

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas. Consultorio 5. Centro de Salud N° 4. Año 2021.

AUTOR:

Tamayo Otero, Ricardo Antonio

Trabajo de investigación previo a la obtención del título

De:

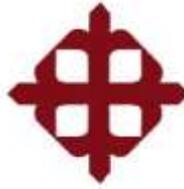
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

DIRECTORA:

Medrano Allieri, Yadira Elizabeth

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el *Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Yadira Elizabeth Medrano Allieri

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Ricardo Antonio Tamayo Otero

DECLARO QUE:

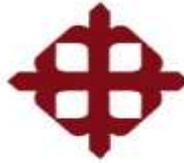
El Trabajo de investigación “Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas. Consultorio 5. Centro de Salud N° 4. Año 2021.” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Ricardo Antonio Tamayo Otero

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas. Consultorio 5. Centro de Salud N° 4. Año 2021.”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Ricardo Antonio Tamayo Otero

Document Information

Analyzed document TAMAYO CTERO RICARDO ANTONIO.docx (D126419980)
Submitted 2022-01-28T15:22:00.0000000
Submitted by
Submitter email ricardo.tamayo01@cu.ucasg.edu.ec
Similarity 0%
Analysis address xavier.landivar.ucasg@analysis.ukund.com



Sources included in the report

W URL: <https://www.dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2420/html>
Fetched: 2022-01-05T23:48:48.8770000

 1

Agradecimiento

En primer lugar, a Dios por darme la oportunidad de tener muchas bendiciones durante mi vida, por haberme dado la pertinencia de realizar este posgrado, a mi amada esposa Naomy Solange por darme su apoyo incondicional y haber sabido entenderme, a mí querido hijo Daniel Antonio por ser el motor que me da fuerza para seguir adelante todos los días, a mis padres Ricardo Roberto y Sandra Elizabeth por su esfuerzo realizado para poder ejercer mi profesión, a mis hermanos Ezequiel Roberto, Johnny Javier y María Belén por haber estado conmigo durante toda mi formación como médico, finalmente a mis compañeros y tutores de posgrado.

Dedicatoria

Dedico esta investigación a la Familia Tamayo Toro, por ser un pilar fundamental para mis aspiraciones futuras y ser el núcleo de la sociedad por la cual dedicaré todo mi esfuerzo para brindar mis conocimientos por el bienestar de las familias ecuatorianas.



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO
DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY
COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL
OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE



ACTA DE CALIFICACIÓN

TEMA: HALLAZGOS CITOLÓGICOS CÉRVICO UTERINOS ASOCIADOS CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES ADULTAS.
CONSULTORIO 5. CENTRO DE SALUD N° 4. AÑO 2021.
POSGRADISTA: TAMAYO OTERO, RICARDO ANTONIO
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	VIII
ACTA DE CALIFICACIÓN	IX
ÍNDICE GENERAL.....	X
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE ANEXOS.....	XIV
RESUMEN	XV
ABSTRACT.....	XVI
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	5
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	5
2.2 FORMULACIÓN.....	6
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS	7
3.1 GENERAL	7
3.2 ESPECÍFICOS.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	8
4.1 MARCO CONCEPTUAL.	8
4.1.1 Evolución de la nomenclatura de las lesiones intraepiteliales.	8
4.1.2 Historia natural de la lesión intraepitelial.	11
4.1.3 Cáncer de cuello de útero.	13
4.1.4 Epidemiología del cáncer de cuello de útero.	14
4.1.5 Clínica del cáncer de cuello de útero.....	15
4.1.6 Factores de riesgo.....	16
4.1.7 Diagnóstico del cáncer de cuello de útero.	19
4.1.8 Sistema o clasificación de Bethesda.	20
4.1.9 Estadificación clínica del cáncer de cuello de útero.	22
4.1.10 Prevención.....	24
4.1.11 Tratamiento.	25
4.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	26

5.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	32
6.	MÉTODOS	33
6.1	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
6.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	33
6.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	33
6.4	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	33
6.5	POBLACIÓN DE ESTUDIO.	33
	6.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	34
	6.5.2 Criterios de inclusión.	34
	6.5.3 Criterios de exclusión.	34
6.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	34
6.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	36
6.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	37
6.7	VARIABLES	38
	6.7.1 Operacionalización de variables.....	38
7	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	40
8	CONCLUSIONES.....	61
9	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	62
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
	ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la población según la edad. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	40
Tabla 2: Distribución de la población según la etnia. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	41
Tabla 4: Distribución de la población según el estado civil. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.	43
Tabla 5: Distribución de la población según la escolaridad. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.	44
Tabla 6: Distribución de la población según la ocupación. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.	45
Tabla 7: Distribución de la población según los ingresos económicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.	46
Tabla 8: Distribución de la población según resultados de las citologías y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2012.....	47
Tabla 9: Distribución de la población según antecedentes familiares y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	48
Tabla 10: Distribución de la población según tabaquismo y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	49
Tabla 11: Distribución de la población según sexualidad en la adolescencia y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	50
Tabla 12: Distribución de la población según infecciones de transmisión sexual y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	51
Tabla 13: Distribución de la población según embarazo adolescente y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	53
Tabla 14: Distribución de la población según multiparidad y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	54
Tabla 15: Distribución de la población según promiscuidad y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	55
Tabla 16: Distribución de la población según pareja promiscua y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	56
Tabla 17: Distribución de la población según anticonceptivos orales y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	57

Tabla 18: Distribución de la población según inmunodepresión y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	58
Tabla 19: Distribución de la población según controles citológicos y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.....	59

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado	77
Anexo 2: Encuesta N° 1 Variables sociodemográficas.	79
Anexo 3: Encuesta N° 2 Determinación de factores de riesgo.	81
Anexo 4: Tabla 3 Distribución de la población según nacionalidad. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.	81

RESUMEN

Antecedentes: Las lesiones intraepiteliales son la antesala del cáncer de cuello de útero, está causado por la infección persistente del Virus del Papiloma Humano, una infección de transmisión sexual, pero que no es suficiente por lo que se asocia a factores de riesgo sexuales, reproductivos, de conducta y genéticos. El cáncer cervicouterino se puede prevenir mediante la vacunación y también con el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas. **Métodos:** Se realizó un estudio de nivel relacional, de tipo observacional, analítico, de corte transversal. Se llevo a cabo con la población femenina entre 20 a 64 años del consultorio 5 del Centro de Salud N° 4 de Guayaquil, con una muestra de 175 mujeres. Para la recolección de la información se confeccionó una encuesta para recabar información de las variables sociodemográficas y los factores de riesgo; para los hallazgos citológicos se utilizó el reporte de las citologías realizadas por el laboratorio de patología del Centro de Salud N° 4. **Resultados:** Predominó el grupo etario entre 30 a 34, la etnia mestiza, la nacionalidad ecuatoriana, el estado civil unión libre, la escolaridad bachillerato, la ocupación cuenta propia, los ingresos económicos adecuados, el hallazgo citológico inflamación moderada, dentro de las anormalidades celulares predominó LIE-BG, dentro de los factores de riesgo predominaron la sexualidad en la adolescencia, el embarazo en la adolescencia, la multiparidad y el control citológico insuficiente. **Conclusiones:** Se demostró asociación estadística entre los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y los estados de inmunodepresión con los hallazgos citológicos.

Palabras Clave: LESIONES, CÁNCER, FACTOR DE RIESGO, CITOLOGÍA.

ABSTRACT

Background: Intraepithelial lesions are the prelude to cervical cancer, caused by persistent infection with the Human Papilloma Virus, a sexually transmitted infection, but not enough so it is associated with sexual, reproductive, behavioral and genetic risk factors. Cervical cancer can be prevented by vaccination and also by screening and treatment of precancerous lesions.

Methods: A relational, observational, analytical, cross-sectional. Study was carried out. It was carried out with the female population between 20 and 64 years of age of the clinic 5 of the Health Center N° 4 of Guayaquil, with a sample of 175 women. For the collection of information, a survey was made to gather information on sociodemographic variables and risk factors; for the cytological findings, the report of cytologies performed by the pathology laboratory of district 09D04 was used. **Results:** The predominant age group was between 30 and 34, mestizo ethnicity, Ecuadorian nationality, civil union status, high school education, self-employment, adequate income, cytological finding moderate inflammation, within the cellular abnormalities predominated LIE-BG, within the risk factors predominated adolescent sexuality, adolescent pregnancy, multiparity and insufficient cytological control. **Conclusions:** Statistical association was demonstrated between history of sexually transmitted infections and immunosuppressed states with cytologic findings.

Keywords: LESIONS, CANCER, RISK FACTOR, CYTOLOGY.

1. INTRODUCCIÓN

De las enfermedades presentes en el mundo, el cáncer ha demostrado poseer un incremento en los registros de tasas de incidencia y aumento en las cifras de mortalidad, dentro de esta enfermedad los tumores malignos ocupan el primer lugar en países desarrollados y en muchos países tercermundistas. Las posibilidades de elegir la forma en que una persona decide vivir su vida se denomina factores del estilo de vida y esto puede aumentar la probabilidad de padecer esta enfermedad si se siguen estilos inadecuados (1).

Un instituto sobre el cáncer en Estados Unidos, hace referencia a los factores de riesgo como aquello que aumente o disminuya la probabilidad de que se padezca una afección en un grupo poblacional. Hoy en día, en la consulta de la Atención Primaria de Salud la principal estrategia contra esta patología es el diagnóstico temprano y a su vez identificar los factores de riesgo que pueden estar asociados a esta enfermedad (1).

Dentro de la frecuencia de esta patología, el cáncer de cuello de útero ocupa el segundo lugar en las neoplasias malignas en mujeres, esto a nivel mundial contribuye en salud pública a generar problemas, para que exista una solución a esta problemática debe de implementarse normas organizativas, tener personal que esté capacitado acerca de la epidemiología de esta patología y métodos diagnósticos perfeccionados para la detección precoz y la cura de esta (2).

El carcinoma uterino se forma esencialmente en la unión o zona de transformación escamo-columnar, aquí ocurre la metaplasia del cérvix que se define como el reemplazo fisiológico de las células glandulares por células escamosas, este sitio es activamente metabólico siendo propicio para el desarrollo de infecciones como el del virus del papiloma humano (VPH) y la formación de lesiones precursoras. Este tipo de neoplasia se asocia a diferentes factores de riesgo que propician al desarrollo de algunas alteraciones celulares a nivel del cérvix uterino en las mujeres (3).

Esta oncopatía se deriva de un anormal crecimiento de células del cuello uterino, esto predispone a que existan lesiones precursoras de lenta

progresión e inferior invasividad. Al inicio provocan cambios paulatinos en los tejidos pudiendo desarrollar lesiones premalignas que, a menudo son asintomáticas y sigilosas durante su progreso sin síntomas notables (4). Progresan a partir de lesiones intraepiteliales de grado bajo, antecedido por una larga fase de tiempo donde se desarrollan manifestaciones o cambios celulares consideradas como lesiones pre invasoras que microscópicamente se expresan desde la atipia celular a diferentes grados de displasias o neoplasias intraepiteliales antes que se desarrolle una neoplasia maligna (5). En la actualidad, el inicio de esta patología esta principalmente fundamentada por la infección del VPH, considerada como una infección de transmisión sexual (ITS), factor primordial para el desarrollo del cáncer de cuello uterino la cual a su vez se asocia a múltiples factores de riesgo siendo los de mayor porcentaje los que están ligados a las conductas sexuales de cada mujer (6). En los países subdesarrollados, la infección por VPH es muy usual y afecta en su gran mayoría a las mujeres en edad reproductiva. La alta incidencia está directamente asociado al comienzo temprano de las relaciones sexuales, de la actividad sexual frecuente en la adolescencia y en adultos jóvenes, como también al gran número de compañeros sexuales (7).

La alta prevalencia de esta infección se encuentra relacionada al comportamiento sexual de cada persona. En el mundo el VPH en sus genotipos 16 y 18 constituyen el 70 % de la mayoría de las neoplasias cervicales, y alrededor del 41 % y 67 % en lesiones cervicales de alto grado y hasta el 32 % de lesiones de bajo grado (7).

La mayor parte de las infecciones por VPH son pasajeras, se eliminan del cuerpo en un período de uno a dos años y solo algunos de ellos se vuelven persistentes y provocan el desarrollo de lesiones precancerosas y malignas del cuello uterino (8).

Se ha probado que existen factores que interactúan junto con la infección de VPH, condicionando el riesgo de transformar la infección por VPH cervical a una lesión cervical o neoplasia maligna del cérvix. Entre los factores tenemos el inicio temprano de la actividad sexual, el embarazo en la adolescencia y el embarazo múltiple, tener múltiples parejas sexuales o tener relaciones sexuales con personas con antecedentes de promiscuidad, el uso prolongado

de anticonceptivos orales, antecedente de infección producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que declina la inmunidad de las mujeres haciéndolas susceptibles a la infección por VPH (9).

Además, se han identificado factores de riesgo de carácter genético, incluidas personas con antecedentes familiares de cáncer de cuello de útero de primera línea, también existen factores de índole no sexual como el tabaquismo y factores sociales como el nivel socio económico bajo; las tasas de morbilidad y mortalidad son más altas en mujeres de estratos sociales bajos porque tienen acceso limitado a los servicios de salud y por ende poseen controles inadecuados (9).

Las medidas de prevención que se pueden adoptar son a través del diagnóstico temprano de las lesiones pre malignas del cuello de útero, orientado a reducir los factores de riesgo, el uso de condones masculinos o femeninos, retrasar el inicio de las relaciones sexuales y restringir el número de parejas sexuales, son disposiciones que la población general debe tener en cuenta (10).

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS), al cáncer de cuello de útero lo define como una de las oncopatías que más repercute en la vida de las mujeres, de igual manera considera que año a año lo sufren alrededor de un millón de mujeres a nivel mundial; de esta cifra la mayor parte no han sido detectadas o no tienen entrada a tratamientos que puedan curar o prolongarles la vida (5).

