir el resultado de PAP donde obtuvo que dichas pacientes eran mujeres jóvenes, con inicio precoz de la actividad sexual, conocimiento inadecuado sobre la PAP y pertenecientes de clase socioeconómica baja.

En nuestro estudio se observó que aproximadamente el 62% de las pacientes no tenían resultados de PAP alterados previos al que les dio el diagnóstico de LIEBG, lo cual es concordante con la literatura, en el sentido de que a mas PAP se realice la mujer hay más probabilidad de tener un hallazgo alterado, debido a que la sensibilidad del PAP que es del 58%, disminuyendo significativamente la incidencia del cáncer cervical. (19). Se halló una diferencia significativa ($p=0,021$) en la relación número de PAP realizados y la presencia de PAP con resultados alterados, observándose informes de citología anormal en las pacientes a las que se les realizaron más de 3 exámenes de PAP. Barrionuevo L., et. al. (16) indica la asociación entre la realización de la citología del cuello uterino y el tipo de seguro de salud en las mujeres peruanas, la cual resulta en desventaja en

aquellas que no tienen acceso a un seguro de salud o poseen un seguro de salud pobre en estrategias de medicina preventiva.

Las pacientes con grado de instrucción de secundaria y superior presentaron la mayor cantidad de PAP realizados, lo que supondría la importancia de fortalecer la oportunidad al acceso a la educación en este tipo de población. Julca J. (18) indicó la importancia de intervenciones educativas en conocimientos y actitudes en la prevención de cáncer cervicouterino en esta población en riesgo.

Se halló que el 16% de las pacientes encuestadas iniciaron relaciones sexuales de tipo vaginal antes de los 15 años, considerado un factor de riesgo para CaCU (17), por lo cual es recomendable abordar cursos o talleres de educación sexual desde los primeros años escolares de educación secundaria, y sería prudente también educar a los padres de familia sobre estos temas. La edad promedio de inicio de la vida sexual fue a los 20 años, siendo sobrepasada esta edad en las pacientes que tuvieron un grado de instrucción de secundaria y superior, lo cual es indica que esta enfermedad traspasa el sector salud, lo que incentiva a adoptar políticas donde se asegure que las mujeres peruanas terminen sus estudios escolares y puedan acceder a estudios superiores, y así evitar el factor de riesgo de relaciones sexuales a temprana edad. Para Hernández C, et al. (21) estos son considerados factores limitantes a las mujeres para no realizarse una detección oportuna de CaCU.

Nuestro estudio encontró que el método anticonceptivo más utilizado por dichas pacientes fueron las inyecciones y/o pastillas, en un porcentaje del 60% de la población encuestada, seguido del uso de T de cobre en un 23,5%, lo que indica la necesidad de una mayor difusión informativa sobre métodos anticonceptivos, entendiendo que el único método anticonceptivo que protege de la infección del VPH es el condón, utilizado por solo un 4% de las pacientes. Estas cifras son muy diferentes a las obtenidas en un estudio por Grangé G, et. al. (13) 2008, en Francia donde los condones se utilizan sobre todo por las mujeres más jóvenes (por 39% de aquellos en el grupo de edad 18-25) y dispositivos anticonceptivos intrauterinos por las personas de entre 31 y 50 años.

Haber tenido parejas promiscuas tuvo una representatividad del 34% del total de pacientes encuestadas, lo que indica un riesgo presente en este grupo de pacientes a la progresión del proceso neoplásico a estadios más avanzados.

El 14% del total de PAP previos alterados perteneció a pacientes que tienen antecedentes de un familiar de primer grado con diagnóstico de cáncer cervicouterino, en comparación con el 86% de pacientes, los cuales no presentaron dicho antecedente familiar, esto demuestra claramente el beneficio del tamizaje para en las mujeres sin antecedentes familiares de CaCU.

Es bien sabido que el tabaco se asocia con un aumento del riesgo de padecer carcinoma epidermoide, el cual incluye al CaCU, y que como tal es un factor de riesgo (17), Y en nuestro estudio se halló un considerable porcentaje en el que el tabaquismo estuvo presente en un 46% del total de pacientes en condición de antiguo fumador. Este porcentaje es mayor que el que Nápoles M., et. al. (13) el cual fue de 12,7%, quien señaló presencia de los factores de riesgo de CaCU en la progresión del proceso neoplásico.

Con respecto a los conocimientos que poseen las pacientes de este estudio acerca del CaCU, PAP resulta alarmante encontrar que la mayoría no tiene una adecuada noción sobre estos temas, lo cual resulta en un punto en contra al momento de decidir cuándo realizarse tamizaje para CaCU. Según el estudio el 78% de las pacientes refiere haber recibido educación sexual, la cual no se vio reflejada al momento de contestar las preguntas acerca de estos temas. De allí que Díaz A, et. al. (17) en su estudio resaltó la importancia de modificar los conocimientos relacionados con la prevención del cáncer cervicouterino en esta población.

