

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA
DISPLASIA DE CÉRVIX EN PACIENTES
ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA
DEL HOSPITAL SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016**

PRESENTADO POR LA BACHILLER EN MEDICINA HUMANA

EDITH PAMELA ENCISO CEBRIÁN

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO

CIRUJANO

Mg. EDUARDO MORALES REZZA

ASESOR DE TESIS

LIMA – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Al presente trabajo se la dedico con mucho cariño a mis padres, tía y hermanos por ser ellos mi apoyo constante en la realización de mis metas y proyectos, quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial al director del curso de tesis Dr. Jhony A. De la Cruz Vargas, a mi asesor Dr. Eduardo Morales Rezza, a mi novio Luis Alfredo Valverde Jara por su apoyo incondicional y ayuda en todo momento. Muchas gracias.

RESUMEN

OBJETIVO: Se buscó identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia de cérvix en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José.

DISEÑO DEL ESTUDIO: El presente es un estudio transversal analítico, tipo caso-control.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyó a la población atendida en un hospital nacional durante el año 2016. La información se obtuvo a través de la revisión de los archivos médicos y estadísticos de las pacientes atendidas en la Unidad de Displasia. Los casos fueron seleccionados según presentaron algún grado de displasia en la prueba de Papanicolau o colposcopia. Mientras que los controles fueron aquellas pacientes con resultado negativo en ambas pruebas. Se empleó la técnica de regresión logística multivariada para identificar los factores de riesgo independientes para presentar displasia cervical. Todo análisis fue realizado mediante el paquete estadístico SPSS versión 23 para Windows 10.

RESULTADOS: Las pacientes presentaron características demográficas similares, en cuanto a la edad, grado de instrucción, estado civil y sistema integral de salud. Los casos tuvieron una mayor frecuencia de inicio precoz de relaciones sexuales (57%), múltiples parejas sexuales (43.4%), antecedentes de enfermedad de transmisión sexual (54.5%) que los controles. El análisis multivariado mediante regresión logística identificó al grado instrucción primaria ($ORa = 2.31$, IC al 95%: 1.18 – 4.53, $P=0.015$), múltiples parejas sexuales ($ORa = 2.76$, IC al 95%: 1.71 – 4.43, $P=0.000$) y el antecedente de enfermedad de transmisión sexual ($ORa = 3.4$, IC al 95%: 2.2 – 5.2, $P=0.000$) como factores de riesgo para displasia cervical.

CONCLUSIONES: El grado instrucción primaria, las múltiples parejas sexuales y el antecedente de enfermedad de transmisión sexual aumentan las probabilidades de presentar displasia cervical. Se deben realizar intervenciones en educación de salud, con el objetivo de controlar estas variables, para evitar el desarrollo de displasia cervical.

Palabras clave: Displasia cervical, número de parejas sexuales, enfermedad de transmisión sexual, nivel de educación

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify risk factors associated with the presence of cervical dysplasia in patients older than 17 years of age treated in the Dysplasia Unit of the San José Hospital.

STUDY DESIGN: The present is an analytical and retrospective study, case-control type.

MATERIALS AND METHODS: The population attended in a national hospital was included during the year 2016. The information was obtained through the review of the medical and statistical files of the patients treated in the Dysplasia Unit. The cases were selected according to the presence of any dysplasia degree in the Pap test or colposcopy. While the controls were those patients with a negative result in both tests. The multivariate logistic regression technique was used to identify independent risk factors for cervical dysplasia. All analyzes were performed using the statistical package SPSS version 23 for Windows 10.

RESULTS: The patients presented similar demographic characteristics, in terms of age, educational level, marital status and “Sistema integral de salud”. The cases had a higher frequency of early onset of sexual intercourse (57%), multiple sexual partners (43.4%), and a history of sexually transmitted disease (54.5%) than the controls. The multivariate analysis by logistic regression identified the primary education grade ($ORa = 2.31$, 95% CI: 1.18 - 4.53, $P = 0.015$), multiple sexual partners ($ORa=2.76$, 95% CI: 1.71 - 4.43, $P = 0.000$) and the history of sexually transmitted disease ($ORa=3.4$, 95% CI: 2.2 - 5.2, $P = 0.000$) as risk factors for cervical dysplasia.

CONCLUSIONS: Primary education, multiple sexual partners and a history of sexually transmitted disease increase the chances of developing cervical dysplasia. Interventions should be made in health education, with the aim of controlling these variables, to avoid the development of cervical dysplasia.

Key words: Cervical dysplasia, number of sexual partners, sexually transmitted disease, level of education

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT	6
INDICE	8
INDICE DE GRAFICOS	10
INDICE DE TABLAS	11
I. INTRODUCCIÓN	12
II. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÌNEA DE INVESTIGACIÒN	
15	
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÒN.....	16
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	16
1.5.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS.....	16
III. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	18
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÒN.....	18
2.2 BASES TEORICAS.....	25
2.3. DEFINICIÒN DE CONCEPTOS OPERACIONALES	33
IV. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	35
3.1 HIPÓTESIS.....	35
3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÒN	36
V. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	37
4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÒN.....	37
4.2 POBLACIÒN Y MUESTRA.....	37
4.3 OPERACIONALIZACIÒN DE VARIABLES	39
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÒN DE DATOS.....	40
4.5 RECOLECCIÒN DE DATOS	41

4.6	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	41
VI.	CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
5.1	RESULTADOS.....	43
5.2	DISCUSIÓN	55
VII.	CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
6.1	CONCLUSIONES	59
6.2	RECOMENDACIONES	60
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
	ANEXOS A.....	65
ANEXO N° 1	: Matriz de consistencia	66
ANEXO N° 2:	Operacionalización de variables	67
ANEXO N° 3:	Ficha de recolección de datos	70
	ANEXOS B.....	72
ANEXO N° 4:	Acta de aprobación de proyecto de tesis.....	72
ANEXO N° 5:	Carta de compromiso del asesor de tesis	74
ANEXO N° 6:	Carta de aprobación del proyecto de tesis firmada por la Dra. Jurupe.....	76
ANEXO N° 8:	Acta de aprobación de Borrador de tesis	79
ANEXO N° 9:	Reporte de informe de originalidad	81
ANEXO N° 10:	Certificado de aprobación del curso – Taller de tesis.....	82

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico N° 1 Estratificación según grupo etario de las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016. _____	44
Gráfico N° 2 Grado de instrucción entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016. _____	47
Gráfico N° 3 Inicio precoz de las relaciones sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016. _____	49
Gráfico N° 4 Múltiples parejas sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016. _____	50
Gráfico N° 5 Antecedente de enfermedad de transmisión sexual entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016. _____	52

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Características demográficas de las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	43
Tabla N° 2 Antecedentes obstétricos y clínicos de las pacientes con displasia y sin displasia mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	46
Tabla N° 3 Grado de instrucción entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	47
Tabla N° 4 Inicio precoz de las relaciones sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	48
Tabla N° 5 Múltiples parejas sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	49
Tabla N° 6 Antecedente de enfermedad de transmisión sexual entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	51
Tabla N° 7 Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo asociados a la displasia cervical en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	52
Tabla N° 8 Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a la displasia cervical en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.	54

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es una importante enfermedad no transmisible, la cual genera una alta morbilidad y mortalidad a la población femenina ¹. De este modo, en el Perú su presencia es un problema de salud pública, debido a que es el segundo más reportado entre las mujeres peruanas, siendo Lima el departamento más afectado ^{2, 3}. Entre los factores relacionados a su presencia se encuentra el inicio temprano de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, infección por el virus del papiloma humana, entre otros ⁴.

No obstante, previo al desarrollo del cáncer de cérvix existe cambios morfológicos y fisiológicos de las células cervicales. Dichos cambios se denominan displasia cervical, por lo que su identificación mediante pruebas como la colposcopia y el Papanicolau son ideales para identificarlas y hacerles un seguimiento ⁵.

Los factores relacionados con la displasia cervical son descritos brevemente en la literatura, en donde refieren que incluso pueden cambiar dependiendo la población hispana o anglosajona ^{6, 7}. Debido a ello se planteó efectuar el presente estudio, con el fin de determinar los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia cervical. En base a ello, se podrá informar a las autoridades de salud sobre su importancia y tomar acciones de salud pública para controlar su frecuencia.

II. CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer es considerado una enfermedad no transmisible y este grupo de patologías lideran la lista de morbilidad a nivel mundial. En los países de bajos y medianos recursos, estas son más frecuentes que las enfermedades infecciosas como causa de muerte. Esta transición es multifactorial, consecuencia de cambios demográficos, como por ejemplo el envejecimiento y el crecimiento poblacional, y una disminución de la letalidad de las enfermedades infecciosas⁸. Uno de los cánceres con mayor morbilidad y mortalidad entre la población femenina es el cáncer de cérvix. Actualmente es el tercero en incidencia y cuarto en mortalidad, entre las neoplasias que afectan al sexo femenino a nivel mundial¹. Según la última publicación del Ministerio de Salud (MINSA), esta neoplasia es un problema de salud pública a nivel nacional, donde el departamento de Lima reporta la mayor cantidad de casos³. Además, es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres peruanas².

El cáncer de cuello uterino es causado por el virus del papiloma humano (VHP) y los serotipos 16, 18, 31 y 45 son identificados en aproximadamente el 90% de los casos. Inicialmente, previo al establecimiento del cáncer de cérvix, existe la displasia del tejido afectado. Debido a ello, la infección por VHP inicia la carcinogénesis que activa una serie de sucesos que desencadenan la presencia de la neoplasia. Si bien, la infección VPH es factor para el desarrollo de displasia y posteriormente de cáncer de cérvix, no todas las mujeres con displasia desarrollan esta neoplasia, por lo que una serie de cofactores son necesarios para que se determine⁴.

La presencia de displasia de cérvix en la población femenina varía dependiendo la exposición de diferentes factores. Asimismo, se obtiene que algunas conductas

son predisponentes a su presencia, tales como el número de parejas sexuales, etc. No obstante, estos varían dependiendo la población y sus características demográficas⁵. Por ello, la caracterización propia de cada población es mandatorio para poder guiar los protocolos de manejo epidemiológico⁹. Por ello, un autor establece que los factores relacionados a la displasia son ser una trabajadora manual, bajo nivel educacional, nunca haberse realizado pruebas de tamizaje para detección de displasia o haber tenido 3 o más embarazos¹⁰. Por otro lado, se propone que el consumo de tabaco está asociado a un mayor grado de displasia; sin embargo, esta asociación no parece ser tan clara cuando se subdivide a la población según su etnia⁶.

Una técnica empleada para detectar la displasia de cérvix es el Papanicolau (PAP), con una frecuencia de falsos negativos y positivos que oscila entre 15 – 50% y 30% de los casos, respectivamente¹. Se reporta que la prevalencia del cáncer de cérvix aumenta conforme se halla displasia en el examen de PAP. De este modo, se estima que en el 16,8% de células escamosas atípicas de significancia indeterminada, 80,2% de las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y 91,2% de las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado tienen infección por VPH⁹.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia displasia de cérvix en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La displasia de cérvix conlleva al desarrollo de cáncer de cérvix. Debido a ello, su identificación en la población femenina, mediante el tamizaje secuencial, es

mandatorio para disminuir su morbilidad y mortalidad. El tamizaje puede realizarse mediante el PAP, donde establece los grados de displasia de cérvix.

Por otro lado, la identificación de los factores de riesgo de displasia de cérvix contribuye a un mejor tamizaje y productividad del personal de salud que labora en este sector en específico. Estos factores permiten identificar a la población en riesgo de desarrollo de displasia y posteriormente de cáncer de cérvix, por lo que el establecimiento de salud puede implementar programas de control y supervisión de esta población. Los factores que predisponen displasia varían dependiendo la población, debido a su relación con las conductas y características sociodemográficas de cada comunidad. Por ello, la realización de este estudio es importante, ya que permitirá encontrar los factores específicos asociados a la displasia en las mujeres peruanas atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José. Esto permitirá tener una mejor perspectiva de la realidad de la comunidad elegida, lo que ayudará a identificar posteriormente a las mujeres en riesgo de desarrollar displasia y poder actuar ante ello. Además, los resultados ayudarán a caracterizar epidemiológicamente a la población y con ello, implementar en los protocolos de cáncer de cérvix la identificación de los individuos en riesgo de desarrollar displasia. Finalmente, se espera que este trabajo sea un impulso para poder realizar el estudio a un nivel poblacional mayor, de modo que se tenga una referencia nacional de los factores de riesgo de displasia de cérvix.