Esta enfermedad a través del tiempo ha sido un problema de salud global, la OMS a través de The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) aseguran que hubo 570.000 (84 %) casos nuevos a nivel mundial en el 2018, mientras tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el similar periodo de tiempo aprecia que más de 72 mil mujeres fueron detectadas con cáncer de cuello de útero, de estas 34 mil fallecieron por esta causa en las Américas (11). Es el décimo más común de las neoplasias en la población a nivel mundial y el cuarto más común en las mujeres. La incidencia es mayor en los países en desarrollo, difiere desde 42,7 en la parte oriental de África, hasta 4,4 por 100.000 mujeres en el occidente asiático (Oriente Medio) (12).

En una reciente investigación, de 38 países de los 5 continentes encontró que las tasas de morbilidad y mortalidad en países de más altos ingresos han disminuido drásticamente, mientras que las tasas se han estabilizado o incluso aumentado en los de bajos recursos. Se estima que el 85-90 % de los fallecimientos ocurrieron en países subdesarrollados, siendo la tasa de mortalidad 18 veces mayor en los países de bajos ingresos o ingresos medios respecto a los países de ingresos altos (13).

En 2018 en las Américas, fueron diagnosticadas de esta enfermedad más de 72.000 mujeres y casi 34.000 fallecieron por esta causa. Son tres veces mayores las tasas de mortalidad en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, observando sustanciales desigualdades en salud (14).

Es una carga importante para el sistema de salud en América Latina, es la tercera causa de fallecimientos por cáncer entre las mujeres de esta región, después del cáncer de pulmón y de mama, aun cuando en algunos países,

como Honduras, El Salvador, Nicaragua, Paraguay, Bolivia y Ecuador, sigue predominando la mortalidad por cáncer entre las mujeres. Durante el 2018, en América Latina ocurrieron 28.318 fallecimientos por este cáncer según información de la International Agency for Research on Cancer (IARC), con una tasa total de 8,6 mujeres por cada 100.000 habitantes. Asimismo, parece que las mujeres con edades entre 40 a 54 años en Latinoamérica tienen mayor probabilidad de presentar esta enfermedad (10).

En Ecuador, se han reportado aproximadamente 1600 casos nuevos de esta patología cada año, además se manifiesta como segunda causa de fallecimiento por cáncer en mujeres comprendidas en edades entre 20 a 69 años. Según informes emitidos por la GLOBOCAN, el Ecuador ocupó el puesto siete, seguido de Chile. La cantidad de fallecimientos por este cáncer representa un aumento del 46 % de 1990 al 2018, obteniendo una media de 295 defunciones cada año. Guayaquil y Quito son las ciudades con mayor número de información registrada a lo largo de los años. La ciudad de Guayaquil engloba el 71 % de los casos de cáncer de cuello de útero aproximadamente a nivel del Litoral del Ecuador, esto representa una tasa en el indicador años de vida potencialmente perdidos (AVPP) de 0,82 por cada mil mujeres en el año 2018 (15).

Un estudio realizado en la ciudad de Guayaquil en el 2018 por la Sociedad de la Lucha contra el Cáncer (SOLCA) y la Escuela Politécnica Superior del Litoral (ESPOL) registró una mayor incidencia para cáncer de mama, próstata y cérvix a nivel del distrito 3, lugar donde se encuentra ubicada la población de estudio de este investigador, por lo que hace imprescindible determinar los hallazgos en las muestras cérvico uterinas y asociar los principales factores de riesgo que puedan afectar a esta población (16).

2.2 Formulación

¿Existe asociación entre los hallazgos citológicos cérvico uterinos y los factores de riesgos en mujeres adultas pertenecientes al consultorio 5 del centro de salud N° 4 en el año 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Asociar los hallazgos citológicos cérvico uterinos con factores de riesgo en mujeres adultas pertenecientes al consultorio 5, centro de salud N° 4, año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar la población de estudio según variables sociodemográficas.
- Categorizar los hallazgos citológicos cérvico uterinos.
- Identificar la presencia de factores de riesgo en la población de estudio.
- Determinar la posible asociación entre los hallazgos citológicos cérvico uterinos y los factores de riesgo de mujeres adultas.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual.

4.1.1 Evolución de la nomenclatura de las lesiones intraepiteliales.

La duda primordial para comunicarnos es elegir las palabras correctas para que todo lo relacionado con la terminología de las lesiones cervicales no sea un asunto insustancial. Lo importante de este acontecimiento queda perfectamente ilustrada por la interminable polémica sobre qué términos utilizar para referirse a las lesiones que, a lo largo del tiempo se ha traducido en un término amplio y en ocasiones confuso, empleando distintas terminologías para una idéntica lesión o más rara vez, designado con igual nombre a distintas lesiones (17).

Revisando la literatura científica, en los hechos históricos observamos que Cullen en 1900 explicó por vez primera las células neoplásicas delimitadas al epitelio del cérvix del útero (18). En Nueva York, Rubín (1910) nominó la noción de transformación neoplásica en cáncer incipiente, esto en razón al grosor del epitelio. En Berlín, dos años después (1912) Schottländer y Kermauner, utilizaron para nombrar las transformaciones que observaron en el epitelio contiguo al cáncer de cérvix invasor la expresión Carcinoma temprano (17).

En 1928, Papanicolaou propone por primera vez instaurar la terminología de las lesiones cervicales, describiéndolas en cinco grupos citológicos:

- Clase I: ausencia de células atípicas o anormales, extendidos normales.
- Clase II: alteraciones inflamatorias en los extendidos celulares.
- Clase III: células atípicas sugestivas en los extendidos, pero no conclusivas de malignidad.
- Clase IV: sugestivas de malignidad fuertemente en las citologías.
- Clase V: citologías conclusivas de malignidad (18).

Brodsky en 1932 (New York), aplica el concepto carcinoma in situ (CIS), fundamentándose en su antigüedad en Dermatopatología para explicar este cuadro histológico. En ese mismo año, Lecène (París) utilizó la terminología

enfermedad de Bowen cervical, y Galvin y Te Linde en 1933 (New York) el término carcinoma intraepitelial no invasor para este tipo de características histológicas (17).

Con el advenimiento cada vez mayor de la citología, ha quedado claro que la característica de las anomalías del epitelio del cuello del útero era más extensa, encontrándose otras características menos leves que el CIS. Papanicolaou (1949) incluye los conceptos de discariosis para citología y displasia para la histopatología; esto ocurre al observar alteraciones menos graves, a esto lo definió como "todo epitelio escamoso que se encuentre en la superficie o en glándulas, que muestren cambios de diferenciación sin lograr el nivel de alteración característico de los Carcinomas en Situ". Cuatro años más tarde en Cleveland, Reagan enlentece este concepto al mencionar a estas lesiones, con inferior gravedad que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, resaltando que muchas de ellas, retornan o perduran por más tiempo sin alteraciones. En el primer Congreso Internacional de Citología ocurrido en Viena (1961), se llegó a un acuerdo de caracterización a las tres lesiones cervicales para que estas fueran: carcinoma invasor, CIS y displasia; esta, a su vez se categorizó en leve, moderada y grave o severa. Esta categorización fue adoptada por la OMS (17-18).

Aquí, en esta clasificación se produjeron dos discusiones importantes; primero una mayoritaria inconformidad a cuándo una lesión se debió considerar displasia severa o CIS y, segundo, muchos expertos consideraban que la displasia y el CIS eran lesiones totalmente diferentes y autónomas con diferente posibilidad a malignidad, asegurando que las displasias no argumentaban algún tipo de tratamiento. En 1963, Koss planteo que el CIS y la displasia grave debieron sobreponerse. En 1966, Richart en Nueva York expone el concepto de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) donde describió tres categorías progresivas (I, II, III) donde se incluyó en la categoría III la displasia severa o grave y al CIS (17-18).

Esta clasificación presentó una superioridad sobre la precedente categorización, al interceder el concepto que las displasias y el CIS componen dos categorías de una idéntica enfermedad. Está ha sido utilizada durante 20 años y más, pero una cantidad de investigaciones observaron sorprendidos la

seguridad diagnóstica baja. Se estableció que había que modificar este sistema de graduación (17).

A finales de los 70, Elbe y Meissels se percataron que la mayor parte de las infecciones del aparato reproductor femenino por VPH no producían síntomas y que se diagnosticaban con la observación de coilocitos, anfofilia, disqueratocitos, hiper cromasia en las citologías patológicas y que estas se superponen a los procesos displásicos (18).

A comienzos de los años 80, se reconocieron numerosas alteraciones histológicas asociadas al VPH, en muchos estudios se contempló las células denominadas coilocitos que en citología se refiere a las atipias celulares (19). En 1988, en Maryland, Bethesda, en el Instituto Nacional del Cáncer, fue creado la Clasificación o Sistema Bethesda gracias a la iniciativa de un pequeño grupo de investigadores, elaboraron un formato claro para el reporte de citología cervical. Lo más importante de esta categorización fue la elaboración de una clasificación que incluyó las anomalías celulares preinvasoras en la citología llamándolas lesiones intraepiteliales escamosas de grado bajo y alto (LIE-BG y LIE-AG). La clasificación grado bajo hace correspondencia al NIC I y las anomalías producidas a nivel celular por el VPH; y, la categoría alto grado al NIC II y III de la de Richart (17, 21)

Más adelante, en 1991 se estudió el impacto de esta en la comunidad, se incluyó el informe de la calidad de la muestra citológica caracterizada en adecuada o inadecuada. En el año 1994 se publicó el primer Atlas del Sistema Bethesda. En el 2001, se realizó un taller que incluyó la participación de 400 científicos y profesores de 20 países diferentes gracias al internet al ampliar la participación. Aquí las alteraciones atípicas a nivel celular se dividieron en atípicas de células escamosas de indeterminado significado (ASC-US) y células escamosas que no pueden excluirse de una lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H). Desde este año, la OMS recomienda esta clasificación para los reportes de los hallazgos cérvico uterinos (20).

En el 2004 se difunde el segundo Atlas del Sistema Bethesda. Para el 2014, en los meses de marzo a junio, por la misma vía participaron 2454 especialistas de 59 países, esto para actualizar el Sistema Bethesda, esta hasta la fecha es la última actualización. Aquí se actualizó los hallazgos no

neoplásicos y presencia de organismos. En el 2015 se publicó el tercer atlas de este sistema (21).

4.1.2 Historia natural de la lesión intraepitelial.

Se definen como atipias celulares al cambio en la estructura de las células con relación al tamaño y a la división celular, estas alteraciones se detectan a través de la observación microscópica celular y el motivo podría ser a procesos inflamatorios o neoplásicos tanto benignos como malignos. De acuerdo a su intensidad pueden desarrollarse atipias de bajo o alto grado. Esto significa una peculiar utilidad en la citología cérvico uterina (Papanicolaou) para la precoz detección del cáncer de cuello de útero (22).

Para alcanzar a una neoplasia, las células previamente pasan por la displasia, que determina una anomalía en la etapa de la preparación celular, más no la célula cancerosa, que se caracteriza por una transformación irreparable en el ADN lo que codifica un desorden en su estructura y función (22).

Se sabe que las lesiones premalignas conocidas como lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) preceden al cáncer de cuello de útero, más aún 10 años antes de presentarse. En la actualidad investigaciones indican que la infección por VPH origina la formación del cáncer de cérvix (23).

La infección de VPH a nivel de los genitales, constituyen la lesión de transmisión sexual de más alta prevalencia en las personas activas sexualmente y fundamentan un papel fundamental en la formación de las lesiones preinvasoras y del cáncer de cérvix invasor (24).

La mayoría de las infecciones por el VPH se transmiten por estrecha cercanía, que puede ser piel a piel o mucosa a mucosa. Muchas investigaciones dan a entender que el contacto sexual es la vía primordial para las infecciones por VPH genital y anal. La mayor parte de la población de adolescente y adultas jóvenes logran infectarse muchos años después de haber iniciado su vida sexual. La población femenina con frecuentes infecciones transitorias, progresan en citologías anormales entre tanto ocurra una activa replicación del VPH (25).

El virus del papiloma, se encuentran dentro de los virus ADN (ácido desoxirribonucleico), tienen una característica circular de 8000 pares de bases, de cadena doble que origina lesiones de tipo condiloma en el epitelio

de diferentes huéspedes. El genoma del VPH tiene tres regiones:

1. La regulatoria superior que ejecuta la transcripción y replicación del territorio del control.
2. Una región prematura que codifica a las proteínas de replicación, regulación y de transformación del citoplasma y del núcleo de la célula del huésped (E1, E2, E4, E5, E6, E7).
3. Una región retrasada que codifica a las proteínas de la cápside viral (L1, L2) (26).

Dentro de los genotipos de VPH, trece son carcinogénicos (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68), a su vez otros se estiman como potencialmente carcinogénicos en los seres humanos (26, 53, 66, 67, 70, 73, 82). (26)

La infección del estrato epitelial escamoso a nivel del área genital, ya sea por distintos tipos de VPH, se expresa en forma clínica, en forma subclínica y latente. La forma clínica se determina como cualquiera manifestación visible en el estrato epitelial o que cause algún tipo de sintomatología.

La forma subclínica no presenta sintomatología y se puede diagnosticar de manera fortuita a través del microscopio o colposcopio; y, la forma latente no se agrupa con manifestaciones del estrato espinoso y se detecta con pruebas virológicas (27).

Al contemplar las infecciones por VPH, estas son pasajeras, se disipan automáticamente en un lapso de siete meses a dos años en un 80 %. Un grupo pequeño de mujeres que padezcan esta infección, progresaran a lesiones pre invasoras y malignas del cuello de útero. La permanencia viral del VPH de riesgo alto se considera necesario, pero no indispensable para la formación, preservación y desarrollo de estas lesiones enunciadas (8).

Al VPH lo podemos hallar de forma silvestre en forma episomal o integrada. La configuración de ADN circular covalentemente sesgada de dos cadenas se denomina episoma, esta estructura es la que con más frecuencia produce infecciones. La incorporación del genoma del huésped al viral es una peculiaridad sustancial en el transcurso de la alteración genital maligna asociado al VPH. La transformación inicia al integrarse el ADN celular con el viral, para esto el episoma viral circular sesgado, se divide por la zona que abarca a los genes E1 Y E2, estos oncogenes se activan lo cual resulta en un

término no controlado de sus oncoproteínas. Estas proteínas de VPH de riesgo alto, desarrollan un descontrol del huésped a nivel celular, incentivando la multiplicación de las células contaminadas por el VPH (8).