Por ultimo nuestro estudio halló que la edad más frecuente de realización del primer PAP fue de 25 años, y teniendo en cuenta que la edad de inicio de relaciones sexuales vaginales hallado en nuestro estudio fue de una media de 20 años, hay un amplio trecho sin realización de prevención de CACU, y esto lo podemos comparar con un estudio realizado por Martínez, et al. (25) en el cual, el inicio temprano de las relaciones sexuales y el primer PAP después de 25 años, fueron las principales factores hallados en menores de 30 años con

diagnóstico de CaCU, por lo cual de insistimos sobre la concientización de la población sobre esta enfermedad.

Nuestro estudio tuvo como principales limitaciones el hecho de que las pacientes no tienen un adecuado registro de sus direcciones en el departamento de Estadística e informática del Hospital Regional Docente Las Mercedes y en las Historias Clínicas, también la falta de medios económicos para poder llegar a todos los hogares de las pacientes de nuestro estudio. Así como el tamaño de la población de este estudio, no contempla una cantidad significativa para poder reflejar la realidad de las pacientes con este tipo de enfermedad. De esto, Urrutia M. y Gajardo M. (15) indican que la adherencia al tamizaje no solo se debe enfocar a fenómenos biomédicos, sino que involucra una problemática social.

VII. CONCLUSIONES.

VII. CONCLUSIONES.

1. Las principales características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo en el año 2017 son: un promedio de edad de 26 años; pertenecen a un nivel socioeconómico clase E; 68% de las pacientes cuenta con escolaridad de secundaria y superior.
2. Las características sociales, económicas y culturales de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado son: pertenecen a un estrato socioeconómico bajo; poseen un nivel cultural elevado, no siendo este un factor que garantice la educación sexual.
3. Los antecedentes gineco-obstétricos presentes en las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado son: el MAC más utilizado fueron las inyecciones y/o pastillas, siendo diferente al método anticonceptivo que protege de la infección por VPH (condón). El 78% de las pacientes ha recibido alguna lección, curso o charla sobre educación sexual durante su formación académica en secundaria. Solo el 18% sabe diferenciar cuando el flujo vaginal es normal o anormal en una mujer con respecto a la literatura actual.

VIII. RECOMENDACIONES.

VIII. RECOMENDACIONES.

1. Resulta importante ampliar una investigación más específica planteando las posibles relaciones entre las diferentes características en estas pacientes, contando con una mayor población que otorgue la fiabilidad del estudio y la importancia de los resultados del mismo.
2. Realizar educación sexual y factores de riesgo para cáncer de cérvix en toda la población desde infantojuvenil hasta la edad reproductiva.
3. Fortalecer los programas de vacunación contra el virus de Papiloma Humano (VPH) en los colegios e instituciones de educación desde edad temprana.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Organismo Mundial de la Salud, OMS | Cáncer. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/es/>
2. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. GLOBOCAN 2012. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
3. Ministerio de Salud (MINSA). Situación epidemiológica del cáncer de acuerdo a la vigilancia epidemiológica de cáncer basada en registros hospitalarios, enero-diciembre 2017 - 2018. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, 2018.
4. Hunter D. Epidemiología del cáncer. Tratado de Medicina Interna. ClinicalKey, 2017. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130338001804>
5. González E, González-Merlo J. Cáncer de cérvix y vagina. Ginecología Elsevier, 2014. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788445824030000239>
6. Organización mundial de la Salud, OMS | Virus del papiloma humano (VPH). WHO. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
7. Falco M. Cáncer de cuello uterino. American Cancer Society, 2017. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino.html>
8. Minsa.gob.pe [Internet]. Perú: Ministerio de Salud. [Actualizado: 2017 Junio; citado Agosto 2017] Disponible de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>
9. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). CASOS NUEVOS DE CANCER REGISTRADOS EN INEN, PERIODO 2000 - 2016. Datos Epidemiológicos, 2017.
10. Ministerio de Salud (MINSA). Análisis de la situación del Cáncer en el Perú, 2013. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud Perú. 2017. Disponible en:

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=422:asis-cancer-2013&catid=20&Itemid=197

11. Díaz I, Linchenat A, Silveira M. Guías de Diagnóstico y Tratamiento en Oncología Cáncer de Cuello de Útero. Especialistas en Ginecología, Oncología y Cirugía General. 2010. Disponible en:
<http://files.sld.cu/oncologia/files/2010/03/cervix.pdf>
12. Grangé G. Factors associated with regular cervical cancer screening. ClinicalKey. 2017. Disponible en:
<https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S0020729208000714?scrollTo=%23tbl1>
13. Sarduy M, Martínez Y, Vasallo R, Fernández M, et al. Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Septiembre de 2009.
14. Moreira C, Fernandes-Cunha D, Fernandes-Coelho C, Becerra A, et al. Factors related to failure to attend the consultation to receive the results of the Pap smear test. Revista Latino-Americana de Enfermería. Junio de 2014; 22(3):401–7.
15. Urrutia M, Gajardo M. Adherencia al tamizaje de cáncer cervicouterino: Una mirada desde el modelo de determinantes sociales de la salud, 2017. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000200002
16. Barrionuevo L, Palència L, Borrell C. ¿Cómo afecta el tipo de seguro de salud a la realización del Papanicolaou en Perú?. Revista Panamericana de Salud Pública, 2013. Disponible en:
<https://www.scienceopen.com/document?id=2144d8bc-5505-4b13-9d35-9e172fc461f0>
17. Díaz A, Cedeño M, González E, Beltrán J. Acciones educativas para la prevención del cáncer cervicouterino en la adolescencia. MEDISAN v.15 n.2 Santiago de Cuba feb. 2011. Disponible en:
<http://actasdecongreso.sld.cu/downloads/891/1688-5234-3-PB.pdf>