1.4 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo tiene como línea de investigación la especialidad de Ginecología y Obstetricia que se encuentra en la quinceava prioridad nacional 2016 – 2021 y se llevará a cabo en el Hospital San José, donde se realizará la recolección de datos por medio de la ficha de recolección de datos.

1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

- Identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia de cérvix en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

1.5.2 OBEJTIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la asociación entre el grupo etario y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Determinar la asociación entre los factores demográficos y conductuales (grado de instrucción, sistema integral de salud y consumo de tabaco) y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Determinar la asociación entre inicio de relaciones sexuales precoz y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Determinar la asociación entre múltiples parejas sexuales y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Determinar la asociación entre el antecedente de enfermedades de transmisión sexual y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Determinar la asociación entre el antecedente de múltiples gestaciones y el desarrollo de displasia de cérvix.

III. CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Becker TM. et al⁶, en el año 1994 inició la búsqueda de “factores de riesgo asociados a la displasia”. Por ello realizaron una investigación en mujeres blancas hispanas y no hispanas del suroeste en Nuevo México. Se analizó el uso de cigarrillos, el comportamiento sexual, las enfermedades de transmisión sexual, las prácticas de higiene, la anticoncepción y la dieta. Entre los resultados se identificó que el tabaquismo al momento del diagnóstico se asoció con displasia de alto grado, mientras que no fumar otorgó un factor protector en aproximadamente 10%. El estudio no pudo identificar estadísticamente la diferencia entre la frecuencia de displasia de alto grado y la etnia de las mujeres. Sin embargo, se identificó que el uso de cigarrillos es un factor importante para el desarrollo de displasia de alto grado.

Seguido a ello, durante el mismo año, el mismo autor identificó a las enfermedades de transmisión sexual, siendo la infección por VPH la primera y con más fuerte asociación⁷. Para ello empleó un diseño tipo caso control, en donde se incluyó a 201 mujeres con displasia cervical y 337 con epitelio cervical normal. Además, se asoció el número de parejas sexuales, serología positiva para virus de hepatitis B y antecedente de haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual.

En el año 2012, **Tafur y col**¹¹; mediante un estudio de corte transversal, entrevistaron a un total de 1735 mujeres mayores de 18 años del departamento de Cauca, Colombia, para poder evaluar la “prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello

uterino en el Cauca, Colombia”. La información recolectada fue del tipo sociodemográfico y clínico, incluyendo historia reproductiva, actividad sexual, historia de citología y hábito de fumar. Además, se procedió a la toma de la citología para su análisis y clasificación según el sistema Bethesda 2001. Se encontró en la citología a 1061 mujeres con citología normal (61%), 36 con citología anormal (2%) y 638 con cambios celulares reactivos asociados a inflamación (37%). Concluyeron que el tener relaciones sexuales a temprana edad, la multiparidad, el uso de anticonceptivos hormonales y no realizarse la citología anualmente fueron factores asociados a citología anormal. Este estudio tuvo las siguientes debilidades: si bien establecieron relación entre los factores de riesgo y la citología anormal, no se presentó el estadiaje que tenía cada mujer con cambios celulares y de esa manera poder estimar que tanto influye cada factor con el progreso de la enfermedad y la presencia de un estadiaje avanzado⁸.

Durante el mismo año, **Vinodhini et al**¹⁰ buscó identificar la “prevalencia de infección por VPH en mujeres y los factores relacionados a ella, en una comunidad de la India”. Se realizó un estudio tipo caso-control que incluyó a 246 mujeres con cáncer de cuello uterino y 257 participantes de control de edades comprendidas entre 20 y 70 años. La prevalencia general del VPH fue del 54,9%. Entre los factores de riesgo asociados a la displasia se encuentra tener 3 o más embarazos, ser una trabajadora manual y ser analfabeta. Por ello concluyen que las personas con estos factores deberían ser vigiladas más a menudo.

En el año 2013, **Sanchez, et al**¹²; realizaron un estudio en 160 mujeres entre 18 y 60 años que acudieron a toma de citología en 7 instituciones Presentadoras de Salud del municipio de Pasto (Colombia), para poder evaluar la “Infección por VPH en mujeres del municipio de Pasto, Colombia con resultados de citología normal”. Detectaron y tipificaron el VPH mediante Reverse line blot – GP5+/GP6+, en muestras de cepillado cervical. Los resultados obtenidos se analizaron junto con algunas variables poblacionales. Se detectó VPH en 6,9% de las pacientes, los genotipos encontrados fueron VPH 11, 45, 53, 54, 55, 56, 70 y 84, los tipos virales de alto riesgo representaron el 54,6%. El 10% de las mujeres VPH positivas, presentaron infección múltiple. Se llegó a la conclusión que la

edad, la infección por otros microorganismos, el número de gestas, el uso de anticonceptivos y los cambios celulares reactivos asociados a inflamación no constituyen factores determinantes para adquirir o explicar la infección por el VPH en mujeres con citología normal. La infección por VPH fue más frecuente en mujeres < 37 años, con al menos una gesta previa y con algún grado de inflamación en el cérvix. Este estudio tuvo las siguientes debilidades: en este caso, no se encontró correlación entre los posibles factores predisponentes y la enfermedad, sin embargo; al utilizar una población tan pequeña, no se puede generalizar y descartar la posible asociación entre ambas variables⁹.

En el año 2013, en un estudio de **Rico AM.**¹³, realizaron un estudio cualitativo, basado en el análisis de contenido de entrevistas semi estructuradas con 15 mujeres entre 24 y 68 años; con el objetivo de conocer a profundidad el “grado de significancia y prácticas preventivas del cáncer de cuello de útero entre mujeres de barrios populares de Salvador, Bahía, Brasil”. Los resultados mostraron una alta valorización de Papanicolaou, que es realizado como parte de exámenes de rutina. Más allá de la accesibilidad y de la calidad de los servicios de salud, otros factores influyen en la forma en que estas mujeres consideran la prevención del cáncer de cuello de útero. Los valores morales asociados a la sexualidad y al género influyen en la percepción de riesgo, en la adopción de prácticas preventivas y en la interpretación de los resultados de la citología cervical. La realización continuada del Papanicolaou forma parte de la construcción de la feminidad, que está asociada con la madurez y la responsabilidad personal por el cuidado de uno mismo. En este estudio se ven variable que pocos consideran y es el acceso a los servicios de salud y el conocimiento que tienen las mujeres sobre este método de despistaje como es el Papanicolaou. Sin embargo, se utilizó una población muy reducida y los resultados no pueden ser generalizados a pesar que fueron favorables. Además, se debió realizar algún método diagnóstico para poder corroborar los conocimientos que tienen sobre los métodos de despistaje y el cumplimiento que hacen al realizárselos de manera periódica¹⁰.

En el año 2013, los autores **Irma Yolanda Castillo Ávila, et al**¹⁴; realizaron un estudio analítico de corte transversal, en una población de referencia de 237 751 mujeres, con una muestra de 915 mujeres entre los 25 y 69 años de la ciudad de Cartagena (Colombia). Se aplicó una encuesta socio-demográfica y el apartado relacionado con cáncer de cuello uterino de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS – 2010). A los datos se aplicó estadística descriptiva e inferencial. Se encontró que la prevalencia de uso de la citología fue del 85,9%; solo el 39,8% (313) cumple el esquema propuesto por la norma técnica nacional. Las variables que explican el uso adecuado de la citología por parte de las mujeres de Cartagena son: ser mayor de 29 años (OR: 2,1 – IC: 1,3 – 3,4), reclamar el resultado (OR: 2,5 – IC: 1,1 – 5,7), tener un resultado anormal (OR: 0,5 – IC: 0,2-0,9) y pertenecer al régimen subsidiado o no tener afiliación en salud (OR: 0,5 – IC: 0,4 – 0,8). Se concluyen que los factores asociados al uso de la citología en mujeres de la ciudad de Cartagena, de acuerdo al esquema propuesto por la norma técnica nacional, se explica por factores demográficos, económicos y socio-sanitarios. En este estudio se vio el cumplimiento de los métodos de despistaje, en este caso la citología, de manera adecuada según e esquema propuesto y a su vez el incumplimiento con el seguimiento. Si bien la población empleada fue adecuada y la información que se obtuvo ayuda a ver el grado de conocimiento y acceso que tienen las mujeres a estos estudios; no se generó una correlación entre los resultados obtenidos y como este despistaje realizándose tempranamente, ayudó al diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad.

En el año 2014, los autores **Carlos Urrutia, et al**¹⁵; realizaron un estudio transversal analítico para evaluar la “frecuencia y factores asociados al compromiso parametrial en pacientes con cáncer de cérvix IB-1 sometidas a histerectomía radical en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”, en la cual se obtuvo una frecuencia de compromiso parenquimal en cáncer de cérvix estadio IB-1 de 4.7%, con una profundidad de invasión y el compromiso de ganglios pélvicos como predictores independientes más fuertes del compromiso parenquimal, mientras que la edad y el subtipo histológico no tienen relación con la probabilidad de tener compromiso parenquimal.

En el año 2012, los autores **Isis I. Cabrera, et al**¹⁶: realizaron un estudio analítico de casos y controles para estudiar los “factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita, del municipio Jiguanni, provincia de Granma, Cuba”. Encontrándose que los antecedentes patológicos familiares con cáncer constituye un factor de riesgo para desarrollar cáncer cérvico-uterino ya que se obtuvo un OR significativamente mayor de 1, también se encontró que el hábito de fumar al menos un cigarrillo diario durante 6 meses, primera menstruación antes de los 12 años, inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años, constituyeron un factor de riesgo de desarrollar cáncer cérvico-uterino, a diferencia de las mujeres que tuvieron contacto sexual con 3 o más compañeros de sexo opuesto, uso de anticonceptivos orales y la edad del primer parto antes de los 18 años son factores de riesgo pero no de forma significativa según el análisis univariado. Además se constata que el tipo de parto, la multiparidad y las infecciones de transmisión sexual en la muestra de estudio no están asociados a la aparición de cáncer cérvico-uterino ya que se obtuvo un OR menor a 1²³.

En el año 2016, los autores **Raúl Murillo, et al**²; realizaron un estudio analítico de corte transversal sobre la “incidencia y mortalidad de cáncer de cérvix en América Latina y el Caribe”. Se tomaron los registros regionales y nacionales de 13 países para la incidencia, y se obtuvo la data de mortalidad de la OMS de 18 países, entre ellos Perú. Como resultado se vio que el cáncer de cérvix era el primero en incidencia en el Salvador y Bolivia, y el segundo en incidencia de cáncer en mujeres en México, Argentina; Colombia, Ecuador, Guyana Francesa y Perú. En 5 de los 20 países este cáncer lidera la mortalidad por cáncer en mujeres, mientras que en el resto ocupa el segundo o tercer lugar en mortalidad. Se vio que la incidencia de acuerdo a la edad iba en aumento a partir de los 30 años, teniendo un pico a los 40 seguido por un plateau que continua hasta edades avanzadas. En cuanto a la mortalidad, tiene un patrón similar, pero hay una constante creciente conforme aumenta la edad, particularmente en edades mayores de 75. Si bien este estudio nos brinda una visión global de la situación de América Latina, no contiene los estadios al momento del diagnóstico, dato importante que sería útil

para corroborar y comprobar si la prevención primaria y los screenings están siendo apropiados.

En un estudio transversal, descriptivo realizado por los autores **Malvina Páez B, et al**¹⁷; sobre el “Conocimiento, actitudes y practicas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur)”, se halló que la existencia del virus del PH no fue tan conocida como la enfermedad de cáncer de cuello uterino, el cual sería un factor de riesgo de padecer la enfermedad, y solo un 46% se había realizado el PAP. En este estudio también se encontró que a los 17 años se inició las relaciones sexuales, generando que estas mujeres tengan riesgo de presentar cáncer de cuello uterino mayor que cuando se tiene a los 21 años.