La aglomeración de cambios genéticos se debe a la formación permanente de estas oncoproteínas, lo que conlleva a la perpetuidad celular y aun cambio maligno a nivel celular. La actuación de las proteínas E6 y E7 del VPH de riesgo alto, se logra llevar por vías distintas. El mejor establecido es la inactivación de genes que suprimen las neoplasias del hospedero, estos controlan la división de las células. La destitución del gen p53 encargado de la supresión tumoral está establecido por la oncoproteína E6, mediante el mecanismo de proteólisis guiado por la ubiquitinación (8).

La oncoproteína E7, ejerce por medio al enlazarse al sistema Retinoblastoma/Factor de transcripción E2F, inactivando al retinoblastoma y liberando al factor de transcripción, lo que conlleva a una división celular desenfrenada. Desde aquí la proliferación celular debida a estas oncoproteínas depende en gran medida para lograr llegar a las atipias, lesiones intraepiteliales y hasta el cáncer de cuello de útero, a la interacción constante con otros factores o cofactores, estos podrían ser de índole biológico o no biológico. La persistencia más su asociación con la infección de VPH de grado alto es necesaria para que surjan los hallazgos anormales en las citologías cervico uterinas. Numerosas investigaciones mencionan que transcurre varios años entre el inicio de las infecciones y el progreso a cáncer de cuello de útero (8).

4.1.3 Cáncer de cuello de útero.

Esta patología es mediada por un descontrol a nivel celular del epitelio del cérvix uterino y se expresa en sus inicios en lesiones premalignas de evolución progresiva y lenta. Es una neoplasia multifactorial, se origina en la zona de cambio de la unión escamo-columnar, aquí ocurre la metaplasia celular. Se distinguen dos tipos de cáncer: el escamoso con sus distintas formas histológicas (90-95 %) y el adenocarcinoma (menos del 5 %). Algunos menos frecuentes encontramos a los sarcomas y en estudios recientes un tipo de melanoma maligno primario en el cérvix uterino (23).

4.1.4 Epidemiología del cáncer de cuello de útero.

Según GLOBOCAN, en el 2020 el cáncer de cuello de útero ocupó el segundo lugar en incidencia con el 28,5 % de casos en mujeres de 30 a 69 años a nivel mundial seguido del colorrectal, el continente africano ocupó el primer lugar en incidencia con 36,0 % de casos por cada 100.000 mujeres, seguido América Latina y el Caribe. Bolivia ocupó el primer lugar en la incidencia con el 53,5 % de casos a nivel de América Latina y Sudamérica seguido de Paraguay (28).

En el mundo en el año 2016, la mayor incidencia de esta patología que se observó fue en India con 533149 casos en mujeres de 15 a 49 años, precedido de China con 470092 casos en ese año (19).

En los países desarrollados como Estados Unidos de América (EE. UU), Canadá, China, Rusia, Nueva Zelanda, Australia, entre otros, muestran una conducta de sus cifras que llaman la atención con respecto a la prevención y tratamiento del cáncer de cuello de útero. Las tasas de mortalidad por cada 100000 mujeres disminuyeron, en el caso de Nueva Zelanda, pasó de 5,2 fallecimientos por cada 100000 mujeres en el año 1975 a 1,8 en el 2015. Costa Rica logró mayores avances al disminuir su tasa de fallecimientos, al pasar de 10,5 fallecimientos en el año 1975 a 4,4 en el 2015 por cada 100000 mujeres aproximadamente (15).

Ecuador ocupa el octavo lugar de casos de incidencia a nivel de Sudamérica con el 21,2 % y con una mortalidad de 9,8 % de casos por cada 100.000 mujeres (28). Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2020, en la provincia del Guayas ocupó el primer lugar en defunciones por cáncer cervicouterino con 213 casos reportados seguido de la provincia de Pichincha con 156 casos (29). En el 2014, mantuvo su incidencia más elevada de fallecimientos por esta patología, lo que representó la primera causa por cáncer llegando a superar al de mama y estómago (15).

La información que se cuenta a través del MSP y SOLCA, mediante investigaciones presentan la morbilidad y mortalidad del cáncer de cuello de útero. La conducta de la información en los años 1990 y 2015, muestran una importante elevación de casos, que corresponde al 35 %, que equivale a una media de 500 casos nuevos de esta neoplasia invasora a nivel territorial. En

los fallecimientos que se producen en el Ecuador, se observa una elevación del 46 % de 1990 al 2016, aquí se promedió un total de 295 fallecimientos anualmente, lo que establece algo afirmativo, afirmando que el tamizaje y el tratamiento actualizado de esta oncopatía muestran una decreciente cifra de la mortalidad anual que corresponde a esta neoplasia (15).

Datos de la ciudad de Guayaquil muestran que el 71 % de casos aproximadamente representa una tasa de AVPP de 0,82 por cada 1000 mujeres en el año 2018, esto corresponde a los casos del litoral ecuatoriano, se establece que es la tasa más baja que se registra en los fallecimientos en el periodo de 2008 al 2018 (15).

4.1.5 Clínica del cáncer de cuello de útero.

Presenta manifestaciones sintomáticas leves que en ocasiones puede pasar desapercibido, entre estos el flujo seropurulento, sangrados intermenstruales, posteriores al acto sexual, menstruación con ciclos abundantes, secreción fétida que pudiera deberse a una infección agregada, recurrencias en cistitis, poliuria y urgencias urinarias, dolor a nivel lumbar o referido en la pelvis, pudiera presentarse fatiga en respuesta a una baja concentración de hemoglobina (anemia), edema de miembros inferiores, obstrucción intestinal, hematuria, lesiones ulcerosas a nivel de vagina y cérvix uterino que se logran observar a través de la exploración al realizar el Papanicolaou (19).

Dentro de sus etapas, existe la forma temprana que se lo denomina neoplasia microinvasora, está caracterizado por irrumpir el tejido afecto escamoso y evolucionar en un nódulo pequeño. Se puede verificar por medio de la exploración cervical una superficie rugosa, friable y eritematosa que produce sangrado al tacto (19).

Esta lesión se desarrolla hasta alcanzar al endocérvix al sobrepasar los 5 o 6 cm, aquí a la examinación se aprecia un cérvix edematoso; el cáncer continúa su progresiva y lenta evolución siendo asintomático hasta que en las etapas más avanzadas se haga evidente los síntomas y esto conlleva a que el tratamiento utilizado sea menos efectivo (19).

Dentro de los síntomas secundarios agregados a la invasión de la neoplasia del cérvix uterino en estados tardíos tenemos a afectaciones vaginales, pared de la pelvis, vejiga y recto, compactación de los uréteres donde puede ocurrir

o no obstrucción, lo que conlleva a hidronefrosis hasta insuficiencia renal. La metástasis se da con mayor frecuencia a nivel de los ganglios para aórticos, desde aquí logra invadir a los cuerpos vertebrales o a las raíces nerviosas provocando dolor de intensidad moderada a nivel muscular, cuando existe a nivel de los vasos pélvicos compresión, se produce edema de extremidades inferiores, cuando existe diseminación hematológica en los cuerpos vertebrales lumbares y no existe a nivel ganglionar invasión, esto puede ser indicativo de una diseminación a distancia donde los órganos de mayor frecuencia de afectación es pulmón, seguido del hígado y los huesos (19).

Al examen físico, los hallazgos pueden ser relativamente normales porque a medida que avanza esta patología, el cuello del cérvix puede adquirir un aspecto anormal, con gruesa erosión, úlcera o masa. Estas anomalías pueden llegar hasta la vagina, al tacto rectal se puede evidenciar una masa externa o sangrado por erosión tumoral, los resultados del examen pélvico bimanual a menudo revelan metástasis pélvicas o paramétricas, las metástasis pulmonares suelen ser difíciles de ver en el examen físico a menos que se produzca derrame pleural u obstrucción bronquial, si hay afección hepática se puede desarrollar hepatomegalia, la obstrucción vascular o linfática provoca edema a nivel de los miembros inferiores lo cual se puede determinar mediante el examen físico (36).

4.1.6 Factores de riesgo.

El concepto de factor de riesgo se da cuando existen determinantes que elevan la probabilidad de padecer una enfermedad, como en este caso algún tipo de cáncer. En el cáncer existen diferentes factores de riesgo, poseer solo uno o muchos no establece padecer esta enfermedad, de igual manera es raro padecer cáncer de cuello de útero en mujeres en las que no existan factores de riesgo (30).

Investigaciones actuales demuestran la asociación entre factores reproductivos y factores sexuales, un notable resultado ha sido estudiado en mujeres que manifiestan tener múltiples parejas sexuales al mostrar que poseen un peligro dos hasta diez veces más al tener 10 parejas o más. El inicio precoz de la actividad sexual antes de los 18 años se relacionó con un peligro entre 1.5 y 5 veces mayor; de igual manera, las mujeres que tienen su

primer embarazo en la adolescencia, se evidencia un riesgo de igual magnitud. Se demostró que la multiparidad que se establece según la OMS como el número de tres o más gestaciones, promueven significativamente el riesgo (30).

La promiscuidad se entiende por la persona que tiene dos o más parejas sexuales en un periodo de tiempo menor a los seis meses (OMS). Aquí se corrobora asociación entre el peligro de lesiones intraepiteliales y el número de compañeros sexuales. Se basa con la posibilidad de contraer VPH. Como ejemplo las solteras, las viudas o mujeres separadas tienen aumento de contraer VPH entendiéndose por el número mayor de parejas sexuales, sean temporales o permanentes (31).

La precocidad del inicio de la actividad sexual condiciona la presencia de múltiples parejas sexuales, aumentando los factores de riesgo. También se ha observado que en la adolescencia a nivel epitelial del cuello del útero hay mayor susceptibilidad a los carcinógenos, si existiera un patógeno asociado el riesgo a la exposición aumentaría (31).

Cuando el primer coito ocurre a los 17 años o menos, el riesgo para lesión intraepitelial aumenta, es 2,4 veces mayor con las personas que inician su actividad sexual a los 21 años. Cada vez hay más estudios que demuestran que la mujer experimenta un riesgo más elevado al respecto de la característica sexual de la pareja. Investigaciones demuestran que las parejas de las mujeres que conformaban el grupo de casos con cáncer de cuello de útero tenían más parejas sexuales que las parejas de las pacientes que se encontraban al grupo control, también se demostró que tuvieron su primera actividad sexual a edad temprana y mostraron un historial más elevado de infecciones de transmisión sexual. También se evidencio que si la pareja sexual presentó antecedente de cáncer de pene las mujeres presentaron un peligro más elevado de padecer lesión intraepitelial (31).

Se ha establecido la relación entre el cáncer de cuello de útero con las ITS. Estas se explican con el comportamiento sexual de cada persona. En la actualidad a nivel mundial existen diferentes tipos y con ello a diferentes síntomas, existen ITS severas pero que con el correcto tratamiento mejoran y unas que en la actualidad no existe algún tipo de tratamiento. Dentro de las

ITS tratables tenemos a la gonorrea, sífilis, tricomoniasis, chancro blando, vaginosis bacteriana, candidiasis, gardenella, entre otras; las ITS intratables y que establecen ser portador de estas infecciones tenemos al VIH/SIDA, herpes genital, papiloma o verrugas genitales (VPH), hepatitis B y C (19).

Se ha observado en las mujeres que han tenido tres o más hijos poseen un riesgo del 80 % más elevado con respecto a las mujeres nulíparas para desarrollar lesiones intraepiteliales, si presentan cuatro partos se triplica el riesgo, con siete partos se cuadruplica y con diez se eleva a cinco veces. Se cree que el efecto inmunosupresor que ocurre por el flujo hormonal durante el embarazo eleva la predisposición a la infección por VPH (31).

Un científico corroboró la existencia de desarrollar cáncer de cuello de útero con la presencia de uno o más partos antes de los 18 años donde se cuadruplicaba el riesgo. La adecuada edad vista desde la anatomía y la fisiología humana ocurre entre los 25 y 49 años, aquí los cambios físicos son óptimos para la gestación, este riesgo está asociado con la inmadurez del cérvix del útero, esto conlleva a la vulnerabilidad del embarazo y con ello a la persistencia de infecciones por VPH debido a que este riesgo se relaciona con el inicio temprano de la vida sexual, estas recurrencias de infecciones por VPH establecen cambios celulares a nivel del cuello uterino y con esto se eleva la aparición de lesiones intraepiteliales (19-31).

El cáncer de cuello de útero se establece con más recurrencia en algunas familias, aquí la importancia como factor de riesgo los antecedentes familiares. En algunas revisiones literarias se observa que los casos con tendencia familiar de esta neoplasia se deben a una condición en la herencia genética lo que conlleva que un número de mujeres tengan menor posibilidad de luchar contra esta patología (4).

El tabaquismo se manifiesta como desencadenante, al producir acumulaciones de nicotina y cotinina que es un producto de su degradación a nivel de las células glandulares productoras de moco, lo que obstaculiza el desempeño normal de las células. La inmunodepresión juega un papel fundamental en el progreso del cáncer en general, ya sea provocado por tratamiento médico, como las personas que fueron sometidas a trasplante de algún órgano y por tratar al Lupus eritematoso sistémico (LES), o aquellas

personas que presentan infección por VIH o estado SIDA. Mujeres infectadas por VIH tienen predisposición elevada a contraer infección por VPH, esto se debe al estado inmunológico comprometido (32).

Muy controversial pero los anticonceptivos orales (AOC) se relaciona con su uso por 5 años o más con el riesgo elevado de presentar lesión intraepitelial. En una investigación efectuado por la IARC, observaron que el uso de los AOC por 4 años no se asoció con el diagnóstico de cáncer de cuello de útero, este riesgo se elevó para las mujeres que lo usaron entre cinco y diez o más años (31).

El cáncer de cuello de útero tiene mucha más predisposición en mujeres que no se realizan citologías cervicales o Papanicolaou, esta técnica asiste al personal de salud a hallar posibles células alteradas o atípicas, o las lesiones precursoras de bajo o alto grado. Esta prueba se utiliza para detectar la enfermedad en sus inicios, realizada en mujeres que no muestren algún tipo de síntomas (4).