18. Julca J. Efectividad de las intervenciones educativas en conocimientos y actitudes en la prevención de cáncer cervicouterino en la población de riesgo. Universidad Privada Norbert Wiener. Perú, 2018.
19. Garcés I, Rubio D, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(1): 7-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12023071002.pdf>
20. Gutiérrez C, Alarcón. Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. An. Fac. Med. v.69 n.4 Lima, 2008. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S102555832008000400004&script=sci_arttext
21. Hernández C, Girón J, Correa A, Hernández J, Esquivel A, Jacobo A. Limitantes en la utilización del servicio de Medicina Preventiva para la DOC. Unidad de Investigación de Epidemiología. Rev. Enferm IMSS. México, 2002. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim021c.pdf>
22. Martín M, Martínez-Amores B, Navarro F, Álvarez-Mon M. Cáncer de cérvix. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. Enero de 2009; 10(24):1606–12.
23. Castelo B, Redondo A, Bernal E, Ostios L. Cáncer de cérvix. Cáncer de endometrio. Medicine, 2017; 12(34):2036–46.
24. Rakotomahenina H, Bonneau C, Ramanah R, Rouzier R, Brun J, Riethmuller D. Epidemiología, prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino. EMC - Ginecología-Obstetricia 2016; 52(3):1-13. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1283081X16791922>
25. Organización mundial de la Salud, OMS | Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. OMS, 2017. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/cervical-cancer-guide/es/>
26. Pinillos L, Tavera L, Vigil C, Sarria G, Santos C, Almonacid Z, et al. Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEI), 2008. Disponible en:

https://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2008/11052010_NORMA_TECNICA_DE_PREVENCION_CUELLO_UTERINO.pdf

27. Torné A. Patología premalignas del cuello uterino. Revista de Ginecología Elsevier. 2014. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788445824030000215>
28. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Junio de 2014; 40(2):218–32.
29. Sarduy M. Neoplasia Intraepitelial Cervical: Preámbulo del cáncer cervicouterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Agosto de 2008; 34(2).
30. Martínez A, Díaz I, Carr A, Varona J, Borrego J, et al. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cervicouterino en mujeres menores de 30 años. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. Marzo de 2010; 36(1):52–65.
31. Arellano M, Castro M. El estigma en mujeres diagnosticadas con VPH, displasia y cáncer cervicouterino en Hermosillo, Sonora. Estudios Sociales - Elsevier. Diciembre de 2013; 21(42):259–78.
32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Manual para el tamizaje del Cancer Cervicouterino, 2017. Disponible en: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=temas-de-salud&alias=226-manual-para-tamizaje-del-cancer-cervico-uterino&Itemid=518
33. Galán E. Tamizaje citológico para cáncer de cuello uterino: una problemática emergente. 2013.
34. Amaya J, Restrepo S. Screening for cancer of the cervix uteri: how, from which age onwards and up to which age. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 56(1):59–67.
35. Florit M.O. Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. Heliasta; 2006. 1005 p.

ANEXOS

ANEXO N° 01:

TABLA DIFERENCIAS ENTRE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN. (18)

Cuadro 1.

Diferentes sistemas de clasificación de los frotis cervicovaginales.

Histología esperada								
	Mal definida o desconocida	Normal	Metaplasia epidermoide	Metaplasia epidermoide atípica	Displasia ligera	Displasia moderada	Displasia grave	Carcinoma invasivo
Citología clasificación	Descripción citológica	Células normales diferenciadas; metaplasia; inflamación moderada	Inflamación significativa; núcleo grande	Menos del 10% de células basales o indiferenciadas discariotípicas	10-20% de células basales o indiferenciadas discariotípicas	Más del 30% de células basales o indiferenciadas discariotípicas	Células carcinomatosas	
Clasificación Papanicolaou	Clase 0	Clase I	Clase II	Clase II o III	Clase III	Clase IV	Clase V	
Clasificación de Richart	Clase 0	Clase I	Clase II	NIC 1	NIC 2	NIC 3		
Organización Mundial de la Salud	No satisfactorio	Normal	Displasia ligera	Displasia moderada	Displasia grave	CIS	Carcinoma epidermoide invasivo	
Sistema Bethesda	No satisfactorio	En los límites de la normalidad	Atipias	SIL de bajo grado	SIL de alto grado	Cáncer epidermoide		
American Society of Cytopathology	No satisfactorio	Ausencia de células anormales	Atipias epidermoides ligeras	Citología correspondiente a una displasia ligera	Citología correspondiente a una displasia moderada	Citología correspondiente a una displasia grave	Citología correspondiente a un carcinoma invasivo de células epidermoides	

ANEXO N° 02:
TABLA CLASIFICACIÓN DE RICHART (19).