En el año 2016, los autores por **Rubén Toro, et al**¹⁸; realizaron un estudio a 271 mujeres que fueron atendidas en el consultorio de ginecología durante el año 1999-2009, para evaluar los “factores histológicos relacionados con resultados discordantes entre la biopsia y la prueba de ADN, en el diagnóstico del virus papiloma humano (VPH)”, a las cuales se les tomó una biopsia cuello uterino por presentar hallazgos colposcópicos y/o citológicos sospechoso de infección por VPH. Encontrándose que el diagnóstico del VPH a través de la biopsia tiene una sensibilidad de casi un 80% y una especificidad bastante baja de 19,1%.

Se realizó un estudio de corte transversal, en una población de mujeres de 4 municipios, sobre el “papilomavirus humano y otros factores asociados al desarrollo de lesiones cervicouterinas en mujeres cubanas”, por **Yudira Soto Brito, et al**¹⁹. Donde se encontró que la población estudiada el 41,6% tenía un diagnóstico de citología positiva, de las cuales el 58,8% pertenecían a lesiones de alto grado, encontrándose también que el 66,3% de las pacientes tenían algún tipo de PVH. Por otro lado los factores de riesgo a presentar algún tipo de PVH fue el inicio de las relaciones sexuales antes de los 15 años, inicio de la primera menstruación entre 10 y 14 años, el consumo de cigarro y de anticonceptivos orales por tiempos prolongados mayor a 5 años.

En el año 2017, los **autores Soto et al**¹⁹; realizaron un estudio de tipo observacional descriptivo para ver el “comportamiento de factores de riesgo en pacientes con citologías anormales en el estado de Miranda, Venezuela durante el año 2015”. En este estudio se encontró que 45% de las mujeres que presentaron alteraciones citológicas correspondían entre las edades de 35 a 44 años, por otro lado un factor de riesgo significativo para la aparición de lesiones cervicales con un 61,6% son las que tenían antecedentes familiares de cáncer, 74,9% eran mujeres con múltiples gestaciones, la promiscuidad ocupó 62,5%. En cuanto al antecedente de infección genital se encontró 70,9%, dentro de las cuales el 58,5% eran por infección por VPH. El tratamiento con anticonceptivos por periodos prolongados es propensas a desarrollar lesiones displásicas o cáncer de cérvix.

Se realizó un estudio retrospectivo para la “evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino, durante el período 2000-2010 en todos los hospitales públicos de Austrias”; por **Castillo M. et al.**²⁰ Se encontró que el tipo histológico más frecuente fue el escamoso con 79.5%, seguido de los tumores glandulares con 20,5%, 65,6% de las mujeres diagnosticadas de cáncer de cérvix entre los 25 y los 70 años no habían realizado una citología en al menos los 5 años y medio anteriores al diagnóstico. Este porcentaje se relacionó con la mayor edad al diagnóstico, la presencia de síntomas asociados con un estadio normal avanzado en el momento del diagnóstico, a diferencia de las mujeres mayores de 70 años donde el 83,3% no habían realizado ninguna citología con anterioridad al momento del diagnóstico²⁰.

En el año 2017, se realizó un estudio transversal analítico sobre los “hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano”; por **Ruiz-Leud A. et al**²¹; basada en los reportes de lectura de las muestras de Papanicolau. En el estudio se encontró que el tener el diagnóstico previo de VPH ($p < 0,001$), tener inflamación severa ($p < 0,001$), encontrar un germen en el frotis ($p = 0,001$), haber tenido relaciones sexuales antes de los 15 años ($p = 0,046$) y usar anticonceptivos ($p = 0,013$) tienen asociación al tener una lesión citológica²¹.

2.2 BASES TEORICAS

Ninguna forma de cáncer documenta mejor los efectos notables del diagnóstico precoz y el tratamiento curativo sobre la tasa de mortalidad como el cáncer de cérvix. Considerando una enfermedad prevenible por su largo estadio pre-invasivo, programas de screening citológico disponible en nuestro país y un adecuado tratamiento de las lesiones pre-invasivas que resulta efectivo; es imperativo que los ginecólogos y los profesionales de atención primaria que tratan a mujeres estén familiarizados con las técnicas de detección, los métodos diagnósticos y los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino, así como el tratamiento de las lesiones preinvasoras. La media de edad de la detección del cáncer es de 47 años.

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad multifactorial, una neoplasia maligna que se desarrolla con frecuencia en la zona de unión escamo-columnar del epitelio cervical, a partir de lesiones precursoras después que ha ocurrido una infección por el virus del papiloma humano (VPH); en conjunto con otros cofactores que ayudan a la progresión: genéticos, ambientales, entre otros²².

Patogenia:

La historia natural de la enfermedad ha sido estudiada extensamente, y las infecciones persistentes del cérvix con ciertos tipos de alto riesgo de VPH ha sido ya bien establecido como una causa necesaria para desarrollar cáncer²³. Fue Harald zur Hausen quien obtuvo el Premio Nobel en el año 2008 por el descubrimiento del VPH como causa del cáncer cervical. Los VPH son virus ADN subagrupados según su riesgo oncogénico alto o bajo. Los virus que persisten y son el factor más importante por sí solo del desarrollo de las lesiones premalignas, la neoplasia y posteriormente la neoplasia cervical invasiva, son los

tipos de alto riesgo. Existen 15 VPH con riesgo oncogénico alto identificados en la actualidad, sin embargo, el 16 y 18 son los más importantes. El 16 por sí solo es responsable del 60% de los casos de cáncer de cérvix y el 18 del 10%, otros tipos contribuyen individualmente con menos del 5% de los casos²⁴.

Estos virus generan una infección de transmisión sexual muy común, adquirido usualmente después de iniciar la vida sexual activa. La mayoría de las infecciones por este virus son transitorias y eliminadas por la respuesta inmunitaria en 1 o 2 años. Entonces, la duración de la infección está relacionada con el tipo de VPH. Las infecciones por VPH con riesgo de oncogénico elevado duran más que las infecciones por VPH con riesgo oncogénico bajo: 13 meses frente a 8 meses respectivamente. La infección persistente aumenta el riesgo de desarrollo de lesiones premalignas cervicales y carcinomas subsiguientes^{24, 25}.

Estos virus afectan las células basales inmaduras del epitelio escamoso, en las áreas con roturas epiteliales, o las células escamosas metaplásicas inmaduras presentes en la unión escamocilíndricas del cérvix. Para que el VPH pueda establecerse, requiere de daño del epitelio superficial, para así permitir el acceso del virus a las células inmaduras de la capa basal del epitelio. De por sí, el cérvix tiene áreas relativamente extensas de epitelio metaplásico escamoso inmaduro, motivo por el cual es particularmente vulnerable a la infección comparado con otros tejidos^{25, 26}.

Si bien el virus solo puede infectar las células escamosas inmaduras, su replicación ocurre en las células escamosas maduras y esto conduce a una atipia coilocítica, consiste en una atipia nuclear y un halo perinuclear citoplásmico. Para poder multiplicarse el VPH debe inducir síntesis de ADN en las células huésped escamosas maduras no proliferantes, para ello debe reactivar el ciclo mitótico en dichas células^{25, 26}.

Factores asociados:

Aunque queda demostrado el papel importante que lleva a cabo el VPH en la presencia de displasia, se requieren otros factores de riesgo que ayudan a establecer esta entidad, unos guardan relación con características del huésped, otros con el virus, exposición a VPH, oncogenicidad vírica, ineficacia de la respuesta inmunitaria y presencia de cocarcinógenos.

De este modo, la identificación de los factores de riesgo relacionados a la displasia puede contribuir de una forma importante en la disminución de la morbilidad y mortalidad del cáncer de cérvix. Por ello, las campañas orientadas al cambio de los factores de riesgo son una importante herramienta para evitar la presencia de displasia ²⁷. Entre los factores encontramos:

- Múltiples parejas sexuales: Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado con la probabilidad de exposición al VPH. Es por ello que se ha demostrado por varios estudios realizados que las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado al número de compañeros sexuales²⁸.
- Miembro varón de la pareja con múltiples parejas sexuales previas o actuales.
- Primera relación sexual a edad joven (< 16 años): Esto implica aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo que ello representa. Además, en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos y si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años²⁹.
- Paridad alta: Ha quedado demostrado que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de los cuatro hijos este riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de que no existe una explicación concreta para este fenómeno, se cree que la

inmunosupresión del embarazo o su flujo hormonal aumenta la susceptibilidad a la infección²⁹.

- Infección persistente por VPH con riesgo oncogénico alto.
- Inmunosupresión.
- Ciertos subtipos HLA.
- Uso de anticonceptivos orales: se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más relación con el comportamiento sexual que por efecto directo. Se ha visto que las mujeres que han utilizado anticonceptivos orales por menos de cinco años tienen el mismo riesgo que aquellas que nunca los han utilizado, pero puede subir hasta cuatro veces cuando el uso es mayor de diez años⁴.
- Consumo de nicotina: se considera que los fumadores tienen doble riesgo de lesión intraepitelial, con respecto de las no fumadoras. Se ha demostrado experimentalmente la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, se suma el daño molecular de ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Inclusive, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Son diferentes los estudios que han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcinogénico directo; sin embargo, no se establece una asociación directa entre tabaquismo y cáncer de cérvix debido al hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre mujeres fumadoras³⁰.
- El uso de frecuente de cigarro se identificó como un factor que se relaciona a tener una displasia de alto grado, además de ser un factor importante para el desarrollo de VPH⁶.

Clasificación:

Además de la infección en las células escamosas, los VPH también pueden infectar las células glandulares o neoendocrinas presentes en la mucosa cervical y causar transformación maligna, aunque estos subtipos de tumores son poco frecuentes porque las células glandulares y neuroendocrinas no permiten una replicación eficaz de virus²⁶.

Histopatológicamente, el cáncer de cérvix se ha clasificado en diversos tipos (en orden de frecuencia): escamoso (80%), adenocarcinoma (15%) y otros menos frecuentes como sarcomas o melanomas maligno primario de cuello uterino²². Las características clínicas los factores de riesgo son los mismos para cada tipo de tumor, excepto los carcinomas adenoescamosos y neuroendocrinos que se detectan como enfermedades en fase avanzada debido a que la triple toma cervicovaginal resulta menos eficaz para detectar este tipo de tumores.

Como esta es una enfermedad prevenible en donde el diagnóstico precoz es lo más importante, es indispensable saber distinguir y clasificar las lesiones precancerosas cervicales:

El SIL-L se asocia a infección por VPH sin alteración significativa del ciclo celular del huésped. Histológicamente se ven células escamosas atípicas inmaduras sólo en el tercio inferior del epitelio. La mayoría en este estadio remiten de forma espontánea y solo un porcentaje pequeño progresa a SIL-H. el SIL-L no progresa directamente a carcinoma invasivo, por eso no se trata como una lesión premaligna^{25, 26}.

Displasia / carcinoma in situ	Neoplasia intraepitelial cervical (CIN)	Lesión intraepitelial escamosa (SIL).actual
Displasia leve	CIN I	SIL de grado bajo (SIL-L)
Displasia moderada	CIN II	SIL de grado alto (SIL-H)
Displasia grave	CIN III	SIL de grado alto (SIL-H)

Displasia in situ	CIN III	SIL de grado alto (SIL-H)
-------------------	---------	------------------------------

En el caso del SIL-H, hay una alteración progresiva en el ciclo celular por el VPH. Esto conduce a una proliferación aumentada, maduración epitelial disminuida o detenida y tasa baja de replicación vírica en comparación con el SIL-L. Histológicamente las células escamosas atípicas inmaduras afectan los 2 tercios del grosor epitelial. Este es 10 veces más raro que el SIL-L^{25, 26}.

Como se había hecho mención, hay diferentes tipos de cáncer cervical invasivo de acuerdo a la histopatología. Los carcinomas epidermoides están constituidos por nidos de epitelio escamoso maligno, queratinizante o no queratinizante, que infiltra el estroma cervical subyacente. Por otro lado, los adenocarcinomas tienen proliferación de epitelio glandular constituida por células endocervicales malignas con núcleos grandes hipercromáticas y citoplasma relativamente pobre en mucina²⁶.