4.1.7 Diagnóstico del cáncer de cuello de útero.

El cáncer de cuello de útero en estadio temprano causa síntomas rara vez, por lo que el examen citológico de rutina, un examen que toma muestras de células del cérvix uterino que luego se las evalúa en laboratorio patológico. En cambio, ante sangrados o secreción anormal vaginal requiere investigación médica inmediata. Esto puede deberse a otros problemas, pero se tendría que descartar esta neoplasia. El resultado anómalo del Papanicolaou suele ser el primer paso para detectar el cáncer de cérvix uterino. Este resultado dirigirá a más pruebas que pueden diagnosticar esta patología (38).

El resultado anómalo de la citología sería el inicio del diagnóstico. El personal médico se ayudará con otras pruebas en base al reporte de la citología para ayudar a que el diagnóstico sea más claro, como la colposcopia que permitirá observar detalladamente las células del cérvix uterino. Las lesiones malignas y premalignas se pueden detectar en etapas precoces cuando las pacientes se sanan mediante conización a nivel del cérvix uterino. Se puede indicar biopsia para tomar muestras las que se examinaran a través de un microscopio. Por medio del legrado uterino, se puede lograr tomar muestras del canal del cérvix y del útero para luego estudiarlas por medio del

microscopio. Sí se confirma esta patología se puede recomendar más pruebas para establecer que tan lejos se ha propagado la enfermedad, tales como (38):

- Biometría, exámenes bioquímicos, perfil hepático y renal, perfil metabólico, marcadores tumorales y uroanálisis.
- Exámenes radiográficos con apoyo de radiografías abdominales y pélvicas.
- La resonancia magnética define la anatomía abdominal y pélvica, esta herramienta de imagen ofrece una resolución elevada a nivel de las interfaces de los tejidos blandos. Esta es más eficaz para realizar medición de la superficie del tumor, incluso en lesiones endocervicales y para delinear los márgenes de los tumores cervicales, además ayuda a identificar la invasión a la vejiga, el recto o paramétrios (33).

La tomografía axial computarizada (TAC) es la técnica de imagen más utilizada para evaluar las lesiones de los ganglios linfáticos y las metástasis a distancia. Proporciona imágenes de resolución elevada de la anatomía abdominal y pélvica, especialmente cuando se utiliza con medios de contraste. No es parte de la clasificación de Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), pero es fundamental para muchas pacientes con diagnóstico de esta patología, para evaluar el tamaño y la diseminación del tumor más allá del cérvix uterino. Ayuda a identificar los ganglios linfáticos hipertróficos, la obstrucción a nivel de uréteres y las metástasis a distancia (33).

4.1.8 Sistema o clasificación de Bethesda.

El sistema o clasificación de Bethesda tuvo su origen con la resolución de un pequeño grupo de investigadores y profesores que se congregaron en Maryland, Bethesda en el Instituto Nacional del Cáncer en el año 1988, con la iniciativa de gestar un claro formato de reporte para las citologías ginecológicas en la que se usaría un término único, utilizable en laboratorios citológicos e histológicos que a su vez reflejaría sobre la neoplasia de cérvix el entendimiento más actualizado (20).

En el año 1991 se evaluó la introducción de la clasificación de Bethesda y su impacto en la comunidad, fundamentándose con las personas que lo utilizaban y su experiencia. En el 2001 se lleva a cabo su primera actualización

donde se incluyó la adecuación de la muestra, y en el 2014 se efectuó su segunda actualización, en la actualidad en su última actualización. En el 2015 se publica su tercer atlas habiéndose publicado el segundo en el 2004 (20).

El sistema o clasificación Bethesda se segmenta en las siguientes partes:

- Tipo de muestra, que puede ser la muestra convencional o la preparada en base líquida.
- Adecuación de la muestra, la cual puede ser:
 1. Satisfactoria para evaluación, cuando incluye un número apropiado de células epiteliales visibles y conservadas.
 2. Insatisfactoria para evaluación, cuando la lámina no se encuentra identificada o cuando el nombre no corresponde de la orden con la lámina, cuando la lámina está rota.
- Categorización general, este acápite puede ser opcional dentro de este sistema de clasificación. Existen tres categorizaciones:
 1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad, aquí se consideran los frotis con células sin cambios morfológicos y los cambios benignos donde se incluyen las infecciones.
 2. Anormalidades en células epiteliales, refiriendo si son escamosas o glandulares.
 3. Otras.
- Interpretación o resultados.
 1. Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
 - a. Células epiteliales sin componentes neoplásicos o elementos celulares normales.
 - b. Hallazgos no neoplásicos, aquí se incluyen las variaciones celulares no cancerígenas como queratosis, metaplasia tubal y escamosa, atrofas con o sin cambios inflamatorios.
 - c. Cambios celulares reactivos relacionados con la inflamación (leve, moderada, severa), radiación o dispositivos intrauterinos (DIU).
 - d. Observación de células glandulares posterior a una histerectomía.

- e. Organismos como: Tricomonas vaginales, Cándida sp, vaginosis bacteriana que se identifica como cambios en la flora bacteriana, cambios a nivel celular relacionados con Actinomyces sp, herpes simple, cambios relacionados con citomegalovirus.
2. Anormalidades en células epiteliales.
- a. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), pertenece a las iniciales Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance, estas corresponden a una lesión de grado bajo, están muy asociados con infección de VPH.
 - b. Células escamosas atípicas que no excluyen una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H), pertenece a las iniciales Atypical Squamous Cells Cannot exclude High grade squamous intraepitelial, corresponden a una lesión de grado alto y tiene relevancia mayor que las ASC-US.
 - c. Lesión intraepitelial de bajo grado (LIE-BG), aquí se reúnen los cambios celulares por VPH, la displasia leve y el NIC I.
 - d. Lesión intraepitelial de alto grado (LIE-AG), aquí se reúnen la displasia moderada y severa, NIC II y III, y el carcinoma in situ (CIS).
 - e. Carcinoma de células escamosas.
 - f. Células glandulares atípicas (ACG).
 - g. Células glandulares con atipias a favor de neoplasia.
 - h. Adenocarcinoma cervical in situ.
 - i. Adenocarcinoma.
- Otro: células endometriales en pacientes de 45 años o más (20).

4.1.9 Estadificación clínica del cáncer de cuello de útero.

Existen cuatro estadios en esta neoplasia, así lo instaura el sistema de clasificación de la FIGO, esta clasificación se basa para el correcto tratamiento. La evaluación adecuada de cada fase es importante para decidir

si la paciente tendrá beneficios del tratamiento quirúrgico o de la quimioterapia o radioterapia. Los procedimientos quirúrgicos se conservan para los tumores inferiores o iguales al estadio IIA. Pacientes con etapas tempranas de la enfermedad en la que no existe compromiso a nivel de paramétrios, se puede realizar la técnica llamada Wertheim-Meigs que consiste en un tipo especial de histerectomía total, en vez de quimio o radioterapia; lo contrario a esto, los estadios IIB o patología avanzada con afectación de paramétrios deben ser tratados con quimio y radioterapia concurrente (37).

La estadificación según la FIGO se establece así:

- Estadio I: carcinoma limitado al cuello del útero.
 - Estadio IA: diagnosticado solo por microscopía, con invasión del estroma menor a cinco milímetros de profundidad.
 - Estadio IA1: invasión del estroma menor de tres milímetros de profundidad.
 - Estadio IA2: invasión del estroma mayor a tres milímetros y menor a cinco milímetros de profundidad.
 - Estadio IB: invasión mayor a cinco milímetros con lesión limitada al cérvix uterino.
 - Estadio IB1: lesiones menores de dos centímetros.
 - Estadio IB2: lesiones mayores a dos centímetros y menores a cuatro centímetros en su dimensión máxima.
 - Estadio IB3: lesiones mayores a cuatro centímetros.
- Estadio II: extensión más allá del útero, pero no hasta la pared pelviana o el tercio inferior de la vagina.
 - Estadio IIA: limitado hasta los dos tercios superiores de la vagina, sin compromiso del paramétrio.
 - Estadio IIA1: lesión menor a cuatro centímetros en su diámetro máximo.
 - Estadio IIA2: lesión mayor a cuatro centímetros en su diámetro máximo.
 - Estadio IIB: existe compromiso de paramétrios, pero no hasta la pared pélvica.
- Estadio III: extensión a la pared pelviana con compromiso del tercio

inferior de la vagina que puede provocar hidronefrosis o riñón no funcionante.

- Estadio IIIA: extensión al tercio inferior de la vagina, pero no a la pared pélvica.
- Estadio IIIB: extensión a la pared pélvica con hidronefrosis o riñón no funcionante.
- Estadio IIIC: compromiso de ganglios linfáticos pélvicos y par aórticos.
 - Estadio IIIC1: metástasis a ganglios linfáticos pélvicos.
 - Estadio IIIC2: metástasis a ganglios linfáticos par aórticos.
- Estadio IV: extensión más allá de la pelvis con compromiso clínico de la vejiga o recto comprobado con biopsia.
 - Estadio IVA: diseminación a órganos pélvicos adyacentes.
 - Estadio IVB: propagación a órganos distantes (37).

4.1.10 Prevención.

La prevención primaria del cáncer de cuello de útero esta dado por las vacunas profiláctica contra el VPH, uso de métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo masculino o femenino para así evitar la infección del VPH y que este llega a provocar lesiones a nivel del cérvix. En la actualidad contamos con tres tipos de vacunas contra el VPH: la tetravalente y la bivalente que son muy efectivas para la prevención de infecciones de los tipos de VPH 16 y 18 que son los causantes de la mayoría de los casos de esta oncopatía. La tetravalente cubre también las cepas 6 y 11 que se relacionan con lo condilomas genitales. La tercera vacuna se denomina nonavalente la cual protege contra las cepas de VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, pero no está disponible para su compra (23).

La prevención secundaria se realiza con la detección oportuna o pesquisaje por medio de la citología cervical o test de Papanicolaou. La visualización con ácido acético al 3,5 % y solución yodada de Lugol en la atención primaria de salud (APS), posibilita hallar lesiones encubiertas a la examinación, esto incrementa la calidad del pesquisaje al encontrar lesiones en pacientes con resultado negativo en las citologías, que deben de ser probadas por

colposcopia (23).

Existen muchas pruebas que se diferencian en la sensibilidad, técnicas complejas, valores predictores y especificidad, entre ellos: la inmunoperoxidas, el southern blot, la hibridización in situ con fluoresceína, el PCR (reacción en cadena de polimerasa) y la prueba de captura híbrida (23).

4.1.11 Tratamiento.

Las opciones del tratamiento se dividen en dos categorías generales, que son el tratamiento expectante y el tratamiento médico. El primero se puede utilizar para los hallazgos que entren en la clasificación de NIC I cuando está precedido por una citología cervical que sugiere una lesión de bajo grado (ASC-US, LIE-BG o ASC-H), pero para las lesiones de grado bajo cuando las partes diagnósticas son similares y la unión escamocolumnar es claramente visible también puede ser destructiva, entonces observando esto se podría realizar vaporización con láser, o un control con frotis cervical y colposcopia a los seis meses; en caso de discrepancias con los elementos diagnósticos se realizará conización como objetivo diagnóstico (39).

Algunas displasias moderadas e incluso severas se puede facilitar tratamientos destructivos siempre que no superen los dos centímetros cuadrados, si los límites están bien visualizados, si la unión glandular epitelial es claramente visible y, sobre todo, si son mujeres con accesible observación para realizar un seguimiento riguroso (39).

En todos los demás casos, la conización sigue siendo el Gold estándar. La crioterapia es una de las formas terapéuticas basada en la destrucción de tejidos mediado por nitrógeno líquido al producir la necrosis de los tejidos al someterlos a temperaturas menores a 196 °C, esta técnica implica en atribuir ciclos completos de congelación y descongelación, lo cual varía según el tipo de lesión (39).

Otra técnica es el láser de dióxido de carbono, el cual sirve para la ablación a nivel de la zona de metaplasia o para realizar biopsias a través de la conización. Este destruye a los tejidos de un área muy pequeña alrededor de la lesión del tejido tratado y por lo tanto es flexible y preciso. Cuando ocurre flujo vaginal posterior al tratamiento puede perdurar hasta una o dos semanas y un porcentaje pequeño de pacientes presenta sangrado que requiere un

nuevo examen (39).

El procedimiento de escisión electro quirúrgica en anillo (LEEP) se utiliza comúnmente para NIC II y III. El LEEP utiliza un laso de alambre pequeño y delgado conectado a un generador electro quirúrgico para extraer el tejido de interés. Los mangos del alambre están disponibles en tamaños variados. Con frecuencia después de la escisión de la zona de transformación, se extrae una pequeña muestra del tejido endocervical para continuar con los estudios histológicos evitando un daño mayor al estrato escamoso (39).

4.2 Antecedentes investigativos.

Peggy Escobar Ruiz (2015), en su investigación titulada “Asociación entre factores de cáncer cervicouterino y resultados de citología orgánica de cérvix, consultorios de medicina familiar y comunitaria, pascuales 2015”, concluyó que los factores de riesgo que predominaron en su investigación fue inicio de las relaciones sexuales entre los 15 y 19 años, así como el número de parejas sexuales del compañero y los antecedentes de infección de transmisión sexual; los resultados de las citologías mostraron un alto porcentaje en alteraciones de tipo inflamatoria, infecciosas y mixtas; además se observa al VPH como la variable con asociación significativa con grado de malignidad de la citología demostrando una vez más la relación existente entre esta infección y el cáncer cervicouterino (40).

Rocío del Pilar Pérez Loyola, Daniel Toribio Faustino (2015), realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes del Hospital César Garayar García. Iquitos-2014”, esta fue un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, longitudinal, de corte transversal y que corresponde a un diseño correlacional, la muestra fue conformada por 153 pacientes, donde se obtuvo 58 pacientes con alteraciones a nivel de citologías, la edad promedio fue de 33 años, el 56,9 % tuvieron tres o más parejas sexuales, el 31,4 % inicio su actividad sexual antes de los 18 años, la infección por VPH ocupó el 20,3 %, el 29,9 % fueron multíparas, el 48,3 % no usaban métodos anticonceptivos, el 29,9 % residían en zonas urbano marginales, predominó la instrucción primaria, ocupó con mayor frecuencia la ocupación ama de casa, los factores relacionados fueron

el número de parejas sexuales, ocupación de la pareja sexual y la infección por VPH como enfermedad de transmisión sexual (41).