CLASIFICACION DE RICHART		
GRADO	DESCRIPCION CITOLOGICA	GRADO DE DISPLASIA
NIC 1	Las anormalidades afectan aproximadamente solo el tercio inferior del grosor del epitelio.	Leve
NIC 2	Las anormalidades afectan entre un tercio y dos tercios del espesor del epitelio.	Moderada
NIC 3	Las anormalidades se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio.	Grave y carcinoma en situ
* CIN: Neoplasia Intraepitelial Cervical		

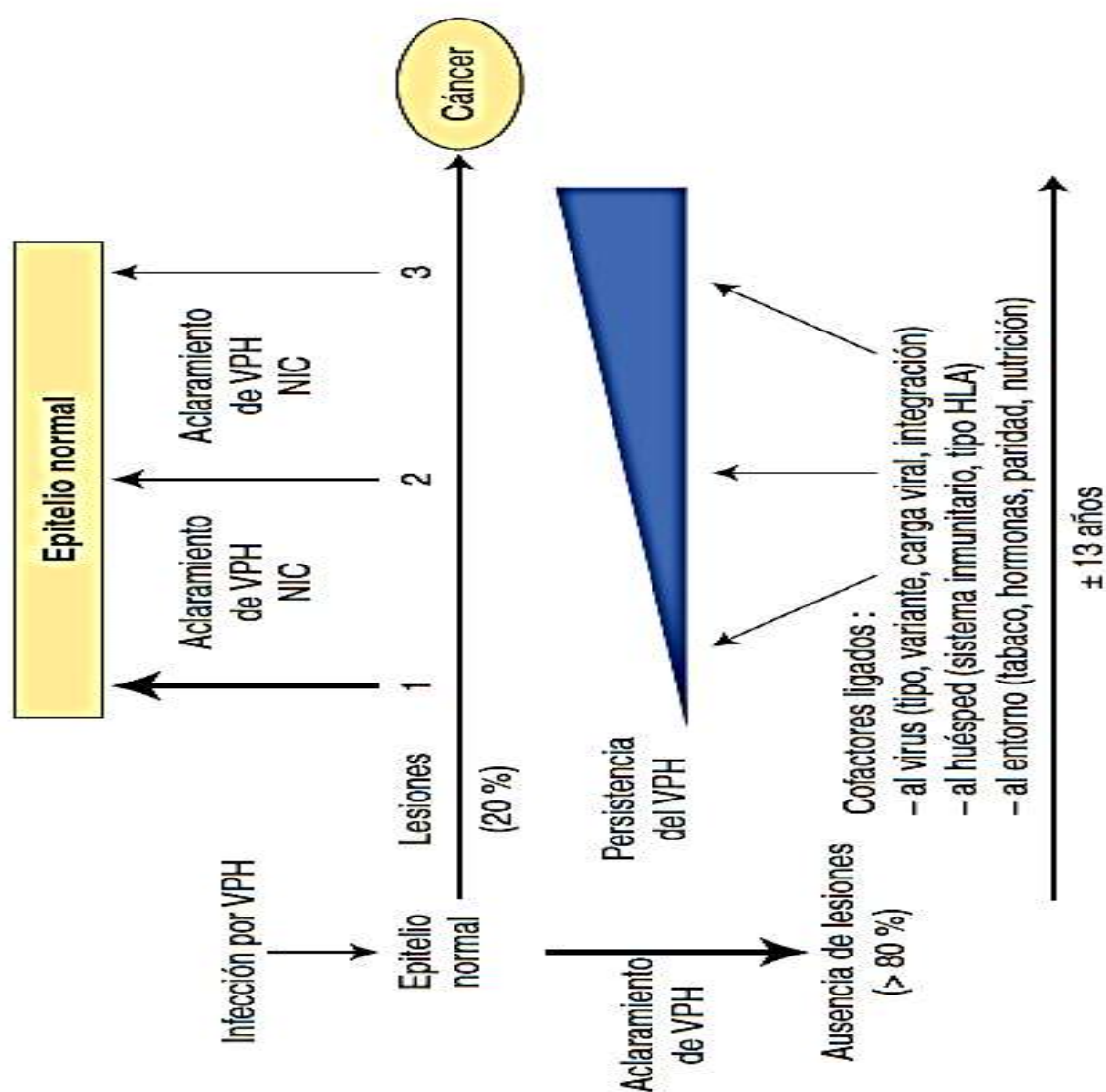
ANEXO N° 03:
TABLA SISTEMA BETHESDA (20).

CLASIFICACIÓN DE BETHESDA	
ALTERACIÓN CITOLÓGICA	
1.1.1. Células escamosas	
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	
Células escamosas atípicas, no se descarta lesión de alto grado (ASC-H)	
Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LIEB)	Presencia del VPH
	Displasia leve
Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIA)	Displasia moderada
	Displasia severa
	Carcinoma in situ
Carcinoma de células escamosas	
1.1.2. Células glandulares	
Anomalías de células glandulares de significado indeterminado (AGUS)	

ANEXO N° 04:

GRÁFICO HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (CaCu).