Los carcinomas menos frecuentes como el adenoescamoso son tumores compuestos por ambos epitelios, glandular y escamoso maligno entremezclados. Los carcinomas cervicales neuroendocrinos tienen un aspecto similar al carcinoma microcítico del pulmón. Los carcinomas avanzados crecen y afectan a los tejidos contiguos como los ganglios linfáticos locales y distantes. Las metástasis a distancia se pueden encontrar en el hígado, los pulmones, la medula ósea y otras estructuras^{25, 26}.

Cuando ya tenemos cáncer establecido y ya no es una lesión premaligna, se requiere otra clasificación de acuerdo a los estadios. Actualmente se emplea el sistema de estadificación de la FIGO (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia)³¹:

Estadio 0: Carcinoma in situ (CIN III, SIL-H)

Estadio I: Carcinoma limitado al cérvix

Ia: Carcinoma preclínico, diagnosticado sólo por microscopía

Ia1: Invasión del estroma que no supera 3mm de profundidad ni 7mm de extensión superficial (carcinoma microinvasivo).

Ia2: Profundidad máxima de invasión del estroma superior a 3mm y menor a 5mm, tomada desde la base del epitelio.

Ib: Carcinoma histopatológicamente invasivo limitado al cérvix y mayor que en la fase Ia2.

Estadio II: Carcinoma se extiende más allá del cérvix pero no alcanza la pared pélvica. Afecta a la vagina pero no al tercio inferior.

Estadio III: Carcinoma alcanza la pared pélvica. En el tacto rectal no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Tumor afecta al tercio inferior de la vagina.

Estadio IV: Carcinoma de ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha afectado mucosa de la vejiga o el recto. También hay metástasis.

Cuadro clínico:

En cuanto a la clínica, el síntoma más frecuente en las pacientes es la hemorragia vaginal. El más habitual es el sangrado poscoital, pero también puede presentarse como un sangrado irregular o posmenopáusicos. Si la paciente se encuentra ya en un estadio avanzado de la enfermedad, se puede encontrar secreción vaginal maloliente, pérdida de peso o uropatía obstructiva²⁵.

Prevención:

Siempre se puede evitar estos tratamientos tan invasivos realizando un diagnóstico precoz y ante todo promoviendo la prevención. La prevención y el control del cáncer se pueden dividir en varios componentes. Uno es la detección selectiva citológica y el control de las anomalías en el PAP (las lesiones precancerosas pueden persistir en la fase no invasiva durante años y desprender células anormales que pueden ser detectadas en el estudio citológico). Otro es el

diagnostico histológico y la extirpación de las lesiones precancerosas. Otro componente es la extirpación quirúrgica de los canceres infiltrantes con radioterapia y quimioterapia complementarias. Un aspecto nuevo es el programa de vacunación contra VPH aprobado por la FDA para la prevención de la infección por VPH. Se está evaluando esta vacuna como posible terapia para lesiones precancerosas de cérvix²⁶.

Se recomienda realizar el PAP a los 21 años de edad o en los 3 años siguientes al comienzo de la actividad sexual y la prueba se repite a partir de entonces cada año. Después de los 30 años las mujeres que han obtenido 3 citologías normales consecutivas pueden ser evaluadas cada 2 o 3 años. Cuando la triple toma es anormal se realiza un examen colposcópico de cérvix y vagina para determinar la extensión de la lesión y elegir las áreas donde se realizará la biopsia. La aplicación de ácido acético al cérvix resalta las áreas anormales. Después de la confirmación mediante la biopsia, las mujeres con SIL-L son seguidas de forma conservadora con citologías repetidas y seguimiento estrecho. Los SIL-H son tratados con cotización cervical. Las citologías y la exploración clínica deben continuar como seguimiento por toda la vida²⁶.

En cuanto a la vacuna profiláctica contra VPH, es una vacuna aprobada en el 2006 por la FDA, cuatrivalente para los tipos 6, 11, 16 y 18. Fue diseñada para reducir los canceres cervicales y los condilomas vulvares (tipos 6 y 11). Dado que no cubre otros tipos potencialmente oncogénicos, los programas de detección selectiva deben continuar igual para minimizar la incidencia^{25, 26}.

Conocimientos de la mujer

Un estudio por Baay et al ³² identificó un factor importante, los factores de riesgo que las mujeres piensan que son importantes para desarrollar displasia. De este modo, las mujeres piensan o atribuyen al factor genético como el principal relacionado con su desarrollo. Asimismo, le sigue las infecciones bacterianas del tracto genital y el consumo de tabaco.

2.3. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

- **Cérvix:** también denominado “cuello” uterino, es la parte inferior del útero que mide unos 3 centímetros. Compuesto por una porción vaginal (ectocervix) y el endocervix. El ectocervix es visible a simple vista en la exploración vaginal y está revestido de epitelio escamoso estratificado no queratinizado que continua con la cúpula vaginal. El epitelio escamoso converge centralmente en el orificio, tapizado por el epitelio cilíndrico secretor de moco.
- **Epitelio escamoso:** es un tejido constituido por varias capas de células planas con menos altura que anchura y un núcleo aplanado. Unidas entre sí, juntas recubren determinadas superficies del organismo.
- **Atipia:** alteraciones que afectan la forma de las células, su tamaño y proceso de división. Estos cambios morfológicos pueden detectarse mediante microscopia de los tejidos o las células aisladas. Las causas pueden ser inflamatorias o tumorales, benignas o malignas.
- **Oncogenes:** son genes anormales o activados que proceden de la mutación de un alelo de un gen normal llamado protooncogen. Estos son los responsables de la transformación de una célula normal en una maligna que desarrollará un determinado tipo de cáncer.
- **Apoptosis:** es la destrucción o muerte celular programada o provocada por el mismo organismo con el fin de autocontrolar su desarrollo y crecimiento. Esta destrucción es desencadenada por señales celulares controladas genéticamente.
- **Carcinógenos:** agente físico, químico o biológico potencialmente capaz de producir cáncer al exponerse a tejidos vivos.
- **Estudio colposcópico:** es un procedimiento médico que consiste en la observación microscópica del epitelio del cuello uterino, paredes vaginales y entrada de la vagina que permite identificar lesiones

precancerosas con gran precisión. El colposcópico es una especie de microscopio o lente de aumento que permite ver a mayor tamaño los tejidos.

IV. CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

General:

Existen factores de riesgo relacionados con la displasia de cérvix en las mujeres mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José.

Específicas:

- Existe asociación entre el grupo etario y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Existe asociación entre los factores demográficos y conductuales (grado de instrucción, sistema integral de salud y consumo de tabaco) y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Existe asociación entre inicio de relaciones sexuales precoz y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Existe asociación entre múltiples parejas sexuales y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Existe asociación entre el antecedente de enfermedades de transmisión sexual y el desarrollo de displasia de cérvix.
- Existe asociación entre el antecedente de múltiples gestaciones y el desarrollo de displasia de cérvix.

3.2 VARIABLES PRINCIPALES DE LA INVESTIGACIÓN

- **Displasia cervical:** Presencia de células atípicas en el canal cervical, identificadas mediante la realización de la prueba de Papanicolaou o mediante la colposcopia.
- **Factores demográficos:** Condiciones inherentes de la población en relación a su ambiente de vivienda y características propias.
- **Características clínicas gineco-obstétricas:** Características de las mujeres identificadas mediante la entrevista médica y la lectura de su ficha médica. Tienen relación con sus antecedentes de gestación, hábitos y conductas sexuales.

V. CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación del presente estudio es de tipo observacional, analítico, retrospectivo. Tipo caso-control

- **Observacional:** se describirá los fenómenos a medir, no se modificará ninguna de las variables que se investiga en el trabajo de investigación.
- **Analítico:** se realizará una asociación de variables.
- **Retrospectivo:** se recolectará información registrada con anterioridad a la fecha de estudio, registrada en la ficha de estadística del servicio de la Unidad de Displasia de las pacientes con cáncer de cérvix.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población:

La población total fueron las pacientes con diagnóstico displasia cervical atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José durante los años 2016.

En base a ello, los casos son definidos como las mujeres con edades superiores a 17 años con diagnóstico de displasia de cérvix mediante la técnica de PAP y colposcopia. Mientras que los controles son las pacientes mayores de 17 años sin diagnóstico de displasia de cérvix ante la prueba de PAP y colposcopia.

Muestra:

En base a una prevalencia del 22.8% en los controles, se estimó que la prevalencia en los casos es del 37%. Con ello, la probabilidad de detectar un OR de 2, junto con un intervalo de confianza al 95% y un poder estadístico de 80% evidenció una muestra de 162 para los casos y los controles.

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

Frecuencia de exposición entre los casos	0.37
Frecuencia de exposición entre los controles	0.23
Odds ratio a detectar	2.00
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.80
Número de controles por caso	1

p1	0.37
p2	0.23
OR	2.00

TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO

Casos	162
Controles	162

Sonia Pértega Díaz
Salvador Pita Fernández
Unidad de Epidemiología y Bioestadística
Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSIÓN:

Criterios de inclusión:

Casos

- Pacientes que se atendieron en la Unidad de Displasia del Hospital San José durante el año 2016.
- Pacientes con diagnóstico de displasia cervical en mínimo una de las siguientes pruebas: Papanicolau o colposcopia.

- Pacientes que fueron estadiadas correctamente según BETHESDA y NIC.
- Pacientes cuyo resultado figuró en los registros estadísticos de la Unidad de Displasia.

Controles

- Pacientes que se atendieron en la Unidad de Displasia del Hospital San José durante el año 2016.
- Pacientes con resultado negativo para displasia cervical en ambas pruebas de Papanicolau y colposcopia
- Pacientes cuyo resultado figuró en los registros estadísticos del Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Criterios de exclusión:

- Pacientes cuyos registros estadísticos estuvieron incompletos.
- Pacientes menores de 17 años

4.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización de variables está hecha en base a: Edad, grupo etario, estado civil, grado de instrucción, sistema integral de salud, edad inicio de relaciones sexuales, inicio precoz de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, múltiples parejas sexuales, antecedente de enfermedad de transmisión sexual, antecedente de gestación, consumo de tabaco, prueba de Papanicolau (PAP), colposcopia y displasia. Se puede ver en el Anexo 1.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos donde se registraron los datos demográficos, clínicos y resultados de las pruebas de PAP y colposcopia de las pacientes atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José. En base a la presencia de displasia, se seleccionó a las pacientes elegibles para estar en los casos y en los controles. La variable parejas sexuales múltiples se determinó en base a un estudio de metanálisis previo, donde refieren q esta se define cuando son de 4 o más ³³. Asimismo, la multiparidad se definió como el haber tenido dos o más gestaciones previas ³⁴. Por otro lado, los grupos etarios fueron divididos según lo presenta el Ministerio de Salud en su informa de Modelo de Atención Integral de Salud ³⁵. La variable de interés, la presencia de displasia cervical se determinó mediante la identificación de una alteración en la prueba de PAP o la colposcopia. De este modo, a las mujeres que tuvieron algún resultado positivo, independientemente de su grado de compromiso, en alguna de las dos pruebas, fueron consideradas como pacientes con displasia. Todas las muestras obtenidas mediante la prueba de Papanicolau y colposcopia fueron realizadas en un ambiente diseñado para su toma de muestra. Un médico gineco-obstetra realizó el procedimiento, en donde se tomaron en cuenta las medidas de bioseguridad requeridas, como el uso elementos de barrera e higiene clínica. Posteriormente, las muestras fueron analizadas por un médico patólogo dentro del Hospital de San José, con el fin de ser procesadas mediante un mismo laboratorio. Una vez recolecta la información, esta fue procesada en el paquete estadístico SPSS v.24 para Windows 10, lo que permitió la elaboración de tablas y gráficos.

Todos los procedimientos del presente estudio preservaron la integridad y los derechos fundamentales de los pacientes sujetos a investigación, de acuerdo

con los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica. El protocolo fue revisado por el Comité de Ética en investigación de la Universidad Ricardo Palma. La revisión de los registros médicos y estadísticos fue hecha bajo estricta confidencialidad.

En este trabajo no empleó el “consentimiento informado”, ya que se consignaron los datos ya establecidos de los registros de pacientes con diagnóstico de displasia cervical, en la Unidad de Displasia del Hospital San José.