Euler Leonard Abad Jibaja, Margareth Celiz Panduro (2017), realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico, periodo 2011-2015”, fue un estudio de casos y controles, retrospectivo, transversal, la muestra fue 120 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer uterino, los resultados que obtuvieron dentro de los factores de riesgo que presentaron asociación estadística fue la etnia mestiza, ingreso económico medio, multiparidad, actividad sexual antes de los 19 años, promiscuidad, pareja promiscua, tabaquismo, uso de AOC, no control citológico, los factores heredo familiares; predominó el carcinoma in situ (42).

Jhovanna Mariela Parra Samaniego (2017), en su investigación “Prevalencia y factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, periodo 2014-2015”, realizó un estudio descriptivo, analítico y transversal, con un universo de 550 pacientes que acudieron a realizarse colposcopia, que luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión obtuvo 233 pacientes, concluyó que el promedio de edad fue de 36 años, según la talla 1.56 centímetros, el peso en 66.5 kg, índice de masa corporal (IMC) de 27.4, el número de gestaciones fue de 3.4, los partos fueron de dos, el número de parejas sexuales fue de dos, no existió relación estadística con las siguientes variables: inicio de vida sexual activa, paridad, número de parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, consumo de tabaco (43).

Celso Velázquez González (2017), realizó una investigación titulada “Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo asociados en indígenas de cuatro unidades de salud familiar del departamento Caaguazú, 2015-2016”, fue un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal con muestreo probabilístico, la muestra fue de 129 pacientes, concluyó que la lesión que predominó fue ASC-US, inicio precoz de la actividad sexual, la multiparidad, y las que tuvieron en una sola ocasión un control citológico, la unión libre, la ocupación ama de casa (44).

Maximiliana Quispe Gómez (2017), realizó una investigación del tema “Factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014-2015”, el diseño de investigación fue de casos y controles, el tipo observacional, analítica, con una muestra de 366 mujeres, obtuvo los siguientes resultados: los factores de riesgo que mostraron asociación significativa fueron la edad, bajo grado de instrucción, la unión libre, tener procedencia zonas rurales, el inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad, la multiparidad, el antecedente de anticonceptivos orales, los antecedentes familiares, no observó asociación estadística en el embarazo en la adolescencia, el tabaquismo y antecedentes previos de lesiones cervicales, la lesión que ocupó el primer lugar fue la lesión intraepitelial de bajo grado (45).

Nancy María Acosta Alonso, Loreley García Galindo, Pedro Julio Bartolo Martínez (2018), en su investigación “Factores de riesgo asociados a la incidencia de cáncer cérvico uterino en el área de salud Norte. Morón” (Cuba), concluyeron que predominaron las féminas en la cuarta década de vida, donde los antecedentes familiares de cáncer cérvico uterino, el antecedente personal de displasia, antecedentes de lesiones benignas de cuello uterino, el inicio de relaciones sexuales en edades tempranas de la vida, así como el antecedente de infección de transmisión sexual son factores de riesgo asociados causalmente y de forma significativa con el cáncer uterino, mientras que la promiscuidad, antecedentes de abortos y/o regulación menstrual y la multiparidad se asocian causalmente a la enfermedad pero no de forma significativa (46).

Gianella Lissette Guzmán Peralta (2018), en su investigación “Factores asociados al cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa del hospital de Solca de la ciudad de Guayaquil”, realizó un estudio donde la población de estudio fue de 50 mujeres que recibieron consulta médica en la consulta externa en el hospital de Solca, concluyó que dentro de las características sociodemográficas la etnia mestiza predominó, el estado civil unión libre, en la escolaridad la educación superior y un ingreso económico medio. El grupo etario que predominó se encontró entre 25 y 45

años, el VPH fue la infección de transmisión sexual con más frecuencia, que el genotipo detectado que predominó fue el 16 (47).

Andreina Jazmín Mora Sandoya, Norma Magaly Pacha Pacha (2018), realizaron un estudio el que se tituló “Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 50 años”, la población de estudio estuvo conformada por 40 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino que fueron atendidas en un lapso de tiempo de tres meses en la consulta externa en el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA-Guayaquil, concluyeron que dentro de las variables sociodemográficas predominó el grupo etario entre 46 y 50 años, la etnia mestiza, en el estado civil, la unión libre, la mayoría eran mujeres que residían fuera de la ciudad (población rural), en escolaridad la secundaria, el nivel socio económico bajo seguido del medio, que tienen conocimiento de la patología, la edad de la primera relación sexual se encontró entre los 17 y 21 años, en el número de compañeros sexuales predominó tres y más de tres, desconocían enfermedades de transmisión sexual en la pareja, el VPH fue la ITS que predominó, consumo de AOC por más de tres años, el tipo de VPH que se encontró con más frecuencia fue el 16 y el 18 (48).

Verónica Lituma Moreira (2018), en su investigación titulada “Estudio de factores de riesgo y citología cervicouterino en detección de lesiones premalignas de cuello uterino en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo; periodo 2016-2017”, fue de tipo casos y controles, con una muestra conformada por 200 mujeres, concluyó que el rango etario que predominó fue entre los 41 a 60 años, la mala higiene y la infección por VPH fueron factores muy relacionados para el desarrollo de lesiones premalignas de cáncer de cuello de útero, así mismo lo represento la multiparidad, las lesiones que se observaron con más frecuencia fueron las de grado bajo (49).

Emerita Saldaña Mestanza, Jefferson Efrén Silva Guevara (2018), realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2013-2017”, fue un estudio de casos y controles, la muestra fue de 125 mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino, concluyeron que dentro de los factores de riesgo relacionados fueron la raza,

mestiza, el inicio temprano de la actividad sexual, el tabaquismo; dentro de los factores que no presentaron asociación estadística fueron los antecedentes familiares, el uso de AOC, el no control citológico, la multiparidad, la pareja promiscua y la promiscuidad (50).

Cristian Vitorino Grajeda (2018), en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud, Cusco, 2017”, según el diseño fue de casos y controles, retrospectivo, analítico, contó con una muestra de 105 mujeres, concluyó que el grupo etario que predominó fue de 41 a 60 años, los factores de riesgo estudiados que predominaron fueron la escolaridad no superior, embarazo en la adolescencia el cual tuvo asociación estadística, la multiparidad que de igual manera tuvo relación estadística, inicio precoz de la actividad sexual que también obtuvo relación estadística al igual que la promiscuidad (51).

Giovana Patricia Rengifo Sánchez, Victoria Isabel Shupingahua Rengifo (2018), realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo en mujeres con citología anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre del 2017”, el diseño de la investigación fue de casos y controles, la muestra con la que contó fue de 80 pacientes con reportes anormales en la citología, los resultados obtenidos fueron que predominó el grupo etario entre 31 y 50 años, pertenecían a al área urbano marginal, el estado civil unión libre, ocupó la mayor frecuencia el inicio precoz de las relaciones sexuales, la promiscuidad, la multiparidad, el uso de AOC, los antecedentes familiares, presentaron antecedentes de ITS, tabaquismo, la alteración citológica que predominó fue la lesión intraepitelial de bajo grado (52).

Nelcy del Pilar Paredes Vásquez (2019), realizó su investigación titulada “Factores personales, sexuales y reproductivos asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales, julio-diciembre 2018”, el tipo de investigación fue retrospectivo, descriptiva, correlacionar con una muestra de 46 mujeres, los resultados obtenidos fueron: la edad que predominó fue de 31 a 40 años, el grado académico fue la secundaria incompleta, el estado civil la unión libre, predominó las mujeres fumadoras, inmunodeprimidas y con antecedentes familiares, predominó el inicio precoz de las relaciones

sexuales, la promiscuidad, antecedentes de ITS, pareja promiscua, multiparidad, embarazo en la adolescencia, uso de AOC por cinco años o más, la lesión que predominó fue NIC II (53).

Michelle Estefanía Ortiz Paredes (2020) realizó un estudio titulado “Evolución de lesiones cervicouterinas y su correlación con hallazgos citológicos e histopatológicos, asociado o no a virus de Papiloma Humano en pacientes femeninas atendidas en el centro de salud Pilahuin-Tungurahua”, tuvo una muestra de 191 mujeres indígenas, fue descriptivo, prospectivo, concluyó que 32 mujeres tenían resultado positivo para VPH, dos pacientes tuvieron resultado de ASC-US, el cambio celular que predominó fue del tipo inflamatorio moderado, los factores de riesgo que predominaron fueron inicio temprano de las relaciones sexuales y la multiparidad (54).

Juany Garagondo Balboa (2020), realizó una investigación titulada “Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2016-2017”, esta investigación fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo, con diseño de casos y controles, la muestra de estudio estuvo conformada por 240 mujeres, obtuvo resultados estadísticos significativos con los factores de riesgo siguientes: promiscuidad, inicio precoz de las relaciones sexuales, embarazo en la adolescencia, multiparidad, bajo grado académico, no tener antecedentes de Papanicolaou (55).

María Angélica Rivera Zegarra (2021), en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer de cuello uterino en mujeres entre 30 a 64 años en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2018”, presentó un diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 52 mujeres, obtuvo los siguientes resultados: predominó la edad entre 30 y 41 años, la escolaridad secundaria, el estado civil unión libre, el inicio precoz de la actividad sexual, la multiparidad, los antecedentes familiares, sin antecedentes de ITS, el no uso de métodos anticonceptivos, no presentaron inmunodepresión, tuvo relación estadística el tabaquismo (56).

5. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

Los hallazgos citológicos cérvico uterinos están asociados con los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino, el tabaquismo, la sexualidad en la adolescencia, el embarazo en la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual, la multiparidad, la promiscuidad, la pareja promiscua, los anticonceptivos orales, los estados de inmunodepresión y los insuficientes controles citológicos.

6. MÉTODOS

6.1 Nivel de la investigación.

La presente investigación según el nivel de investigación es de tipo relacional ya que buscó la posible asociación de dos variables que se midieron.

6.2 Tipo de investigación.

Según el tipo de investigación es un estudio observacional en el cual no existió intervención ni manipulación del investigador sobre el objeto de estudio. Según la planificación de la toma de los datos es prospectivo ya que se utilizó fuentes primarias para la recolección de datos elaboradas por el investigador. Según el número de ocasiones que se mide la variable de estudio es transversal porque midió las variables de estudio en una sola ocasión. Según el número de variables analíticas es un estudio analítico, puesto que fue un análisis bivariado.

6.3 Diseño de investigación.

Según el diseño de la investigación es un estudio observacional analítico de tipo estudio de casos y controles, por qué parte de un grupo de personas que tienen un problema en específico y de un grupo que no lo tiene para buscar la presencia de determinados factores que pudieran asociarse al problema de estudio.

6.4 Justificación de la elección del método

El nivel, el tipo y el diseño de la investigación fueron de gran utilidad ya que nos permitió resolver el problema planteado, dar salida a los objetivos enunciados y a la hipótesis del investigador.

6.5 Población de estudio.

La población de estudio estuvo constituida por mujeres en edades comprendidas entre 20 a 64 años, asignado al investigador en el posgrado de

Medicina Familiar y Comunitaria, en el consultorio 5 del centro de salud N° 4, en el cantón Guayaquil, de enero a julio del año 2021. La cifra de mujeres adultas comprendidas en esas edades fue de 201.

6.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

Las personas participantes del estudio fueron seleccionadas a partir de la información procesada a través de las fichas familiares del consultorio 5 de Medicina Familiar y Comunitaria.

6.5.2 Criterios de inclusión.

1. Mujeres en edades comprendidas entre 20 a 64 años de edad que muestren su aceptación de participar en la investigación a través de la firma del consentimiento informado.
2. Mujeres que residan de manera permanente en el sector correspondiente al investigador designado por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del centro de salud N° 4.

6.5.3 Criterios de exclusión.

1. Mujeres con discapacidad o enfermedad mental que le impida responder o comprender las preguntas del instrumento.
2. Mujeres sin inicio de actividad sexual.
3. Mujeres con muestras citológicas insatisfactorias para evaluación.
4. Mujeres que luego de dos citas al centro de salud y dos visitas al domicilio no sea posible contactar.

6.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. El autor se entrevistó con el director del centro de salud N° 4 y se solicitó su firma de autorización para realizar la investigación con las personas pertenecientes al sector asignado por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Durante su realización se dio cumplimiento a la Declaración de Helsinki sobre los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y a las normas éticas

establecidas en el reglamento de ética para las investigaciones del Ecuador. Previo a la aplicación del instrumento se explicó a las participantes sobre el tema de investigación, donde las que aceptaron firmaron el consentimiento informado.

Para la recolección de la información se ejecutó por medio de dos encuestas elaboradas por el autor las cuales se basaron en la revisión de la literatura de varias investigaciones, estas fueron validadas por tres expertos, dos especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en Ginecología siguiendo los criterios de Moriyoma para la realización de instrumentos de recogida de información.

Además, se utilizó el laboratorio de histopatología del centro de salud N° 4 para tener los resultados de las citologías tomadas de las participantes y así poder categorizar los hallazgos de las muestras citológicas.

Para dar salida al primer objetivo se utilizó la primera encuesta donde se incluyeron las variables sociodemográficas edad, etnia, nacionalidad, estado civil, escolaridad, ocupación e ingresos económicos. Dentro de la variable ocupación, la categoría empleado formal se estableció cuando el trabajador se encuentra formalizado mediante la celebración de un contrato de trabajo entre el trabajador y el empleador, y se ajusta a los requerimientos de la ley, la categoría empleado informal cuando el trabajador es remunerado, pero no está registrado, regulado o protegido por marcos legales o normativos y sin aportes a la seguridad social. La variable ingreso económico se consideró en la categoría bajo cuando la persona ganó menos de 2,54 dólares al día y la categoría muy bajo cuando ganó menos de 1,43 dólares al día.