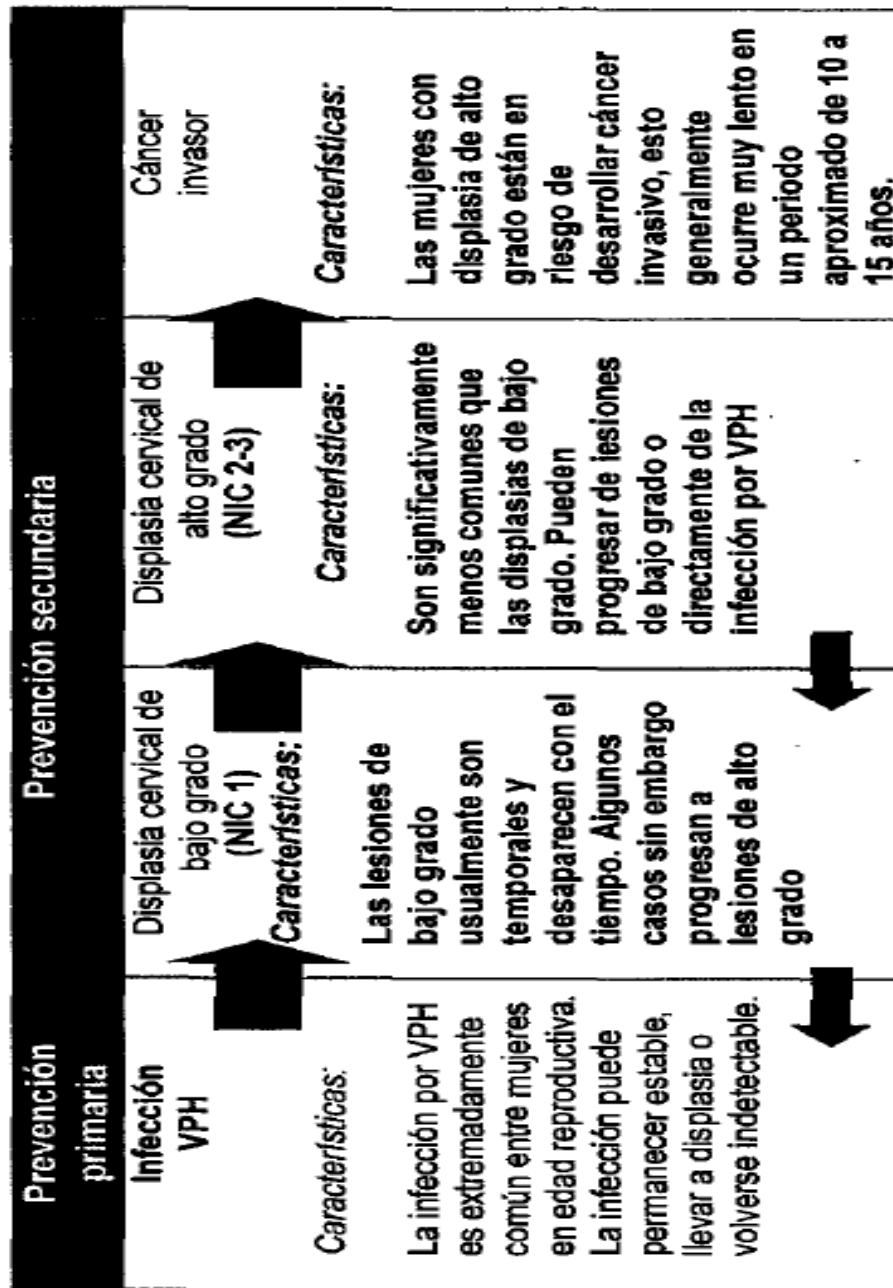
Figura 1. Historia natural del cáncer de cuello uterino. VPH: virus del papiloma humano; NIC: neoplasia intraepitelial cervical; HLA: antígeno leucocítico humano.



ANEXO N° 05:

GRÁFICO HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER CERVICOUTERINO (21).

Figura 1: Historia natural del cáncer cervical



Adaptado de Herdman C, Sherris J. Planning appropriate cervical cancer control programs, Seattle (WA): PATH; 2000

ANEXO N° 06:
FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: Características epidemiológicas de las pacientes con diagnóstico de lesiones cervicales intraepiteliales escamosas de bajo grado en el hospital regional docente las mercedes de Chiclayo, 2017.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15-20 minutos de su tiempo.

CONFIDENCIALIDAD:

Las respuestas que brinden serán anónimas y sólo se usarán para los propósitos de la investigación. En el caso de ser publicados los resultados de la investigación, se evitara toda información que permita identificar a las personas a las cuales pertenece la información. No será mostrada su información a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Las fichas de consentimiento informado se eliminarán a los 2 años de terminado el trabajo.

USO DE LA INFORMACIÓN: La información una vez procesada será eliminada.

DERECHOS DEL PACIENTE:

Si Usted decide no participar del estudio puede retirarse en cualquier momento, sin prejuicio alguno. En caso de alguna duda llamar al número: Cell. 968960234.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi estado personal.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____ **Fecha:** _____
Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el paciente ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del investigador(es): _____

Firma del investigador: _____ **Fecha:** _____
Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado _____ (M.C.V.E).

ANEXO N° 07: INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLOGICAS DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LESIONES CERVICALES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE BAJO GRADO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES DE CHICLAYO, 2017.