4.5 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una ficha de recolección de datos y se utilizaron para registrar los datos anatomopatológicos de las pacientes atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José durante los años 2016. La ficha contiene las variables especificadas en la operacionalización de variables, las cuales se extrajeron de los registros. Se tuvo en cuenta los criterios de exclusión para poder obtener datos fidedignos y de esta manera se pudo realizar el estudio sin ninguna complicación. Una vez obtenida la información, se procedió a tabular los datos, elaborar los gráficos y las tablas para así poder formular las conclusiones correspondientes.

4.6 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La presentación de los resultados es a través de tablas y gráficos de barras. Para las variables cuantitativas se determinó las medidas de tendencia central y dispersión, como media y desviación estándar, respectivamente. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias y porcentajes. Para las variables cualitativas se empleó la prueba de chi-cuadrado, y para las variables cuantitativas la prueba

de T-Student. Posteriormente, se calculó el Odds Ratio (OR) a las variables identificadas como factores de riesgo mediante el análisis previo y a las que la literatura refería como factores de riesgo. Asimismo, el análisis multivariado de regresión logística se empleó para identificar los factores de riesgo independientes para displasia cervical. Se usó un intervalo de confianza del 95% y se consideró como estadísticamente significativo a los valores de p menores a 0.05. Como covariables se tuvo al grupo etario, grado de instrucción, múltiples parejas sexuales, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual, inicio de relaciones sexuales precoz y consumo de tabaco.

VI. CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 RESULTADOS

Tabla N° 1 Características demográficas de las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

	Casos (n=224)	Controles (n=257)	Total (n=481)	Valor P
Edad media \pm DS	39.6 \pm 13.2	38.8 \pm 13.1		0.944
Grado de instrucción no. (%)				0.127
Primaria	33 (14.7)	23 (8.9)	56 (11.6)	
Secundaria	122 (54.5)	144 (56)	266 (55.3)	
Superior	69 (30.8)	90 (35)	159 (33.1)	
Estado Civil no. (%)				0.785
Conviviente	78 (34.8)	83 (32.3)	161 (33.5)	
Soltera	85 (37.9)	92 (35.8)	177 (36.8)	
Casada	52 (23.2)	68 (26.5)	120 (24.9)	
Divorciada	4 (1.8)	8 (3.1)	12 (2.5)	
Viuda	5 (2.2)	6 (2.3)	11 (2.3)	
Sistema Integral de salud no. (%)				0.114
Sí	98 (43.8)	131 (51)	229 (47.6)	
No	126 (56.3)	126 (49)	252 (52.4)	

En la presente tabla se puede apreciar que la media de edad de las pacientes con displasia cervical fue de 39.6 ± 13.2 años, la cual fue ligeramente superior que el de las pacientes sin displasia cervical. La mayoría de la población tenía grado de

instrucción secundaria (55.3%), seguido del grado superior (33.1%) y primaria (11.6%). En relación al estado civil, se puede identificar que la mayoría de las mujeres se encontraban solteras (36.8%), asimismo, fue el estado más frecuente entre los casos (37.9%) y controles (35.8%). El 52.4% de la población se encontraba asegurada con el Seguro Integral de Salud. No existen diferencias significativas entre los casos y los controles, en relación a sus características demográficas.

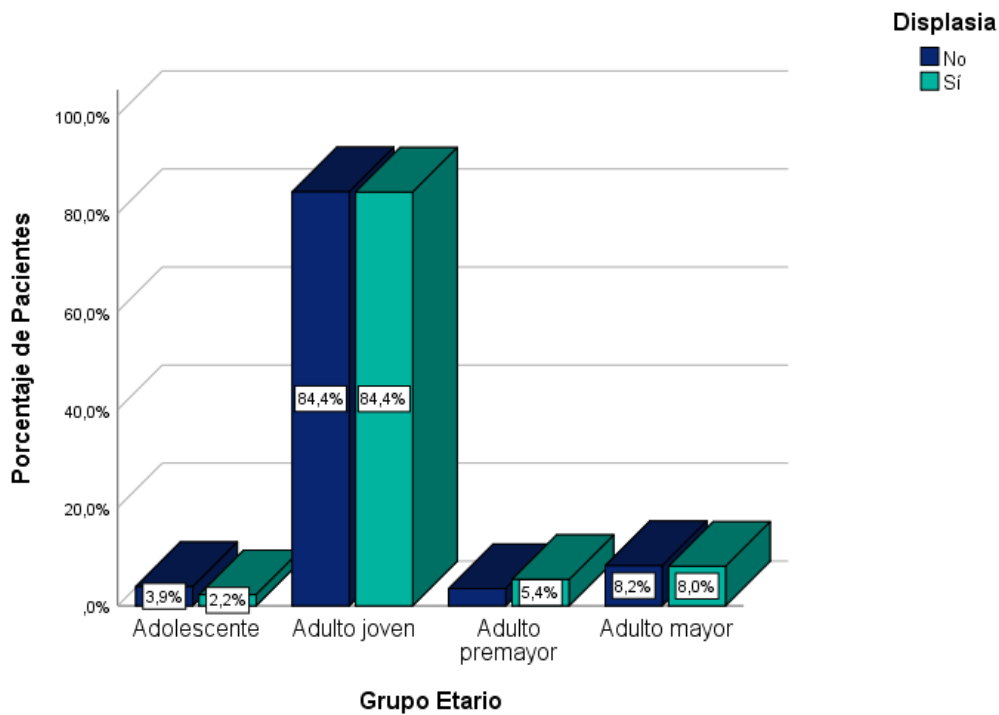


Gráfico N° 1 Estratificación según grupo etario de las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

El presente gráfico identifica a la población según el grupo etario. El 84.4% de las participantes se encontraba en grupo etario adulto joven (de 20 años a 54 años), mismo porcentaje fue encontrado en los casos y controles. El menor porcentaje lo obtuvo los adolescentes (17 a 19 años), con un 3.1% del total. Las que presentaron

displasia fueron 5 casos (2.2%), mientras las que no, fueron 10 casos (3.9%). Sin embargo, un análisis bivariado identifica que no existe relación entre el grupo etario y la displasia cervical (P=0.572).

	Casos (n=224)	Controles (n=257)	Total (n=481)	Valor p
Edad inicio de relaciones sexuales	17.7 ± 3.3	18.4 ± 3.7		0.596
Inicio Precoz de relaciones sexuales				0.002
Sí	129 (57.6)	112 (43.6)	241 (50.1)	
No	95 (42.4)	145 (56.4)	240 (49.9)	
Número de parejas sexuales	3.4 ± 2.4	2.3 ± 1.3		0.000
Múltiples parejas sexuales				0.000
Sí	97 (43.4)	39 (15.2)	136 (28.3)	
No	127 (56.7)	218 (84.8)	345 (71.7)	
Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual				0.000
Sí	122 (54.5)	53 (20.6)	175 (36.4)	

No			306 (63.6)	
Gestaciones		102 (45.5)	204 (79.4)	0.129
Antecedente de gestación	de	2.7 ± 2	2.8 ± 2.2	0.802
Primípara		73 (32.6)	81 (31.5)	154 (32)
Múltipara		151 (67.4)	178 (68.5)	327 (68)
Consumo de tabaco no. (%)				0.552
Sí		102 (45.5)	124 (48.2)	226 (47)
No		122 (54.5)	133 (51.8)	255 (53)

Tabla N° 2 Antecedentes obstétricos y clínicos de las pacientes con displasia y sin displasia mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

La tabla 2 identifica las condiciones clínicas y antecedentes obstétricos en relación a la displasia de cérvix. De este modo, se puede mencionar que las mujeres con displasia cervical empezaron su actividad sexual precozmente (57.6%), a diferencia de los controles (43.6%) (P=0.002). Los casos presentaron un mayor número de parejas sexuales (3.4 ± 2.4), con diferencia significativa entre los grupos (P=0.000). Las mujeres con o más de 4 parejas sexuales tuvieron relación con los casos de displasia cervical (P=0.000). Asimismo, los casos tuvieron una frecuencia de 54.5% de antecedente de enfermedad por transmisión sexual, a diferencia del 20.6% en las mujeres sin displasia cervical. La gran parte de las mujeres no consumía tabaco (53%), y su consumo fue similar entre los casos y controles (45.5% y 48.2%, respectivamente, P=0.552).

Tabla N° 3 Grado de instrucción entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

	Casos (n=224)	Controles (n=257)	Total (n=481)	Valor p
Grado de instrucción no. (%)				0.002
Fuente: elaboración a partir de registros médicos		8.9)	56 (11.6)	
Secundaria	122 (54.5)	144 (56)	266 (55.3)	
Superior	159 (70.9)	35 (13.6)	159 (33.1)	

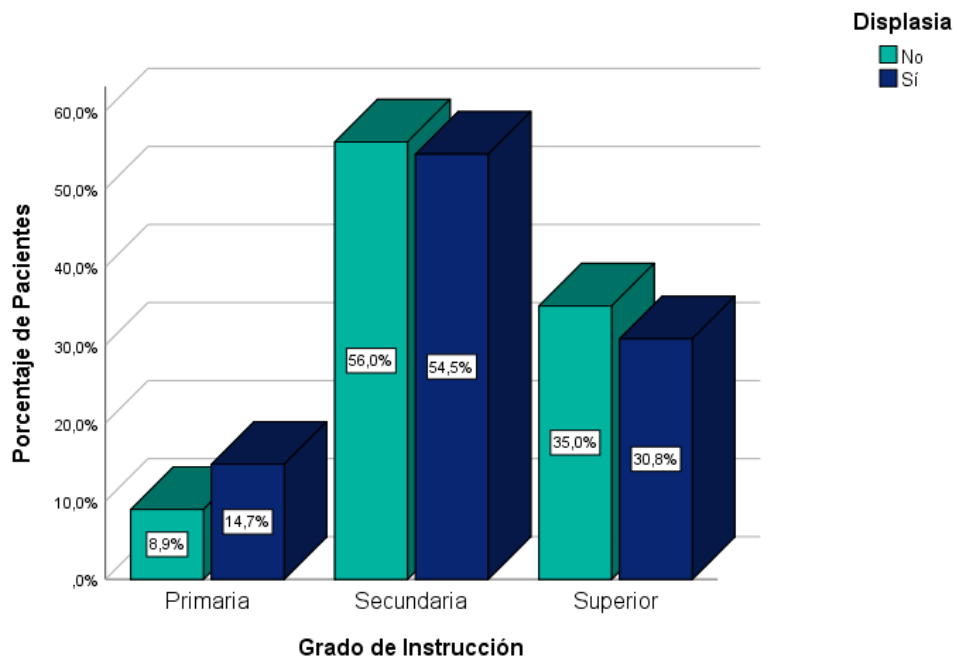


Gráfico N° 2 Grado de instrucción entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

En el gráfico y en tabla se pueden apreciar que entre las mujeres que presentaron displasia y las que no la presentaron, tuvieron una mayor frecuencia de educación secundaria (54.5% vs 56%). No obstante, un mayor porcentaje dentro de los casos presentó educación primaria (14.7%), a diferencia de los controles (8.9%). En la educación superior, dentro de los controles una mayor proporción presentó este grado (35%), en comparación con las que tuvieron displasia (30.8%).