Para lograr el segundo objetivo, se realizó toma de muestras de citologías cérvico uterinas, estas fueron procesadas en el laboratorio de histopatología del centro de salud N° 4, se categorizó los hallazgos encontrados por medio del sistema de clasificación de Bethesda última actualización 2014.

Para el cumplimiento del tercer objetivo se utilizó la segunda encuesta la cual estuvo determinada por factores de riesgo como antecedentes familiares, tabaquismo, sexualidad en la adolescencia, infección de transmisión sexual, embarazo en la adolescencia, multiparidad, promiscuidad, pareja promiscua, anticonceptivos orales, inmunodepresión y control citológico; esta se

determinó a través de diez preguntas con respuesta de opciones dicotómicas y una pregunta de opciones politómicas. La variable infección de transmisión sexual se consideró seis categorías: herpes genital, sífilis, verrugas genitales (VPH), gonorrea, clamidia y ninguna. Se estableció al señalar una categoría o más como antecedente de infección de transmisión sexual excluyendo la categoría ninguna que indicó sin antecedentes. La variable promiscuidad se estableció como presente si la persona tenía en un lapso menor a seis meses tres o más parejas sexuales, esto según lo indica la OMS. Para la variable inmunodepresión se logró cuando la participante indicó tener una o más de las siguientes categorías: trasplante renal, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), VIH/SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida). La variable control citológico se consideró como controlado si la participante tuvo un control en los últimos tres años según lo establecido en los protocolos para la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y mama.

6.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Etnia	Encuesta
Nacionalidad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Ingresos económicos	Encuesta
Categorización de los hallazgos citológicos	Observación
Antecedentes familiares	Encuesta
Tabaquismo	Encuesta
Sexualidad en la adolescencia	Encuesta
Infección de transmisión sexual	Encuesta
Embarazo en la adolescencia	Encuesta
Multiparidad	Encuesta
Promiscuidad	Encuesta
Pareja promiscua	Encuesta
Anticonceptivos orales	Encuesta
Inmunodepresión	Encuesta
Control citológico	Encuesta

6.8 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos con la aplicación del instrumento de recogida de la información se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2018, utilizando las columnas para las variables y las filas para las categorías de estudio.

El procesamiento de los datos se realizó a través del programa estadístico IBM Statistics Product and Service Solutions (SPSS) 26.0, 2019. Se utilizó números absolutos y proporciones representados en porcentajes para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas.

Para determinar la asociación estadística entre la variable de supervisión y las variables asociadas se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado de homogeneidad, con un nivel de confianza del 95,0 % y un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$).

La información se presentó en forma de tablas y gráficos para su mejor comprensión.

6.7 Variables

6.7.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad.	Edad (grupos quinquenales).	20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64.	Cuantitativa discreta.
Etnia.	Autoidentificación étnica.	Indígena, afroecuatoriana, mestiza, blanca, otra.	Cualitativa nominal.
Nacionalidad.	País de nacimiento.	Ecuatoriana, extranjera.	Cualitativa nominal.
Estado civil.	Estado civil.	Soltera, unión libre, casada, divorciada, viuda.	Cualitativa nominal.
Escolaridad.	Nivel de estudio cursado.	Ninguno (analfabetismo), primaria incompleta, primaria completa, secundaria, bachillerato, universidad.	Cualitativa ordinal.
Ocupación.	Ocupación.	Empleo formal, empleo informal, cuenta propia, ama de casa, ninguno.	Cualitativa nominal.
Ingresos económicos.	Ingresos diarios.	Adecuado, bajo (menos de 2,54 usd/persona/día), muy bajo (menos de 1,43 usd/persona/día).	Cualitativa ordinal.
Categorización de los hallazgos citológicos.	Reporte de citología según clasificación de Bethesda.	Negativo para lesión intraepitelial o malignidad, anormalidades en células epiteliales, carcinoma epidermoide.	Cualitativa ordinal.

Antecedentes familiares.	Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino de primera línea (mamá, hermana).	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Tabaquismo.	Antecedente o hábito de fumar	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Sexualidad en la adolescencia.	Primera relación sexual antes de los 19 años.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Infección de transmisión sexual.	Herpes genital, sífilis, verrugas genitales (VPH), gonorrea, clamidia, ninguna.	Sin antecedentes, con antecedentes.	Cualitativa nominal.
Embarazo en la adolescencia.	Gestación antes de los 19 años.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Multiparidad.	Tres o más partos.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Promiscuidad.	Tres o más parejas sexuales en los últimos seis meses.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Pareja promiscua.	Antecedentes de promiscuidad en la pareja.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Anticonceptivos orales.	Uso de anticonceptivos orales (ACO) por cinco años o más.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Inmunodepresión.	Trasplante renal, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), VIH-SIDA.	Sí, no.	Cualitativa nominal.
Control citológico.	Citología en los últimos tres años.	Controlado, no controlado.	Cualitativa nominal.

7 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Dentro de las 201 personas que comprendían la población de mujeres adultas asignado al investigador en el consultorio cinco, después de la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión participaron 175 mujeres adultas, se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 1: Distribución de la población según la edad. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Edad	Total	%
20-24	22	12,6
25-29	29	16,6
30-34	35	20,0
35-39	27	15,4
40-44	17	9,7
45-49	19	10,9
50-54	13	7,4
55-59	9	5,1
60-64	4	2,3
Total	175	100,0

Como se observa en la tabla 1 predominó la población de mujeres en edades comprendidas entre 30 a 34 años con el 20,0 % seguido de las mujeres en edades comprendidas entre 25 a 29 años con el 16,6 %. (Tabla 1).

Cifuentes en el 2014, en una investigación realizada en el Centro de Salud San Vicente de Saboyá en Colombia, identificó que el rango de edad de estudio osciló en 16 y 71 años con una media de 42,2 lo que equivalió al 14,57 % (57). **Barrios y colaboradores** en el 2016 realizaron una investigación en una Clínica Maternidad llamada Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena, Colombia donde observaron que el grupo etario que predominó fue entre 20 a 29 años con el 32,0 % (58). **Carrero y colaboradores** en el 2018, en su investigación que realizaron asistiendo a una jornada médica asistencial por la Facultad de Medicina de la Universidad de Zulia, Venezuela reveló que un

33,66 % tenían entre 21 y 30 años de edad (59). **Gallegos y colaboradores** en el 2019, en su estudio realizado en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital María Auxiliadora en Perú encontraron que de las pacientes estudiadas el 63,9 % pertenecían a las edades entre 31 y 51 años (60). **Acosta y colaboradores** en el 2019 en el área de salud al norte de Morón, Cuba concordaron que la mayor frecuencia obtuvo el grupo de edad entre 45 a 49 años con el 33,3 % (46).

Se puede observar ciertas discrepancias con los resultados encontrados por el autor de esta investigación, esto podría deberse al tamaño de las muestras manejado por los autores en discusión.

Tabla 2: Distribución de la población según la etnia. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Etnia	Total	%
Mestiza	151	86,3
Afroecuatoriana	11	6,3
Indígena	8	4,6
Otra	5	2,9
Total	175	100,0

Como se observa en la tabla 2 tuvo mayor frecuencia las mujeres que se identificaron como mestizas con un 86,3 % y en segundo lugar las afroecuatorianas con un 6,3 %. (Tabla 2).

Aguilar y colaboradores en el 2015, en su investigación realizada en mujeres adolescente que asistieron a clínicas de consulta externa del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios en Guatemala encontraron que el 86,8 % se identificaron como no indígenas (61).

Espinoza en el 2017, realizó una investigación en el Hospital Matilde Hidalgo de Procel en la ciudad de Guayaquil, Ecuador con una muestra de 245 pacientes donde observó que el 86,79 % se identificó como mestizas (91).

Guzmán en 2018 realizó su investigación con una muestra conformada por mujeres atendidas en la consulta externa del hospital de Solca en la ciudad de Guayaquil, observó que del total de mujeres estudiadas el 47,0 % se

identificó como mestiza (47). **Mora y colaboradores** en el 2018 efectuaron su investigación en mujeres que concurren a la consulta externa del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo SOLCA en la ciudad de Guayaquil en el 2018 donde se percataron que el 92,5 % de las mujeres estudiadas se identificaron como mestizas (48). **Pérez y colaboradores** en el 2019 realizaron un estudio con una muestra de 242 mujeres en el centro de salud Altagracia Managua I, Nicaragua donde encontraron que el 93 % de la población se identificó como mestizas (84).

Con estos resultados se puede decir que existe una gran similitud con los encontrados por el autor de su investigación, esto pudiera ser por situarnos en una misma región a nivel mundial donde predomina la etnia mestiza.

Gráfico 1: Distribución de la población según la nacionalidad. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.



Fuente: Tabla 3 (ver anexo 4).

Como se observa en el gráfico 1 ocupó en primer lugar con el 83,4 % las mujeres con nacionalidad ecuatoriana. (Gráfico 1).

Castillo en su investigación realizada en la comunidad autónoma del Principado de Asturias, España en el 2015 identificó que el 98 % de las mujeres estudiadas eran mujeres españolas y el 2 % fueron personas

extranjeras (62). **Altamirano y colaboradores** en el 2017 realizaron su investigación en el Centro de Salud N° 203 en Mendoza, Argentina observaron que el 8 % de la población no se identificó como argentina (63). **Gómez y colaboradores** en el 2019, realizaron su estudio en el Hospital de la mujer dominicana en Santo Domingo, República Dominicana en el 2019 donde concluyeron que el 100 % de su población de estudio fueron mujeres de la región, no participaron mujeres extranjeras (64). **Almonte** en el año 2021 en su investigación realizada en el centro de primer nivel de atención El Fernández en Santo Domingo, República Dominicana observó que el 88,5 % se identificaron como dominicanas, el 11,5 % como extranjeras (65). Con estos resultados encontrados se pueden concluir que existe una gran similitud con los resultados observados por el investigador.

Tabla 4: Distribución de la población según el estado civil. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Estado civil	Total	%
Unión libre	69	39,4
Soltera	63	36,0
Casada	36	20,6
Divorciada	4	2,3
Viuda	3	1,7
Total	175	100,0

Como se observa en la tabla 4 ocupó la mayor frecuencia las mujeres con estado civil unión libre con el 39,4 %, seguido de las mujeres solteras con el 36,0 %. (Tabla 4).

Tafurt y colaboradores en el 2012, realizaron un estudio en mujeres mayores de 18 años que asistieron a los servicios de citología en el Hospital Universitario San José y la Unidad de Salud de la Universidad del Cauca en la ciudad de Popayán, Colombia identificaron que el 57 % de las mujeres indicaron estar casadas (66). **Garcés y colaboradores** en el 2012 en su investigación realizada en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia observaron que el 60 % de su población de estudio se

identificaron como casadas (67). **Velasco y colaboradores** en el 2018 realizaron una investigación en mujeres entre 25 a 35 años en la comunidad indígena se Santo Tomás en el municipio de Tenosique, Tabasco, México donde el 56,5 % refirieron tener unión libre (86). **Gallegos y colaboradores** en el 2019 encontraron que de las pacientes estudiadas el 48.6 % se identificaron como solteras (60). **Paredes** en el 2019 realizó un estudio en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales en Tarapoto, Perú donde observó que 63,0 % presentó tener unión libre con respecto al estado civil (53).

Se puede observar que en los estudios comparado con Velasco y colaboradores y Paredes existe concordancia con los resultados encontrado por el autor de esta investigación, mientras existe discrepancia con los resultados de los otros investigadores esto podría deberse por los rangos de edades que maneja el investigador en su estudio.

Tabla 5: Distribución de la población según la escolaridad. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Escolaridad	Total	%
Ninguna (analfabeta)	3	1,7
Primaria incompleta	6	3,4
Primaria completa	16	9,1
Secundaria	32	18,3
Bachiller	101	57,7
Universidad	17	9,7
Total	175	100,0

Como se observa en la tabla 5 predominó con el 57,7 % la escolaridad bachillerato y en segundo lugar la escolaridad secundaria con el 18,3 %. (Tabla 5).

Cifuentes en el 2014 identificó que dentro de su población de estudio el 90,0 % registro nivel de escolaridad primaria terminada (57). **Jirón y colaboradores** en el 2015, realizaron una investigación en pacientes que acudieron al Hospital Bertha Calderón Roque en Nicaragua donde concluyeron que el 53,12 % cursaron estudios de secundaria (68). **Velasco**

y colaboradores en el 2018 observaron que el 43,5 % habían cursado la primaria (86). **Pérez y colaboradores** en el 2019 observaron que el 36,0 % de la población había cursado la secundaria (84). **González** en el 2020 realizó un estudio en mujeres que fueron atendidas en el área de Ginecología en el Hospital Fernando Vélez Paiz en Managua, Nicaragua donde observó que el 44,8 % tuvieron estudios secundarios (69).

Se puede concluir que no existe concordancia con los resultados obtenidos por el investigador con los encontrados por otros investigadores, esto se podría atribuir a las diferentes edades, tamaño de las muestras o quizá a la deserción escolar de las mujeres manejadas por los investigadores.

Tabla 6: Distribución de la población según la ocupación. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Ocupación	Total	%
Cuenta propia	87	49,7
Ama de casa	46	26,3
Empleo informal	28	16,0
Empleo formal	10	5,7
Ninguna	4	2,3
Total	175	100,0

Como se observa en la tabla 6 tuvo mayor frecuencia la ocupación cuenta propia con el 49,7 % y en segundo lugar ama de casa con el 26,3 %. (Tabla 6).

Cevallos y colaboradores en el año 2013 realizaron un estudio en las mujeres atendidas en el Hospital Solca núcleo Ibarra, Ecuador donde concluyeron que del total de la población de estudio el 55,08 % se identificó como ama de casa (47). **May y colaboradores** en el 2015 realizaron una investigación con una muestra de 103 pacientes que asistieron a las unidades de salud de Balancán, Tabasco, México donde observaron que el 86,0 % refirieron ser amas de casa (89). **Pérez y colaboradores** en el 2019 concluyeron que el 54 % de la población fue ama de casa (84). **Pérez** en su

estudio realizado en mujeres atendidas en el centro de salud Sánchez Meza en Huancayo, Perú en el 2020 observó que dentro de la muestra a investigar el 65,2 % resultó ser ama de casa (71). **González** en el 2020 observó que el 89,0 % de la población de estudio se identificó como ama de casa (69).