ENCUESTA APLICADA A PACIENTES**AL ENTRAR EN CONTACTO CON LA ENTREVISTADA LUEGO DE PRESENTARSE, LÉALE LO SIGUIENTE:**

Estamos haciendo una encuesta de la salud de las mujeres, por lo que hemos escogido a su hogar para hacer una entrevista. Toda la información que usted nos proporcione será estrictamente confidencial, y su nombre no aparecerá en ningún informe de los resultados de este estudio. Su participación es voluntaria y no tiene que contestar las preguntas que no desee. Sus respuestas son muy importantes para mejorar los programas de salud del país.

¿Está usted de acuerdo en ser entrevistada? **En el caso de estar de acuerdo firmar hoja de consentimiento informado.**

SI ☐NO ☐

SI LA PERSONA NO ESTÁ DE ACUERDO EN SER ENTREVISTADA, TERMINE LA ENTREVISTA Y REGISTRE EN EL FORMATO (ENTREVISTA RECHAZADA).

Fecha de encuesta:...../...../.....
Día / mes / año

EDAD: AÑOS

Teléfono móvil:

DIRECCIÓN ACTUAL:

A. ASPECTOS SOCIOCULTURALES**➤ GRADO DE INSTRUCCIÓN**

PREGUNTA N° 01: ¿Cuál es el grado de estudios más alto que Ud. ha realizado?

1. Sin grado de instrucción * ☐

2. Primaria ☐

3. Secundaria ☐

4. Superior (Indique) Universitaria ☐ Técnica ☐

(*) Si la respuesta **sin grado de instrucción** es omita la siguiente pregunta **N° 02.**

De haber realizado estudios, indique



PREGUNTA N° 02: ¿Culminó dichos estudios?

Incompleta ☐

Completa ☐

➤ ESTADO CIVIL

PREGUNTA N° 03: ¿Cuál es su estado civil?

Soltera ☐

Casada ☐

Conviviente ☐

Viuda ☐

Divorciada ☐

26-10-2017

B. ASPECTO SOCIOECONOMICO

AHORA, NOS GUSTARIA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU NIVEL SOCIOECONOMICO QUE SON DE MUCHA IMPORTANCIA PARA NUESTRO ESTUDIO.



PREGUNTA Nº 04: ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

1. Menos de 750 soles/mes aproximadamente..... ☐
2. Entre 750 – 1000 soles/mes aproximadamente..... ☐
3. 1001 – 1500 soles/mes aproximadamente..... ☐
4. > 1500 soles/mes aproximadamente..... ☐



PREGUNTA Nº 05: ¿A dónde acude el Jefe de Hogar para atención médica cuando él tiene algún problema de salud?

1. Posta médica / farmacia / naturista..... ☐
2. Hospital del Ministerio de Salud / Hospital de la Solidaridad... ☐
3. Seguro Social / Hospital FFAA / Hospital de Policía..... ☐
4. Médico particular en consultorio..... ☐
5. Médico particular en clínica privada..... ☐



PREGUNTA Nº 06: ¿Cuántas habitaciones tienen su hogar, exclusivamente para dormir?

1. 5 o más habitaciones..... ☐
2. 4 habitaciones..... ☐
3. 3 habitaciones..... ☐
4. 2 habitaciones..... ☐
5. 1 – 0 habitaciones..... ☐



PREGUNTA Nº 07: ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar? (sin incluir el servicio doméstico por ejemplo empleadas).

1. 1 -2 personas..... ☐
2. 3 – 4 personas..... ☐
3. 5 – 6 personas..... ☐
4. 7 – 8 personas..... ☐
5. 9 a más personas..... ☐



PREGUNTA Nº 08: ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

1. Tierra / Arena..... ☐
2. Cemento sin pulir (falso piso)..... ☐
3. Cemento pulido / Tapizón..... ☐
4. Mayólica / loseta / cerámicos..... ☐
5. Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo.... ☐

➤ **ENFERMEDAD CRÓNICA Y DISCAPACIDAD**

PREGUNTA Nº 09: ¿Usted padece de alguna enfermedad o alguna incapacidad que le limita con sus actividades diarias?

SI ☐NO ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita la siguiente pregunta **Nº 10**.



PREGUNTA Nº 10: ¿Qué enfermedad (es) padece?

Especifique:
(Código de enfermedad) **VER LISTA DE ENFERMEDADES EN LA GUIA DEL ENCUESTADOR**

C. ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

AHORA, NOS GUSTARIA HACERLE ALGUNAS PREGUNTAS PERSONALES Y QUE SON DE MUCHA IMPORTANCIA PARA NUESTRO ESTUDIO.

➤ **EDAD DE PRIMER COITO VAGINAL**

PREGUNTA Nº 11: ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual vaginal?

EDAD EN AÑOS.....

- NUNCA HA TENIDO ☐
- NO DESEA CONTESTAR ☐
- NO SABE/RECUERDA ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita las preguntas desde **Nº 12** hasta la **Nº 16**.

➤ **EMBARAZOS**

PREGUNTA Nº 12: ¿Alguna vez ha estado embarazada?

SI ☐NO ☐

PREGUNTA Nº 13: ¿Cuántas pérdidas (abortos) ha tenido Ud.?