Tabla N° 4 Inicio precoz de las relaciones sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

		Casos (n=224)	Controles (n=257)	Total (n=481)	Valor p
Inicio	Precoz				0.002
	de				
relaciones sexuales					
	Sí	129 (57.6)	112 (43.6)	241 (50.1)	
	No			240	
Fuente: elaboración a partir de registros médicos			(56.4)	(49.9)	

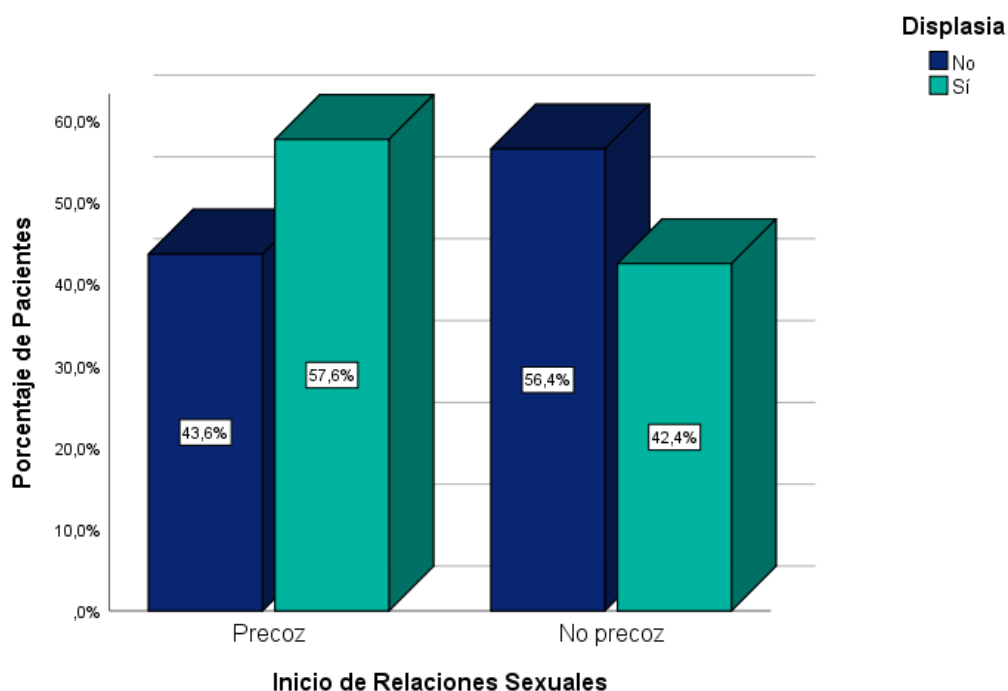


Gráfico N° 3 Inicio precoz de las relaciones sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

Se muestra la distribución de las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 18 años en comparación con las que la iniciaron posteriormente. El 53.5% de las mujeres que iniciaron precozmente su actividad sexual presentaron displasia cervical, mientras que el 39.5% de las mujeres no precoces presentaron displasia. Asimismo, el 57.6% de los casos fueron precoces al inicio de las relaciones sexuales.

Tabla N° 5 Múltiples parejas sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

	Casos (n=224)	Controles (n=257)	Total (n=481)	Valor p
Múltiples sexuales parejas				0.000

Sí	97 (43.4)	39 (15.2)	136 (28.3)
No	127 (56.7)	218 (84.8)	345 (71.7)

Fuente: elaboración a partir de registros médicos

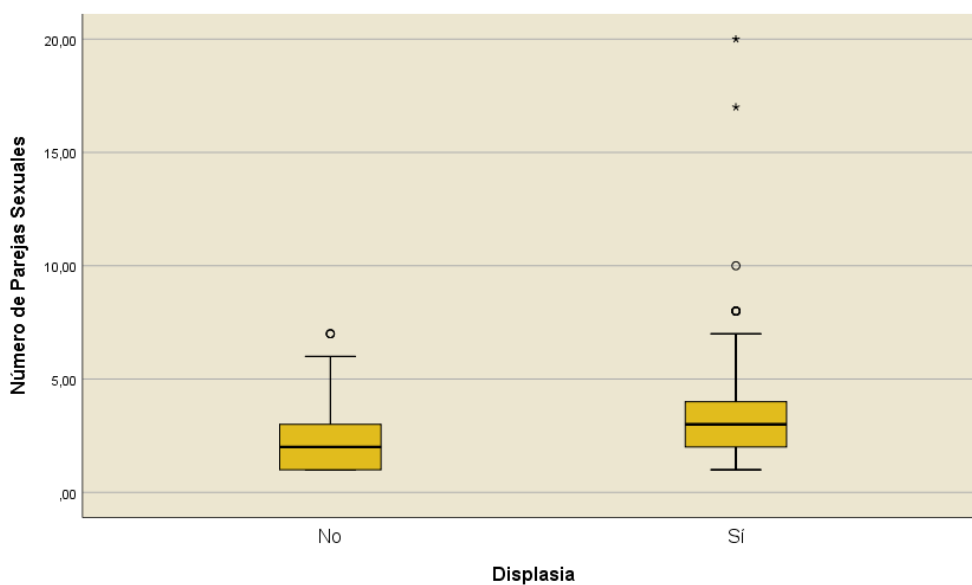


Gráfico N° 4 Múltiples parejas sexuales entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

La tabla identifica que entre los casos, la proporción de mujeres que presentó múltiples parejas sexuales fue de 43.4%, a diferencia del 15.2% entre los controles. El diagrama de cajas y bigotes identifica la distribución del número de parejas sexuales entre ambos grupos. De este modo, las mujeres con displasia presentan una curva con tendencia hacia la derecha. Además, se pueden observar valores extremos, caracterizados por las mujeres con número de parejas sexuales entre 8 a 20. Una distribución diferente se observa en las mujeres que no presentaron displasia. A pesar de la ligera tendencia hacia la derecha, los valores no son tan extremos como en las que presentaron displasia. El 50% de las

observaciones dentro de las que presentaron y no presentaron displasia es de 3 y 2 parejas sexuales, respectivamente.

Tabla N° 6 Antecedente de enfermedad de transmisión sexual entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

	Casos (n=224)	Controles (n=257)	Total (n=481)	Valor p
Antecedente de Enfermedad de				0.000
Fuente: elaboración a partir de registros médicos				
Sí	122 (54.5)	53 (20.6)	175 (36.4)	
No	102 (45.5)	204 (79.4)	306 (63.6)	

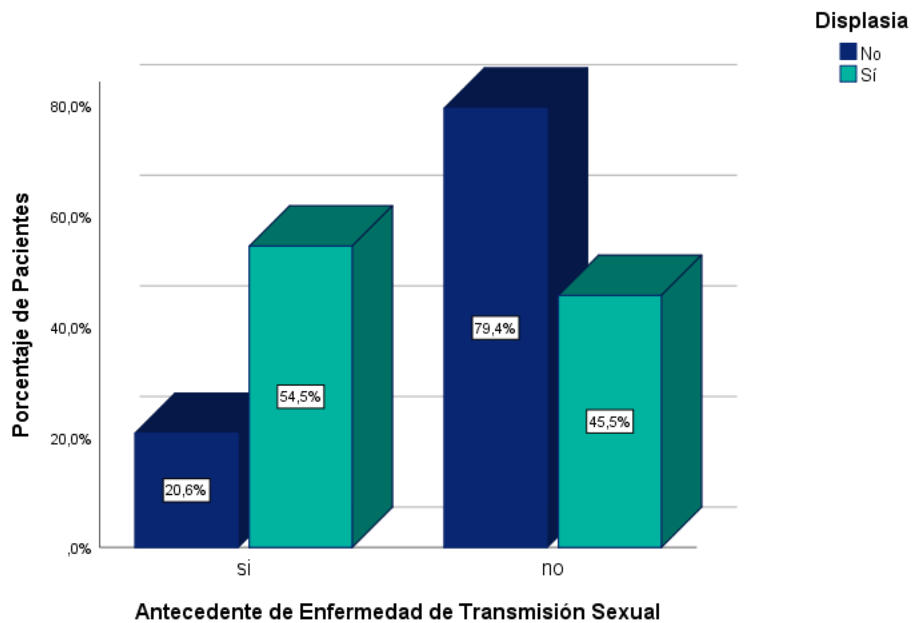


Gráfico N° 5 Antecedente de enfermedad de transmisión sexual entre las pacientes con displasia y sin displasia cervical mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

Se evidencia la relación entre el antecedente de enfermedad de transmisión sexual y la displasia. En base a ello, se identifica que las mujeres que presentaron esta condición presentaron displasia cervical en el 69.7% de los casos, mientras que las mujeres que no tuvieron este antecedente tuvieron displasia cervical en el 33.3%.

Tabla N° 7 Análisis bivariado y multivariado de los factores de riesgo asociados a la displasia cervical en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

	Análisis Bivariado		
	OR	IC 95%	P valor
Grado de Instrucción			
Primaria	1.87	1.01– 3.47	0.047
Secundaria	1.12	0.74 – 1.64	0.621
Superior	1	-	
Sistema Integral de salud			
Sí	0.75	0.52 – 1.1	0.114
No	1		
Consumo de tabaco			
Sí	0.90	0.63 – 1.3	0.552
No	1	-	
Inicio Precoz de relaciones sexuales			
Sí	1.76	1.2 – 2.5	0.002
No	1	-	
Múltiples parejas sexuales			
Sí	4.3	2.8 – 6.6	0.000
No	1	-	
Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual			
Sí	4.6	3.1 – 6.9	0.000
No	1	-	
Antecedente de gestación			
Fuente: elaboración a partir de registros médicos			
Múltipara	0.95	0.7 – 1.4	

Se presenta los factores de riesgo para el desarrollo de displasia cervical. De este modo, en el análisis bivariado, un grado de instrucción de primaria incrementa las probabilidades de presentar displasia en un 87%, en comparación con las mujeres que poseen un grado de instrucción superior, Similarmente, el inicio precoz de las relaciones sexuales puede llegar a aumentar hasta 2.5 veces la frecuencia de displasia, mientras que el poseer más de 4 parejas puede llegar hasta incrementar 6.6 veces esta condición. El antecedente de enfermedad de transmisión sexual incrementa 4.6 veces las probabilidades de displasia.

Tabla N° 8 Análisis multivariado de los factores de riesgo asociados a la displasia cervical en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016.

	Análisis multivariado		
	ORa	IC 95%	P valor
Grado de Instrucción			
Primaria	2.31	1.18 – 4.53	0.015
Secundaria	1.13	0.73 – 1.75	0.576
Superior	1	-	-
Múltiples parejas sexuales			
Sí	2.76	1.71 – 4.43	0.000
No	1	-	-
Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual			
Sí	3.4	2.2 – 5.2	0.000
No	1	-	-

Ajustado para: Grupo etario, grado de instrucción, múltiples parejas sexuales, antecedente de ETS, inicio de relación precoz, consumo de tabaco

En el análisis multivariado, se identifica al grado instrucción primaria (ORa = 2.31, IC al 95%: 1.18 – 4.53, P=0.015), las múltiples parejas sexuales (ORa = 2.76, IC al 95%: 1.71 – 4.43, P=0.000) y al antecedente de enfermedad de transmisión sexual (ORa = 3.4, IC al 95%: 2.2 – 5.2, P=0.000) como factores de riesgo independientes para presentar displasia cervical en las mujeres mayores de 17 años.

5.2 DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo la finalidad de identificar los factores relacionados con la presencia de displasia cervical, en un grupo de mujeres mayores de 17 años, atendidas en un hospital nacional. Los resultados más importantes del estudio fue identificar al grado de instrucción primaria, tener múltiples parejas sexuales y tener el antecedente de enfermedad de transmisión sexual como factores independientes de displasia cervical. En base a ello, se puede mencionar que las mujeres que presentaron un grado de instrucción superior tuvieron menos probabilidades de presentar displasia. Similarmente, un estudio identifica que las mujeres sin alguna educación presentaron 8 veces más probabilidades de presentar displasia cervical ¹⁰. Las personas con un grado de instrucción superior están expuestas a una mayor cantidad de información. Por ello, es probable que las personas con bajo nivel de instrucción desconozcan sobre los principales factores asociados a cáncer cervical y, por ende, hagan acciones o lleven estilos de vida perjudiciales que condicionan la presencia de displasia, lo que posteriormente será cáncer cervical ^{10, 36}. Un estudio cualitativo efectuado en mujeres peruanas con bajos ingresos económicos identificó que el pensamiento en torno a la prueba de Papanicolau es de detectar la presencia de alguna alteración ginecológica, y en algunas ocasiones para determinar si es que presentan cáncer cervical. No obstante, el diseño de esta prueba es preventivo, en torno a la identificación de lesiones premalignas y tomar acciones en base a ello ³⁷.

Por otro lado, las mujeres con un mayor número de parejas sexuales tienen una mayor frecuencia de exposición a microorganismos precancerosos y que comprometan directamente la salud de las mismas. Liu y col.³³ realizaron un

metanálisis en donde identificaron que el riesgo de presentar cáncer cervical se incrementaba un 53% cuando las mujeres tenían más de 3 parejas sexuales. Adicionalmente, su estudio incluyó las probabilidades de presentar displasia cervical, la cual se incrementó 82% en las mujeres con múltiples parejas. Antic y col.⁵ identificaron que el riesgo de displasia se incrementó en 5 veces entre las mujeres con múltiples parejas sexuales. En el presente estudio, similarmente, las mujeres con más de 3 parejas sexuales tuvieron una relación estadísticamente significativa con una mayor frecuencia de displasia. Es por ello, que el presente estudio aporta al mayor número de parejas como un factor para displasia, además de ser identificado como un factor de riesgo para cáncer cervical.