Estos resultados no tienen concordancia con los obtenidos por el investigador, esto podría ser por el porcentaje de comercio informal que está presente dentro de la población que le fue asignada al investigador.

Tabla 7: Distribución de la población según los ingresos económicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Ingresos económicos	Total	%
Adecuado	106	60,6
Bajo	51	29,1
Muy bajo	18	10,3
Total	175	100,0

Como se observa en la tabla 7 predominó dentro de la población de estudio los ingresos económicos adecuados con el 60,6 %, seguido de los ingresos económicos bajos con el 29,1 %. (Tabla 7).

Ramos y colaboradores en el año 2013 realizaron una investigación en mujeres desplazadas en asentamiento en Antioquia, Colombia donde concluyeron que de la población estudiada el 96,6 % presentaron ingresos económicos bajos (72). **Cifuentes** en el 2014 identificó que dentro de los ingresos económicos el 92,9 % se ubicó en el rango de ingresos bajos (57).

Ledesma y colaboradores en el 2017 en su estudio realizado en la ciudad de México con una muestra de 299 pacientes encontraron que el 66,0 % refirió estar en un nivel socio económico bajo (92). **Olaza** en el 2018 en su estudio realizado en mujeres que acudieron al control citológico en el puesto de salud Marián, en Huaraz, Perú observó que el 59,3 % de la población total se encontró dentro de los ingresos adecuados (73). **Paredes** en el 2019 observó que el 60,9 % de la población de estudio mencionó tener ingresos económico adecuados (53).

Podemos observar que en los análisis realizados por Olaza y Paredes existió

concordancia con los encontrados por este investigador, mientras que con los de Ramos, Cifuentes y Ledesma existió discrepancias, esto se podría atribuir a la ubicación urbana de la población que investigó el autor.

Tabla 8: Distribución de la población según categorización de los hallazgos citológicos y resultados citológicos. Consultorio 5. Centro de salud Nº 4. Año 2021.

Hallazgos citológicos	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
Inflamación leve	18	10,3	0	0,0	18	10,3
Inflamación moderada	112	64,0	0	0,0	112	64,0
Inflamación severa	30	17,1	0	0,0	30	17,1
ASC-US	0	0,0	5	2,9	5	2,9
LIE-BG	0	0,0	9	5,1	9	5,1
LIE-AG	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Total	160	91,4	15	8,6	175	100,0

Como se observa en la tabla 8 la mayor frecuencia dentro de la categorización de los hallazgos citológicos fue negativo para lesión intraepitelial con el 91,4 % donde predominaron los hallazgos inflamatorios moderados, dentro de las anomalías en células epiteliales ocupó el primer lugar las LIE-BG con el 5,1 % de la población total. (Tabla 8).

Escobar en el 2016 realizó una investigación en el centro de salud Pascuales en la ciudad de Guayaquil, Ecuador donde encontró que el 57,5% de las mujeres que conformaron la muestra de estudio presentaron alteraciones en las citologías donde predominó los hallazgos inflamatorios (40). **Solís y colaboradores** en el 2018 realizaron su investigación en pacientes que se realizaron una citología cervical en la Unidad de Medicina Familiar en la ciudad de Matamoros, México donde observaron que el 95,51 % presentaron hallazgos negativos para lesión intraepitelial (88). **Gallegos** en el 2019 realizó un estudio en pacientes que fueron atendidas en el Hospital Regional del Cusco, Perú con una muestra de 108 mujeres, observó que el 50,0 % de hallazgos correspondieron a lesión intraepitelial de alto grado (87). **Sánchez**

en 2019 realizó una investigación donde la muestra fue de 618 participantes de una población de mujeres que acudieron a la consulta en el Hospital Provincial Docente de Ambato de la provincia de Tungurahua, Ecuador, donde encontró que la mayor incidencia en sus hallazgos citológicos fue ASC-US con el 66,7 % (74). **Campuzano y colaboradores** realizaron un estudio en mujeres de edad fértil que acudieron a la consulta en el Hospital IESS Ceibos en la ciudad de Guayaquil, Ecuador en el 2019, establecieron que del total de su población de estudio el 89,47 % presentaron LIE-BG (75).

Los resultados encontrados por Escobar y Solis y colaboradores tienen concordancia con los encontrados por el investigador, mientras que los resultados de Gallegos, Sánchez y Campuzano y colaboradores existe discrepancia, podría deberse a que estos estudios fueron realizados en hospitales especializados donde son puntos de referencia a estos hallazgos citológicos.

Tabla 9: Distribución de la población según antecedentes familiares y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Antecedentes familiares	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No	147	91,9	13	73,3	160	91,4
Sí	13	8,1	2	26,7	15	8,6
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$$\chi^2 = 0,475 \quad p = 0,491$$

Como se observa en la tabla 9 predominó en la población de estudio con el 91,4 % las mujeres que no tienen antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino como factor de riesgo, no se encontró asociación estadística entre estas variables al observar que el valor de Chi cuadrado fue de 0,475 y el valor de p fue 0,491. (Tabla 9).

Conde en el 2014, realizó un estudio en mujeres en edad fértil que acudieron a la consulta del Hospital María Auxiliadora en la ciudad de Lima, Perú donde encontró que de su población total el 82,2 % indicó no tener antecedentes familiares y obtuvo un valor de Chi cuadrado de 7,07 y valor de p 0,0081 observando que existió asociación estadística significativa (76). **Ruiz y**

colaboradores en el 2015, realizaron un estudio en mujeres cónyuges de pescadores del norte peruano con una muestra de 144 participantes donde encontraron que el 83,3 % de la población total mencionó no tener antecedentes familiares y no existió asociación estadística significativa por encontrar valor de Chi cuadrado en 1,59 y valor de p 0,285 (77). **Vitorino** en el 2018 realizó una investigación a mujeres que acudieron a la consulta de un hospital en Cusco, Perú donde encontró que el 99,0 % no presentó antecedentes familiares y al realizar la prueba Chi cuadrado no representó asociación estadística significativa al obtener un valor de Chi cuadrado de 2,02 y p 0,155 (51). **Gallegos** en el 2019 encontró que el 77,78 % de mujeres afirmaron no tener antecedentes familiares y no representó asociación estadística al obtener un valor de Chi cuadrado de 0,674 y de p 0,660 (87). **Cuba** en el año 2021 en una investigación realizada en una población de mujeres peruanas determinó que el 78,9 % indicó no tener antecedentes familiares, pero no presento asociación estadística al tener un valor de Chi cuadrado con valor de p en 0,0691 (78).

Como se puede observar los resultados obtenidos por el investigador tienen cierta similitud con los resultados comparados de los demás investigadores.

Tabla 10: Distribución de la población según tabaquismo y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Tabaquismo	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No	141	88,1	11	73,3	152	86,9
Sí	19	11,9	4	26,7	23	13,1
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$$X^2 = 2,629 \quad p = 0,105$$

Como se observa en la tabla 10 predominó en la población de estudio con el 86,9 % las mujeres sin tabaquismo. Dentro de la determinación de asociación estadística significativa entre estas variables se pudo determinar que no existió al obtener valores de Chi cuadrado en 2,629 y valor de p 0,105. (Tabla 10).

Conde en el 2014 encontró que de su población total el 61,0 % negó tener

antecedentes de tabaquismo y encontró asociación estadística obteniendo valores de Chi cuadrado en 9,84 y p 0,0017 (76). **Escobar** en el 2016 observó que el 87,5 % de su población total manifestó no tener antecedentes de tabaquismo y no obtuvo asociación estadística significativa al observar valores de Chi cuadrado en 0,24 y valor de p en 0,62 (40). **Omier** en el 2017 realizó una investigación en el Hospital Bertha Calderón Roque en Managua, Nicaragua con una muestra de 288 mujeres, donde observó que el 4,86 % afirmó tener el antecedente de tabaquismo y esto no representó asociación estadística al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,17 (83). **Núñez y colaboradores** en el 2018, en su investigación donde el universo estuvo constituido por 46 mujeres procedentes del municipio de Santo Domingo, Villa Clara, Cuba, encontraron que el 73,91 % refiere tener hábito de tabaquismo y presentó asociación estadística al obtener un valor de Chi cuadrado en 35,28 y un valor de p en 0,0000 (6). **Cuesta y colaboradores** en el 2020 realizaron una investigación con una muestra caracterizada por mujeres con inicio de vida sexual pertenecientes al Municipio Santos Marquina de estado de Mérida, Venezuela donde encontraron que el 85,8 % no fuma y esto no representó asociación estadística al obtener un valor de Chi cuadrado de 0,871 y p 0,152 (79).

Podemos concluir que existió concordancia con las investigaciones de Escobar, Omier y Cuesta, excepto con las de Conde y Núñez, esto pudiera ser por el tamaño de la muestra que manejaron estos investigadores.

Tabla 11: Distribución de la población según sexualidad en la adolescencia y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Sexualidad en la adolescencia	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
Sí	134	83,8	15	100,0	149	85,1
No	26	16,3	0	0,0	26	14,9
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$X^2 = 2,863$ $p = 0,091$

Como se puede observar en la tabla 11 la mayor frecuencia ocupó las mujeres

que tuvieron relaciones sexuales en la adolescencia al obtener el 85,1 %, pero no se encontró asociación estadística entre estas variables por los valores obtenidos de Chi cuadrado en 2,863 y valor de p 0,091. (Tabla 11).

Tafurt y colaboradores en el 2012 encontraron que el 86,0 % fueron mujeres que iniciaron su vida sexual en la adolescencia y encontró asociación estadística significativa al obtener un valor de p en 0,007 (66). **Cordero** realizó un estudio en el 2012 en el Hospital General Docente Leopoldito Martínez de San José de las Lajas, Cuba donde seleccionaron 500 mujeres por muestreo aleatorio simple, observando que el 80,4 % fueron mujeres que mencionaron haber tenido relaciones sexuales antes de los 19 años y obtuvo asociación estadística altamente significativa obteniendo un valor de p menor a 0,05 (54).

Fajardo y colaboradores en su estudio realizado en el 2013 en una población de mujeres estudiantes universitarias en Bucaramanga, Colombia encontraron que el 41,5 % inicio su vida sexual antes de los 19 años y encontró asociación estadística al obtener valores de Chi cuadrado en 1,12 y valor de p 0,022 (80). **Omier** en el 2017 encontró que el 46,52 % afirmó haber tenido el inicio de su vida sexual antes de los 18 años de edad, este resultado no obtuvo relación estadística al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,27 (83). **Soria** en el 2021 realizó su investigación en pacientes que acudieron ambulatoriamente al Hospital Il Essalud, con una participación de 74 mujeres, observó que en su estudio el 29,63 % de su población mantuvo relaciones sexuales antes de los 18 años de edad, y que si representó asociación estadística al obtener valor de p en 0,012 (82). Podemos observar que en la investigación de Omier concuerdan los resultados con los obtenidos por el investigador, mientras que los resultados de los otros investigadores existen discrepancias con los del autor, esto podría ser por el tamaño menor de la muestra manejado por estos autores.

Tabla 12: Distribución de la población según infecciones de transmisión sexual y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Infección de transmisión sexual	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
Sin antecedentes	106	66,3	1	6,7	107	61,1
Con antecedentes	54	33,8	14	93,3	68	38,9
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$\chi^2 = 20,493$ $p = 0,000$

Como se observa en la tabla 12 predominó las mujeres sin antecedentes de infección de transmisión sexual con el 61,1 %. Se encontró asociación estadística significativa entre estas variables al obtener un valor de Chi cuadrado de 20,493 y de $p = 0,0000$. (Tabla 12).

Escobar en el 2016 encontró que el 56,3 % refirió tener antecedentes de infección de transmisión sexual pero no encontró asociación estadística al tener un valor de Chi cuadrado en 1,32 y $p = 0,24$ (40). **Cabrera y colaboradores** en el 2016 realizaron un estudio en un policlínico de Santa Rita, Cuba con una muestra de 180 mujeres donde obtuvieron que el 20,0 % refirieron tener antecedentes de infección de transmisión sexual y esta variable no presentó asociación estadística al obtener un valor de p en 0,2120 (2). **Omier** en el 2017 encontró que el 40,97 % afirmó haber tenido antecedente de infecciones de transmisión sexual, al realizar la prueba de Chi cuadrado obtuvo un resultado de 5,078 y un valor de p en 0,02 lo que indicó asociación estadística (83). **Arias y colaboradores** en el 2017 realizaron una investigación en pacientes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, Perú con una muestra de 45 pacientes donde encontraron que el 75,0 % refirieron tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual, al realizar la prueba de Chi cuadrado se demostró asociación estadística al tener un valor de 5,926 y un valor de p en 0,015 (85). **Núñez y colaboradores** en el 2018 encontraron que el 58,7 % no presentaron antecedentes de infección de transmisión sexual, pero si hubo asociación estadística al obtener un valor de Chi cuadrado en 134,08 y un valor de p en 0,0000 (6).

Se puede observar discrepancias con los resultados encontrados por Escobar y Cabrera con los de este autor, esto podría deberse a las distintas regiones en la que se realizó el estudio o al tamaño de la muestra que manejaron los investigadores.

Tabla 13: Distribución de la población según embarazo adolescente y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Embarazo en la adolescencia	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
Sí	94	58,8	10	66,7	104	59,4
No	66	41,3	5	33,3	71	40,6
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$X^2= 0,356$ $p= 0,550$

Como se observa en la tabla 13 predominó con el 59,4 % las mujeres que presentaron embarazo en la adolescencia, no se encontró asociación estadística entre estas variables al obtener un valor de Chi cuadrado de 0,356 y valor de p 0,550. (Tabla 13).