- **Nº DE PERDIDAS**.....

Especifique (Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**

➤ **EDAD DE PRIMER PARTO.**

PREGUNTA Nº 14: ¿A qué edad tuvo su primer parto?

EDAD EN AÑOS.....



PREGUNTA Nº 15: ¿Fue por parto vaginal o cesárea?

☐

1. Parto vaginal

2. Cesárea ☐➤ **NÚMERO DE HIJOS (NACIDOS VIVOS).****PREGUNTA Nº 16:** ¿Cuántos hijos nacidos vivos Ud. ha tenido en total?

Especifique:
 (Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**



AHORA LE VOY A HACER ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, ES DECIR, DE LAS COSAS QUE USAN LAS PAREJAS PARA EVITAR QUE LA MUJER QUEDE EMBARAZADA.

➤ **MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR****PREGUNTA Nº 17:** ¿Usted ha usado alguna vez un método anticonceptivo?SI ☐NO ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita las siguientes preguntas **Nº 19** y **Nº 20**.

En caso de ser respuesta positiva, especifique:

**PREGUNTA Nº 18:** ¿Cuál fue el método anticonceptivo que usted usó?

1. ESTERILIZAC. FEMENINA (**LIGADURA**)..... ☐
2. DIU (**T DE COBRE**)..... ☐
3. INYECCIÓN PASTILLAS..... ☐
4. MÉT. VAGINALES (**DIAFRAGMA, ESPERMICIDA**)..... ☐
5. CONDÓN (**PRESERVATIVO**)..... ☐
6. METODO DEL RITMO..... ☐
7. Otros: (Especifique)

**PREGUNTA Nº 19:** ¿Qué edad tenía cuando comenzó a usar ese método?EDAD EN AÑOS..... **FACTORES DE RIESGO**

AHORA ME GUSTARÍA HACERLE UNAS PREGUNTAS SOBRE SU ACTIVIDAD SEXUAL RECIENTE. LE PUEDO ASEGURAR QUE SUS RESPUESTAS SON EstrictAMENTE CONFIDENCIALES Y QUE NADIE TENDRÁ ACCESO A ELLAS. SI HAY ALGUNA PREGUNTA QUE USTED NO QUIERA CONTESTAR, POR FAVOR ME LO DICE Y PASAREMOS A LA PRÓXIMA PREGUNTA.

* Si la respuesta a la pregunta **Nº 11** fue negativa, omita las preguntas desde **Nº 20** hasta la **Nº 24**.

➤ ESTADO DE ACTIVIDAD SEXUAL

**PREGUNTA Nº 20:** ¿Usted actualmente tiene relaciones sexuales con su pareja?SI ☐NO ☐

➤ NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

**PREGUNTA Nº 21:** En total, ¿Con cuántas parejas diferentes ha tenido usted relaciones sexuales durante toda su vida hasta la actualidad?Ninguna pareja sexual ☐Una sola pareja ☐Más de una pareja ☐**PREGUNTA Nº 22:** ¿Ha tenido alguna pareja sexual con una duración de menos de 6 meses de relación?SI ☐NO ☐

➤ PROMISCUIDAD

**PREGUNTA Nº 23:** ¿Su pareja actual tienen otro compromiso ahora o anteriormente?SI ☐NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA..... ☐
- NO RESPONDE..... ☐

**PREGUNTA Nº 24:** ¿Su pareja actual ha tenido otra pareja que tuvo cáncer de útero?SI ☐NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA..... ☐
- NO RESPONDE..... ☐

➤ CONSUMO DE TABACO

**PREGUNTA Nº 25:** ¿Durante los últimos 30 días, en promedio cuántos cigarrillos fumó por día?

- No. DE CIGARRILLOS..... (número de cigarrillos por día)
- FUMA OCASIONALMENTE.... ☐
- YA NO FUMA..... ☐

➤ CONSUMO DE ALCOHOL

**PREGUNTA Nº 26:** ¿Alguna vez ha consumido bebidas alcohólicas?SI ☐NO ☐

- BEBE OCASIONALMENTE..... ☐
- YA NO BEBE..... ☐
- NO SABE/NO RECUERDA..... ☐

➤ ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL (ETS)

**PREGUNTA Nº 29:** ¿Ha padecido de alguna enfermedad por transmisión sexual previa?SI ☐NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA..... ☐
- NO RESPONDE..... ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita la siguiente pregunta Nº 29.

En caso de ser su respuesta afirmativa, indique:

**PREGUNTA Nº 30:** ¿Qué diagnóstico fue y cuando (en qué año) se le diagnosticó?

Especifique:

(Código de enfermedad) VER GUIA DEL ENCUESTADOR

**AHORA ME GUSTARÍA PREGUNTARLE SOBRE SU SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS MESES.****PREGUNTA Nº 30:** ¿Ha tenido Ud. alguna enfermedad adquirida mediante contacto sexual (venérea)?SI ☐NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA..... ☐
- NO RESPONDE..... ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita la siguiente pregunta Nº 32.

**PREGUNTA Nº 31:** ¿En los últimos 12 meses ha tenido llagas o úlceras en sus genitales?SI ☐NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA..... ☐
- NO RESPONDE..... ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita las siguientes preguntas Nº 32.