Asimismo, el antecedente de enfermedad de transmisión sexual tiene una asociación con la presencia de infección por virus del papiloma humana, el cual es un componente clave para la presencia de cáncer cervical²¹. No obstante, el presente estudio también identifica a este antecedente como factor independiente de displasia. Las mujeres con esta condición indirectamente hacen mención a la conducta sexual que conllevan. Por ello, es más probable que las mujeres con un mayor número de parejas sexuales tengan en alguna etapa de sus vidas ETS y se contagien con el VPH¹⁹. Además, cabe mencionar que las parejas sexuales de las mujeres son un importante componente, debido a que ellas también pueden llevar la infección hacia las mujeres¹¹.

El inicio precoz de la actividad sexual es un factor considerado para la neoplasia cervical^{11, 16}. Tafur y co.¹¹ identificaron que 86% de las mujeres con displasia cervical tuvieron el inicio de su relación sexual antes de los 18 años. Por otro lado, un estudio efectuado en un hospital de Lima identificó que las mujeres que empezaron su actividad sexual entre los 10 y 13 años tuvieron un mayor riesgo de presentar displasia cervical y cáncer de cérvix ($P=0.001$)³⁸. En la actual investigación, las relaciones sexuales antes de los 17 años incrementaron 76% las probabilidades de presentar displasia cervical en el análisis univariado. No obstante, en el análisis multivariado esta variable perdió asociación significativa. Es probable que las mujeres de la actual población que iniciaron tempranamente sus relaciones sexuales las mantuvieron con una misma pareja, lo que disminuye

el riesgo de displasia. Cabe destacar que la mayoría de la población se encontró entre el grupo etario de adulto joven. Este resultado es similar a lo reportado por un estudio efectuado en la ciudad de Lima, en donde se identificó que el 70% de las mujeres que se efectuaron una prueba de Papanicolau para descartar displasia se encontraban dentro de este rango de edad ³⁹. Es probable que este hecho se deba a que la población en estos rangos de edades se encuentra sexualmente activa y, por ello, se efectúa constantemente este examen de tamizaje.

Adicionalmente, el consumo de cigarro no fue una variable significativa en el análisis ^{6,16}. Ciertos estudios demuestran que esta tiene relación congruente con la displasia cervical. Becker y col.⁶ identifican que existe una relación positiva entre las mujeres anglosajonas que consumen tabaco. No obstante, al estratificar a la población según su raza étnica, las mujeres hispanas no presentaron una asociación clara. En las mujeres estudiadas, estas pertenecían a la raza hispana, por lo que es probable que la asociación se afectó por este hecho. Otra posibilidad, es que el consumo de tabaco sea una práctica cotidiana en la actual población. Esto significa que las probabilidades de encontrar a una mujer con displasia y que fume sean similares a las de encontrar una sin displasia.

El presente estudio cuenta con ciertas fortalezas. En una primera instancia, la población incluida abarca a todas las pacientes que acudieron al Hospital San José durante el año 2016. Por otro lado, la metodología empleada logró identificar adecuadamente los factores de riesgo independiente para generar displasia cervical. El presente hospital emplea los estándares aceptados internacionalmente, como la clasificación de Bethesda, para el reporte de los resultados. Situación diferente encontrada en otros hospitales de Perú, en donde no existe una coordinación entre los sistemas de salud e incluso heterogeneidad entre los propios hospitales ⁴⁰. La información se encontraba completa en todos los archivos revisados para la tabulación de la información y su posterior análisis.

Entre las limitaciones que presenta es el método de obtención de la información. En una primera instancia, existe la posibilidad de llenar erróneamente los archivos médicos. Además, no se contó con la información disponible de infección por

VPH, el cual es un factor relacionado con displasia y cáncer de cérvix según lo plantean estudios previos^{6, 19}.

Los estudios relacionados con el tema generalmente involucran factores de riesgo para cáncer de cérvix. El presente estudio identificó los factores relacionados a una etapa previa a este acontecimiento. De este modo, se pudo brindar información médica-científica sobre los factores de riesgo independientes para la presentación de displasia cervical.

VII. CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

-
- Mediante el presente estudio, se identificaron los factores de riesgo relacionados con la displasia de cérvix en las mujeres mayores de 17 años atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José.
- La mayoría de la población se encontró dentro del grupo etario adulto joven (84.4%), mientras que solo el 3.1% se encontraba en el grupo de adolescentes. No hubo diferencia significativa entre el grupo etario y la frecuencia de displasia de cérvix.
- Hay una relación entre el menor grado de instrucción y la presencia de displasia cervical en las mujeres mayores de 17 años. De este modo, el grado de instrucción primaria aumenta 2.3 veces este diagnóstico.
- El inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años incrementa 76% el diagnóstico de displasia cervical; sin embargo, no es un factor independiente, debido a que esta pierde su asociación cuando se controlan las variables intervinientes.
- El tener 4 o más parejas sexuales puede llegar a aumentar hasta 4 veces la displasia cervical en las mujeres mayores de 17 años.
- A su vez, el antecedente de enfermedades de transmisión sexual incrementa 3.4 veces las probabilidades del desarrollo de algún grado de displasia cervical.

- El análisis no identificó alguna relación significativa entre las gestantes múltiparas y la presencia de displasia cervical.

6.2 RECOMENDACIONES

- Brindar y exponer los resultados del presente estudio a la Unidad de Displasia, con el fin de generar acciones de salud pública, con el fin de disminuir la frecuencia de displasia cervical en la población femenina mayor de 17 años de edad.
- La educación e intervención por parte de las autoridades debe centrarse en la población adulta joven, debido a que fueron el grupo etario con mayor proporción y, por ende, el grupo objetivo para generar un impacto en salud pública.
- Se debe informar a las mujeres sobre los factores de riesgo para displasia cervical y como prevenirlos, de una forma esquemática, objetiva y sencilla. De este modo se podrá abarcar a toda la población, independientemente del grado de instrucción.
- La educación sobre las conductas sexuales de riesgo y métodos de prevención sexual debe ser iniciado antes de los 17 años, debido a que las mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de esta edad tuvieron una mayor frecuencia de displasia cervical.
- Se recomienda mantener estable el número de parejas sexuales, con el fin de evitar la propagación de microorganismos que pongan en riesgo la integridad de la mujer.

- Las mujeres deben ser instruidas en las prácticas sexuales seguras, usando métodos de barrera, con el fin de evitar y disminuir la frecuencia de enfermedades de transmisión sexual en esta población.
- Es necesario efectuar el presente estudio en otra institución hospitalaria, con el fin de caracterizar a un mayor número de mujeres y generar resultados significativos para la población peruana femenina en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva-Caso W, Olivera-Irazabal M, Leon-Alvarez P, Del Valle LJ, Diaz-Estacio S, Vargas M, et al. Identification of human papillomavirus as a preventive strategy for cervical cancer in asymptomatic women in the Peruvian Andes. *Asian Pac J Trop Med.* 2014;7s1:S121-6.
2. Murillo R, Herrero R, Sierra MS, Forman D. Cervical cancer in Central and South America: Burden of disease and status of disease control. *Cancer Epidemiol.* 2016;44 Suppl 1:S121-s30.
3. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013. Lima: MINSA, 2013.
4. Almonte M, Albero G, Molano M, Carcamo C, Garcia PJ, Perez G. Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. *Vaccine.* 2008;26 Suppl 11:L16-36.
5. Antic LG, Vukovic DS, Vasiljevic MD, Antic DZ, Aleksopoulos HG. Differences in risk factors for cervical dysplasia with the applied diagnostic method in Serbia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(16):6697-701.
6. Becker TM, Wheeler CM, McGough NS, Parmenter CA, Stidley CA, Jamison SF, et al. Cigarette smoking and other risk factors for cervical dysplasia in southwestern Hispanic and non-Hispanic white women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1994;3(2):113-9.
7. Becker TM, Wheeler CM, McGough NS, Parmenter CA, Jordan SW, Stidley CA, et al. Sexually transmitted diseases and other risk factors for cervical

dysplasia among southwestern Hispanic and non-Hispanic white women. *Jama*. 1994;271(15):1181-8.

8. Forman D, Sierra MS. Cancer in Central and South America: Introduction. *Cancer Epidemiology*. 2016;44:S3-S10.

9. Liu X-X, Fan X-L, Yu Y-P, Ji L, Yan J, Sun A-H. Human papillomavirus prevalence and type-distribution among women in Zhejiang Province, Southeast China: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases*. 2014;14:708.

10. Vinodhini K, Shanmughapriya S, Sanmugham S, Senthikumar G, Das BC, Natarajaseenivasan K. Prevalence of high-risk HPV and associated risk factors in cases of cervical carcinoma in Tamil Nadu, India. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(3):253-6.

11. Tafurt-Cardona Y, Acosta-Astaiza CP, Ssierra-Torres CH. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. *Rev Salud Public Bog*. 2012:53-6.

12. Sánchez-Ortega C, Suárez NK, Yépez-Chamorro M, Guerrero-Flórez M. Infección por VPH en mujeres del municipio de Pasto (Colombia) con resultados de citología normal. *Universidad y Salud*. 2013;15:7-21.

13. Rico AM, Iriart JA. ["Where there's a woman, there's a Pap smear": the meanings assigned to cervical cancer prevention among women in Salvador, Bahia State, Brazil]. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1763-73.

14. Castillo Ávila IY, Aguilar Velasco KM, Balaguera Serrano D, González Amaris HL, Mejía Barón M. Factores Asociados al Uso Adecuado de la Citología Cérvico-Uterina Por Mujeres de Cartagena (Colombia). *Hacia la Promoción de la Salud*. 2013;18:123-34.

15. Urrutia C, Santos C, Zevallos A, López A, Montoya A, Sánchez M, et al. Compromiso parametrial en pacientes con cáncer de cérvix IB-1 tratadas con histerectomía radical en Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2014;31:431-6.

16. Cabrera GII OS, Suárez GYL, Socarrás RR, Vázquez RN,. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. *Multimed Revista Médica Granma* 2016;20(5):110-28.

17. Páez B M, Rodríguez-Riveros MI, Kasamatsu E, Castro A, Orué E, Lampert N, et al. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 2016;48:37-44.
18. Toro R, Reigosa A, Castro J, Contreras A, Villar MD, González P, et al. Factores histológicos relacionados con resultados discordantes entre la biopsia y la prueba de ADN, en el diagnóstico del virus papiloma humano (VPH). Salus. 2016;20(2).
19. Soto BY, Limia LCM, Kourí CV, Goicolea MA, Capó PV, Muné JM. Papilomavirus humanos y otros factores asociados al desarrollo de lesiones cervicouterinas en mujeres cubanas. Cuba y Salud 2016;11(1):24-33.
20. Castillo M, Astudillo A, Clavero O, Velasco J, Ibáñez R, de Sanjosé S. Evaluación de fallos tras el análisis de la historia de cribado en mujeres diagnosticadas de cáncer infiltrante de cuello uterino. Atención Primaria. 2017.
21. Ruiz-Leud A, Bazán-Ruiz S, Mejia CR. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2017;82:26-34.
22. Sanabria Negrín JG, Fernández Montequín ZC, Cruz Hernández IdIC, Pérez LO, Llanuch Lara M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2011;15:295-319.
23. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol. 1999;189(1):12-9.
24. Denny L HR, Levin C, Kim JJ. Cervical Cancer. In: Gelband H, Jha P, Sankaranarayanan R, Horton S, editors,. Cancer: Disease Control Priorities, Third Edition (volumen 3) [Internet]. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2015. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK343648/>.
25. Jonathan S. Berek. Ginecología de Novak. 14 ed. México: Interamericana; 2010.