PREGUNTA Nº 32: ¿Dónde buscó consejo y/o tratamiento la última vez?

- HOSPITAL O ESTABLECIMIENTO PÚBLICO..... ☐
- HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA..... ☐
- HOSPITAL DE FFAA / POLICÍA..... ☐
- CLÍNICA DE ONG..... ☐
- OTRO..... ☐

En caso indique la alternativa otro, **especifique:**

➤ **ANTECEDENTE FAMILIARES DE CÁNCER.**



PREGUNTA Nº 33: ¿Tiene algún familiar (madre, hermana) que haya sido diagnosticado con Cáncer de cérvix? (también denominado cáncer de cuello uterino)

SI ☐

NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA.... ☐
- NO RESPONDE... ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita la siguiente pregunta Nº 35.

En caso de ser su respuesta afirmativa, indique



PREGUNTA Nº 34: ¿En dónde (Hospital, Clínica) y en qué fecha (año) se le diagnosticó?

Especifique:
(Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**

COBERTURA DE SALUD

➤ **ACCESO A ATENCION DE SALUD**



PREGUNTA Nº 35: ¿Con qué frecuencia visita su establecimiento de salud de su localidad?

Especifique:
(Indique número de visitas por semana, mes o al año)
(Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**

➤ **ATENCIONES PREVIAS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA**



PREGUNTA Nº 36: ¿Ha realizado alguna consulta en el servicio de Gineco-Obstetricia en los últimos 12 meses?

SI ☐

NO ☐

☐
☐
☐

- NO SABE.....
- NO RECUERDA.....
- NO RESPONDE.....

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita la siguiente pregunta **Nº 39**.

En caso de ser su respuesta afirmativa, indique



PREGUNTA Nº 37: ¿Cuántas consultas ha realizado en el servicio de Gineco-Obstetricia en los últimos 12 meses?

Especifique:
(Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**

- **NUMERO DE PAPANICOLAOU PREVIOS, Y EN QUE AÑOS SE REALIZARON (CUÁNTAS VECES SE REALIZA UN PAPANICOLAOU EN EL AÑO).**



PREGUNTA Nº 38: ¿Le han realizado examen de Papanicolaou (PAP) en alguna oportunidad?

SI ☐

NO ☐

- NO SABE.....
- NO RECUERDA....
- NO RESPONDE....

☐
☐
☐

En caso de ser su respuesta afirmativa, indique:



PREGUNTA Nº 39: ¿A qué edad se le realizó su primer examen de Papanicolaou (PAP)?

EDAD EN AÑOS.....



PREGUNTA Nº 40: ¿Cuántas veces le han realizado examen de Papanicolaou (PAP)?

Especifique:
(Indique número de veces que se le ha realizado PAP)
(Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**

* Si se le realizó en 01 oportunidad examen de Papanicolaou (PAP), omita la pregunta **Nº 45** y **Nº 46**.



PREGUNTA Nº 41: ¿Qué edad se le ha realizado el último examen de Papanicolaou (PAP)?

EDAD EN AÑOS.....

➤ **PAP/IVAA/COLPOSCOPÍA PREVIOS ALTERADOS**

PREGUNTA Nº 42: ¿Ha tenido algún resultado(s) alterado(s) de examen de Papanicolaou (PAP) previo(s)?

SI ☐

NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA.... ☐
- NO RESPONDE.... ☐

* Si la respuesta a esta pregunta es negativa, omita la siguiente pregunta **Nº 47**.

En caso de ser su respuesta afirmativa, indique:



PREGUNTA Nº 43: ¿En qué fecha se le diagnóstico? y si recibió tratamiento.

Especifique:

(Código de enfermedad) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**

EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA



PREGUNTA Nº 44: ¿En la escuela o colegio, alguna vez recibió alguna lección, curso o charla sobre educación sexual?

SI ☐

NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA.... ☐
- NO RESPONDE.... ☐

Especifique:

(Si la respuesta es positiva indique en qué grado o año estaba cuando recibió la charla, curso, o lección) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**



PREGUNTA Nº 45: ¿Ha oído hablar sobre el cáncer del útero (matriz) o la prueba Papanicolaou (PAP)?

SI ☐

NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA.... ☐
- NO RESPONDE.... ☐

Especifique:

(Si la respuesta es positiva, indique dónde) **VER GUIA DEL ENCUESTADOR**



PREGUNTA Nº 46: ¿Sabe diferenciar cuando el flujo vaginal es normal o anormal en una mujer?

SI ☐NO ☐

- NO SABE..... ☐
- NO RECUERDA.... ☐
- NO RESPONDE.... ☐

* Si la respuesta es positiva, **especifique**

.....

* Si la respuesta N° 17 fue negativa, omita la pregunta N° 50.



PREGUNTA N° 47: ¿Cuál es la razón principal por la que ya no usaría ningún método?

- NO LA CONSIDERA EFECTIVA..... ☐
- DESEO DE EMBARAZO..... ☐
- SIN VIDA SEXUAL ACTIVA..... ☐
- MIEDO A EFECTOS COLATERALES..... ☐
- SU PAREJA SE OPONE..... ☐

Otros: **(Especifique)**