26. Cotran R. Patología estructural y funcional. 8 ed. España: Elsevier; 2012.
27. de Vet HC, Sturmans F. Risk factors for cervical dysplasia: implications for prevention. *Public Health*. 1994;108(4):241-9.
28. Ambe AK, Moreno JAR, Ponce EL, Hernández VMV, Pérez RAA, Ruiz PAD, et al. Consenso para la prevención del cáncer cervicouterino en México. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(12):785-7.
29. Lobatón AT, Iglesias JIB, Rojo AT, Posada JCO, Palomares MÁM, Bassaure ER. Cáncer cervicouterino. Perfil epidemiológico en 1,217 pacientes. *Seguro Popular*. *Ginecol Obstet Mex*. 2013;81:71-6.
30. Ortiz Serrano R, Uribe Pérez CJ, Díaz Martínez LA, YR. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2004;55:146-60.
31. FIGO. Clasificación de FIGO de los carcinomas cervicouterinos [Internet]. 216. Available from: <http://screening.iarc.fr/viaviliappendix1.php.lang=3>.
32. Baay MF, Verhoeven V, Avonts D, Vermorken JB. Risk factors for cervical cancer development: what do women think? *Sex Health*. 2004;1(3):145-9.
33. Liu Z-C, Liu W-D, Liu Y-H, Ye X-H, Chen S-D. Multiple Sexual Partners as a Potential Independent Risk Factor for Cervical Cancer: a Meta-analysis of Epidemiological Studies. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2015;16(9):3893 - 900.
34. Mgaya AH, Massawe SN, Kidanto HL, Mgaya HN. Grand multiparity: is it still a risk in pregnancy? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13.
35. Ministerio de Salud. El Modelo de Atención Integral de Salud. Lima: MINSA, 2012.
36. Tao L, Han L, Li X, Gao Q, Pan L, Wu L, et al. Prevalence and risk factors for cervical neoplasia: a cervical cancer screening program in Beijing. *BMC Public Health*. 2014;14:1185.
37. Hunter JL. Cervical cancer in Iquitos, Peru: local realities to guide prevention planning. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004;20:160-71.
38. Palomino GRA. Factores de Riesgo Asociados a Cáncer de Cérvix en Pacientes Atendidas en el Hospital Vitarte Durante el Año 2015. Lima: URP; 2017.

39. Rojas GMJA. Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015. Lima: URP; 2017.
40. Albújar-Baca P. El tamizaje citológico del cáncer cérvicouterino en la Región La Libertad, 2010. Acta méd peru. 2013;30(1).

ANEXOS A

ANEXO N° 1 : Matriz de consistencia

TITULO DE LA INVESTIGACION	PREGUNTA DE LA INVESTIGACION	OBJETIVO DE LA INVESTIGACION	HIPOTESIS	TIPO Y DISEÑO DEL ESTUDIO	POBLACION DE ESTUDIO Y PROCESAMIENTO DE DATOS	INSTRUMENTO DE RECOLECCION
Factores de riesgo asociados a la displasia de cérvix en pacientes atendidas en la unidad de displasia del hospital san José en el año 2016	¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia de cérvix en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la	Identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia de cérvix en las pacientes mayores de 17 años atendidas en la	Existen factores de riesgo relacionados con la displasia de cérvix en las mujeres mayores de 17 años atendidas	Observacional, analítico, retrospectivo, transversal, tipo caso y control.	Las pacientes con diagnóstico de displasia cervical atendidas en la Unidad de Displasia del Hospital San José durante los años 2016.	Se tomaron los datos según ficha de recolección de datos.

	Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016?	Unidad de Displasia del Hospital San José en el año 2016	as en la Unidad de Displasia del Hospital San José.			
--	---	--	---	--	--	--

ANEXO N° 2: Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo y naturaleza de variable	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
Edad	Tiempo de vida de años vividos desde el nacimiento	Años cumplidos al momento del diagnóstico de displasia cervical	Cuantitativa Independiente	Número en años	Razón continua	Historia clínica

Grupo etario	Clasificación según la edad de las personas, según las normas del MINSA	Grupo etario en donde se encuentra la población al momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa Independiente	Adolescente, Adulto joven, Adulto pre-mayor, Adulto mayor	Ordinal politómica	Historia clínica
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Estado civil que tiene la paciente en el momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Conviviente, Soltera, Casada, Divorciada, Viuda	Ordinal dicotómica	Historia clínica
Grado de instrucción	Grado de instrucción máximo alcanzado durante su etapa de vida	Grado de instrucción máximo alcanzado al momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Primaria, Secundaria, Superior	Ordinal politómica	Historia clínica
Sistema integral de salud	Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas, durante su vida sexual	Número de parejas sexuales al momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Sí, no	Nominal dicotómica	Historia clínica
Edad inicio de relaciones sexuales	Antecedente de inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años al momento del estudio.	Inicio de las relaciones sexuales antes de los 17 años al momento del diagnóstico de displasia cervical	Cuantitativa Independiente	Número en años	Razón continua	Historia clínica
Inicio Precoz de relaciones	Antecedente de inicio de las relaciones sexuales antes de	Inicio de las relaciones sexuales antes de los	Cualitativa independiente	Sí, no	Nominal dicotómica	Historia clínica

s sexuales	los 17 años al momento del estudio.	17 años momento del diagnóstico de displasia cervical				
Número de parejas sexuales	Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas, durante su vida sexual	Número de parejas sexuales momento del diagnóstico de displasia cervical	Cuantitativa Independiente	Número arábico	Razón discreta	Historia clínica
Múltiples parejas sexuales	Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas, durante su vida sexual	Tener más de 3 parejas sexuales momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Sí, no	Nominal dicotómica	Historia clínica
Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual	Presencia de enfermedades de transmisión sexual previas al momento de atenderse en la unidad de displasia	Enfermedades causadas por la actividad sexual al momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Sí, no	Nominal dicotómica	Historia clínica
Antecedente de gestación	Cantidad de veces por las que una mujer se encontró gestando	Número mayor o igual a dos gestaciones momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Sí, no	Nominal dicotómica	Historia clínica
Consumo de tabaco	Acción de consumir tabaco como hábito común	Presencia de consumo en los últimos 6 meses momento del diagnóstico de displasia cervical	Cualitativa independiente	Sí, no	Nominal dicotómica	Historia clínica

PAP	Procedimiento donde se extrae suavemente células del cuello uterino.	Estadaje por citología según el sistema de clasificación BETHESDA	Cualitativa dependiente	Negativo ASCUS ASGUS LIEB LIEA	Ordinal politémica	Historia clínica
Colposcopia	Exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello uterino mediante colposcopio que implica las imágenes.	Estadaje mediante los hallazgos encontrados en la exploración visual según el sistema de clasificación de NIC	Cualitativa dependiente	Negativo NIC1 NIC2 NIC3	Ordinal politémica	Historia clínica
Displasia			Cualitativa dependiente	Si, no	Nominal dicotómica	Historia clínica

ANEXO N° 3: Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS					
DATOS					
Edad (años)					
Grupo etario	Adolescente	Adulto joven	Adulto pre-mayor	Adulto mayor	
Estado civil	Conviviente	Soltera	Casada	Divorciada	Viuda
Grado de instrucción	Sin estudios	Primaria	Secundaria	Superior	
Sistema integral de salud	Sí	No			
Edad de inicio de parejas sexuales (años)					
Inicio precoz de relaciones sexuales	Sí	No			

Número de parejas sexuales			
Múltiples parejas sexuales	Sí	No	
Antecedente de Enfermedad de transmisión sexual	Sí	No	
Antecedente de gestación dos a más veces	Sí	No	
Consumo de tabaco	Sí	No	
PAP	Negativo		
	ASCUS		
	ASGUS		
	LIEB		
	LIEA		
Colposcopia	NIC I		
	NIC II		
	NIC III		
Displasia	Sí		
	No		

ANEXOS B

ANEXO N° 4: Acta de aprobación de proyecto de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISPLASIA DE CERVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL AÑO 2016”, que presenta la Srta: EDITH PAMELA ENCISO CEBRIAN, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Eduardo Morales Rezza
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 25 de Julio de 2017

ANEXO N° 5: Carta de compromiso del asesor de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas
Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres humanos para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Edith Pamela Enciso Cebrián, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,



EDUARDO MORALES REZZA
ASESOR

Lima, 18 de Julio de 2017

ANEXO N° 6: Carta de aprobación del proyecto de tesis firmada por la Dra. Jurupe.



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N° 3106-2017-FMH-D

Lima, 08 de agosto de 2017

Señorita
EDITH PAMELA ENCISO CEBRIÁN
Presente.-

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISPLASIA CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016**", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 03 de agosto del 2017.

Por lo tanto queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Hilda Jurupe Chico
Dra. Hilda Jurupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

ANEXO N° 7: Carta de aceptación de ejecución de la tesis del Hospital San José



“Año del Buen Servicio al Ciudadano”

Lima, 29 Diciembre de 2017

Señora doctora
Maria del Socorro Alatriza Gutierrez Vda. De Bambarén
Directora de la Facultad de Medicina Humana
Universidad Ricardo Palma
Presente.-


Asunto: Proyecto de Investigación Título Médico Cirujano

Tengo el agrado de saludar a usted e informarle que en mi condición de Jefe del Servicio de Unidad de Apoyo a la Docencia de Investigación he tomado conocimiento del Proyecto de Investigación titulado “**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISPLASIA CÈRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA DEL HOSPITAL SAN JOSE EN EL AÑO 2016**”, cuyo autora es la interna de medicina **ENCISO CEBRIÁN EDITH PAMELA**, quien aspira a obtener el Título de Médico Cirujano mediante la aprobación del indicado proyecto.

La interna de medicina Enciso Cebrián Edith Pamela ha concluido la elaboración de su Proyecto de Investigación, habiéndosele brindado las facilidades para la formulación del mismo, manifestándole que a mi juicio, está expedito para ser presentado a la Facultad de Medicina, Carrera de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma, para gestionar la obtención de su Título de Médico Cirujano, lo que informo a usted para su conocimiento y demás fines.

Agradeciendo de antemano su atención a la presente, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRESA - HOSPITAL SAN JOSÉ
.....
DR. LUIS JOEL VASQUEZ HERNANDEZ
Jefe del Servicio de Apoyo a la Docencia e Investigación (UADI)
C.M.P. 041343 R.N.E. 027523

Dr. Luis Joel Vasquez Hernandez
Jefe del Servicio de Unidad de Apoyo a la Docencia de Investigación
Hospital San Jose

ANEXO N° 8: Acta de aprobación de Borrador de tesis



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMAN GUERRERO
INSTITUTO DE INVESTIGACION EN CIENCIAS
BIOMEDICAS
Oficina de Grados y Títulos

**ACTA DE APROBACIÓN DE TESIS
JURADO EVALUADOR**

El Jurado designado por la Facultad de Medicina Humana y el Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, según el reglamento vigente de la oficina de Grados y Títulos, después de haber sido aprobado por su respectivo Asesor y Director, dentro del III Curso Taller de Titulación por Tesis, en relación a dicho proyecto titulado: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISPLASIA DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016”**, que presenta la Sra. **EDITHH PAMELA ENCISO CEBRIÁN**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que: La Tesis cumple con los requerimientos necesarios, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes y miembros del Jurado Evaluador:

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
PRESIDENTE DEL JURADO

Dr. Brady Beltrán Garate
MIEMBRO DEL JURADO

DRA. PATRICIA SEGURA NUÑEZ
C.M.P. 24778 RNE. 15428
Médico Neumólogo
Hospital Nacional Hipólito Unzué

Mg. Patricia Segura Nuñez
MIEMBRO DEL JURADO

Mg. Eduardo Morales Rezza
ASESOR DE TESIS

Dr. Jhony De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO DE TITULACION POR TESIS

29 de Enero del 2017

ANEXO N° 9: Reporte de informe de originalidad

TESIS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISPLASIA DE CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%

INDICE DE SIMILITUD

11%

FUENTES DE
INTERNET

3%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

ANEXO N° 10: Certificado de aprobación del curso –
Taller de tesis



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
MANUEL HUAMÁN GUERRERO**

III CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Señorita

ENCISO CEBRIÁN EDITH PAMELA

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de Mayo, Junio, Julio, Agosto y Setiembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DISPLASIA CÉRVIX EN PACIENTES ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE DISPLASIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ EN EL AÑO 2016”

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **06 créditos académicos**, de acuerdo a artículo 15º del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 21 de setiembre del 2017



Hilda Juzepe Chico
Hilda Juzepe Chico
Secretaria Académica



Mariela Beatriz
Dra. Mariela Beatriz Gutiérrez Vda. de Bambarén
Decana