Cabrera y colaboradores en el 2016 encontraron que el 20,0 % de la población de estudio afirmó haber estado embarazada antes de los 18 años y esta variable no presentó asociación estadística significativa al obtener un valor de p en 0,6774 (2). **Vitorino** en el 2018 encontró que el 11,9 % presentó embarazo en la adolescencia, esto representó asociación estadística significativa obteniendo un valor de Chi cuadrado de 7,15 y p 0,007 (51). **Paredes** en el 2019 observó que el 69,6 % fueron usuarias que presentaron embarazo en la adolescencia y encontró que no existió asociación estadística al obtener un valor de Chi cuadrado en 2,880 y p 0,237 (53). **Gallegos** en el 2019 encontró que el 50,47 % de la población tuvieron gestaciones antes de los 18 años y obtuvieron un valor de Chi cuadrado de 0,03 y de p 0,002 lo que representó asociación estadística (87). **Garagondo** en el 2020 realizó un estudio en pacientes atendidas en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena en Ayacucho, Perú con una muestra de 120 mujeres donde observó que 68,33 % estuvieron embarazadas antes de los 18 años, y esto indicó que estas pacientes tuvieron tres veces mayor riesgo de sufrir cáncer de cuello

uterino al tener un valor de Odds Ratio de 3,21 y un valor IC de 1,86 - 5,54 (55).

Existe discrepancias con los resultados comparados con los del autor de la investigación esto podría deberse al número de la muestra comparada por los investigadores o al nivel socioeconómico de las distintas áreas.

Tabla 14: Distribución de la población según multiparidad y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Multiparidad	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
Sí	83	51,9	7	46,7	90	51,4
No	77	48,1	8	53,3	85	48,6
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$X^2 = 0,149$ $p = 0,700$

Como se observa en la tabla 14 predominó los antecedentes de multiparidad con el 51,4 % pero no existió asociación estadística entre estas variables por obtener un valor de Chi cuadrado de 0,149 y un valor de p 0,700. (Tabla 14).

Rodríguez y colaboradores en el 2014, realizaron un estudio con una muestra de 177 mujeres de edad mediana en Cuba donde encontraron que el 43,9 % fueron mujeres que tuvieron tres partos o más y representó asociación estadística al obtener un resultado de Chi cuadrado de 23,625 y valor de p en 0,000 (24). **Escobar** en el 2016 observó que el 27,5 % afirmó ser múltipara y no encontró asociación estadística obteniendo un valor de Chi cuadrado de 6,65 y valor de p en 0,84 (40). **González** en el 2020 concluyó que el 28,8 % afirmó ser múltipara y no obtuvo asociación estadística al realizar la prueba Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,203 (69). **Garagondo** en el 2020 observó que el 72,08 % de las pacientes afirmó tener tres partos o más y que estas tenían tres veces más riesgo de padecer cáncer de cuello uterino al realizar la prueba Odds Ratio y obtener resultado en 3,22 (55). **Soria** en el 2021, encontró que el 45,0 % presentaron tres o más partos y que esto no represento asociación estadística al realizar la prueba Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,070 (82).

Estos resultados en comparación con los encontrados por el autor de la

investigación reflejan discordancias, esto podría ser por el tamaño de la muestra manejado por los distintos autores.

Tabla 12: Distribución de la población según promiscuidad y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Promiscuidad	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No	128	80,0	14	93,3	142	81,1
Sí	32	20,0	1	6,7	33	18,9
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$$X^2 = 1,593 \quad p = 0,207$$

Como se puede observar en la tabla 15 predominó la población que admitió no ser promiscua con un 81,1 %. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtuvo un valor de 1,593 y un valor de p en 0,207 lo que indicó que no existió asociación estadística significativa entre estas variables. (Tabla 15).

Cordero en el 2012 encontró que el 86,6 % afirmaron ser promiscuas y al realizar la prueba de chi cuadrado encontraron asociación estadística entre estas variables al obtener un valor de p menor a 0,05 (81). **Tafurt y colaboradores** en el 2012 encontraron que el 44,0 % habían tenido antecedentes de promiscuidad y obtuvo un resultado de p en 0,078 al realizar la prueba de Chi cuadrado lo cual indica que no existió asociación estadística significativa entre estas variables (66). **Rodríguez y colaboradores** en el 2014 realizaron un estudio con una muestra de 177 mujeres de edad mediana en Cuba donde encontraron que el 81,8 % mencionaron tener antecedentes de promiscuidad y obtuvieron al realizar la prueba de Chi cuadrado un valor de 106,5686 y de p en 0,000 lo que indicó que existió asociación entre las variables investigadas (24). **Arias y colaboradores** en el 2017 encontraron que el 50,0 % de la población admitió tener dos o más parejas sexuales, y se encontró asociación estadística al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener 5.926 y un valor de p en 0,015 (85). **Núñez y colaboradores** en el 2018 encontraron que el 56,52 % refirieron tener tres o más parejas sexuales, esto al realizar la prueba Chi cuadrado obtuvieron resultado de 11,80 y un valor de p en 0,0027 lo que significó que existió asociación estadística (6).

Los resultados observados por estos autores son discordantes comparados con las de este investigador, esto podría ser por la diversidad de culturas.

Tabla 16: Distribución de la población según pareja promiscua y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Pareja promiscua	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No	127	79,4	14	93,3	141	80,6
Sí	33	20,6	1	6,7	34	19,4
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$$X^2 = 1,707 \quad p = 0,191$$

Como se puede observar en la tabla 16 predominó con el 80,6 % las mujeres que admitieron no haber tenido o tener pareja promiscua. Al realizar la prueba de Chi cuadrado se obtiene un valor de 1,707 y de p en 0,191 lo que indicó que no existió asociación significativa entre estas variables. (Tabla 16).

Cordero y colaboradores en el 2015 realizaron un estudio en el hospital General Docente Leopoldito Martínez, en San José de las Lajas, Cuba con una muestra de 500 mujeres donde encontraron que el 96,4 % mencionaron tener pareja con antecedente de promiscuidad y se encontró asociación estadística por obtener un valor de p menor a 0,05 al realizar la prueba de Chi cuadrado (90). **May y colaboradores** en el 2015 encontraron que el 27,18 % de las mujeres afirmaron tener parejas con antecedentes de promiscuidad y esta variable presentó asociación estadística significativa al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,0000 (89). **Escobar** en el 2016 observó que el 71,1 % afirmaron tener parejas promiscuas y no encontró asociación estadística obteniendo un valor de Chi cuadrado de 1,09 y de p en 0,29 (40). **Saldaña y colaboradores** en el 2018 encontraron que el 6,9 % de la población admitió no tener pareja promiscua, esto no presentó resultados estadísticamente significativos para considerarlos como factor de riesgo asociado por obtener un valor de p en 0,228 al realizar la prueba de Chi cuadrado (50). **Paredes** en el 2019 encontró que el 100 % admitió no tener pareja promiscua y no represento resultados estadísticamente significativos (53).

Existe concordancia con los resultados obtenidos por Paredes, mientras que con el resto se evidencia discrepancias, esto podría deberse al nivel socio económico bajo o a la poca escolaridad encontrada en la población manejada en estos autores.

Tabla 17: Distribución de la población según anticonceptivos orales y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Anticonceptivos orales	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No	122	76,3	11	73,3	133	76,0
Sí	38	23,8	4	26,7	42	24,0
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$X^2 = 0,064$ $p = 0,800$

Como se observa en la tabla 17 predominó las mujeres sin antecedentes de haber tomado AOC por cinco años o más con el 76,0 %, no se encontró asociación estadística significativa entre estas variables al obtener un valor de Chi cuadrado de 0,064 y un valor de p en 0,800. (Tabla 17).

Ruiz en el 2017 encontró que el 72,91 % afirmaron tener antecedente de haber tomado AOC por 5 años o más, no encontró asociación estadística significativa entre las variables investigadas al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,175 (77). **Mora y colaboradores** en el 2017 observaron que el 70,0 % de su población admitió haber tomado AOC por 5 años o más, no encontraron asociación estadística significativa entre las variables investigadas (48). **Arias y colaboradores** en el 2017 observaron que el 18,75 % tomaron anticonceptivos orales por más de cinco años dentro de la población de estudio, y no se encontró asociación estadística al obtener un valor de Chi cuadrado de 0,044 y un valor de p en 0,835 (85). **Gallegos** en el 2019 observó que el 70,37 % afirmaron no tener antecedente de uso de anticonceptivos orales por cinco años o más en la muestra manejada y no representó asociación estadística al obtener valor de Chi cuadrado de 0,804 y valor de p en 0,886 (87). **Soria** en el 2021, encontró que el 66,67 % de la población que no utilizó anticonceptivos orales no desarrollaron cáncer de cuello uterino, esto al realizar la prueba de Chi cuadrado no presentó

asociación estadística al obtener un valor de p en 0,821 (82).

Los resultados encontrados por Ruiz y Mora no concuerdan con los de este investigador probablemente al tamaño de la muestra que manejaron estos investigadores, pero al realizar la asociación estadística los resultados obtenidos por los investigadores concuerdan con los del autor.

Tabla 18: Distribución de la población según inmunodepresión y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Inmunodepresión	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No	159	99,4	14	93,3	173	98,9
Sí	1	0,6	1	6,7	2	1,1
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$X^2= 4,431$ $p= 0,035$

Como se observa en la tabla 18 predominó con el 98,9 % las mujeres sin inmunodepresión y se encontró asociación estadística entre estas variables al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de 4,431 y un valor de p en 0,035. (Tabla 18).

Mercado en el 2009, realizó una investigación en pacientes con diagnóstico de LES, con un total de casos de 62 pacientes y control de 1719 pacientes vistas en la consulta externa de un hospital en México, encontró que el 9,76 % tenían alteraciones en el PAP y esto representó asociación estadística al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de p menor a 0,05 (94).

Arenas y colaboradores en el 2011, realizaron un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal donde la muestra estuvo conformada por 61 historias clínicas de todas las pacientes que acudieron a la maternidad de Concepción Palacios, Venezuela, observaron que el 8,19 % tenían algún estado inmunodepresor y que al realizar la prueba de Chi cuadrado no demostró tener asociación estadística por obtener un valor de p en 0,168 (93). **Paredes** en el 2019 observó que el 65,2 % de su población de estudio no tenían inmunodepresión y, a su vez no encontró asociación estadística significativa al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de 5,590 y un valor de p en 0,061 (53). **Rivera** en el 2021 realizó una investigación en mujeres

entre 30 a 63 años que fueron atendidas en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado en Tacna, Perú con una muestra de 52 mujeres, encontró que el 94,2 % admitió no tener inmunodepresión, pero no encontró asociación estadística al realizar la prueba de Chi cuadrado (56).

Los resultados obtenidos por Arenas, Paredes y Rivera concuerdan con los obtenidos por este investigador, no concuerdan con los obtenidos por Mercado, esto podría deberse a que la población de estudio fue de mayor tamaño o a la patología en específico.

Tabla 19: Distribución de la población según controles citológicos y hallazgos citológicos. Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.

Control citológico	Categorización de los hallazgos citológicos				Total	%
	Negativo para lesión intraepitelial		Anormalidades en células epiteliales			
	N	%	N	%		
No controlado	97	60,6	9	60,0	106	60,6
Controlado	63	39,4	6	40,0	69	39,4
Total	160	100,0	15	100,0	175	100,0

$X^2 = 0,002$ $p = 0,962$

Como se observa en la tabla 19 predominó el grupo de mujeres no controladas con el 60,6 %, no se encontró asociación estadística significativa entre estas variables al realizar la prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de 0,002 y $p = 0,962$. (Tabla 19).

May y colaboradores en el 2015 encontraron que el 16,5 % refirieron no haber tenido adecuado control citológico pero esta variable no presentó asociación estadística al obtener un valor de p en 0,1017 (89). **Lituma** en el 2018 observó que el 75,0 % de la población no tenía control citológico adecuado y encontró asociación estadística como factor de riesgo al realizar prueba de Chi cuadrado y obtener un valor de p en 0,005 (49). **Saldaña y colaboradores** en el 2018 encontraron que él 47,34 % refirió no haberse realizado control citológico y que estas variables no presentaron asociación estadística significativa como factor de riesgo al obtener un valor de p en 0,053 (50). **Vitorino** en el 2018 encontró que el 97,1 % no se realizó controles citológicos y no obtuvo relación estadística significativa al obtener un valor de Chi cuadrado de 1,54 y un valor de p de 0,214 (51). **Garagondo** en el 2020

observó que el 37,08 % afirmó no haber tenido controles citológicos y esto indicó que esta población tenía cinco veces más riesgo de padecer cáncer de cuello de útero al obtener un valor de Odds Ratio de 5,16 (55).

Como podemos observar los resultados obtenidos por Vitorino concuerdan con los de este autor, a excepción de los demás investigadores en los que se aprecia discordancias, esto podría deberse al tamaño de la muestra manejado por los otros autores o por un correcto desenvolvimiento en al programa de detección oportuna de las lesiones y cáncer de cuello uterino.

8 CONCLUSIONES

La población de estudio dentro de las variables sociodemográficas predominó el grupo etario entre 30 a 34 años, la etnia mestiza, la nacionalidad ecuatoriana, en estado civil la unión libre, en escolaridad el bachillerato, en ocupación cuenta propia, ingresos económicos adecuados.

En categorización de los resultados predominó negativo para lesión intraepitelial y dentro del hallazgo citológico ocupó el mayor porcentaje la inflamación moderada, dentro de las anormalidades de células epiteliales la mayor frecuencia fue LIE-BG (lesión intraepitelial de bajo grado).

Los factores de riesgo que predominaron dentro de la población de estudio fueron el inicio de las relaciones sexuales en la adolescencia, el embarazo en la adolescencia, la multiparidad y los controles citológicos insuficientes.

Se dió respuesta a la hipótesis al encontrar asociación estadística entre las variables hallazgos citológicos con el antecedente de infección de transmisión sexual y los estados de inmunodepresión. En esta última se evidenció cierto grado de forzamiento al observar que los grupos de casos y controles son totalmente desproporcionados y esta puede carecer de valor para mencionar que existe asociación.

9 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Durante la investigación, las contribuciones obtenidas para el desarrollo de está, fueron sustancialmente adecuadas en cuanto a los hallazgos cérvico úterinos y los posibles factores de riesgo reproductivos, sexuales o conductuales.

A pesar de esto, a lo largo del estudio se observaron algunas dificultades que pudieron de alguna manera, entorpecer el proceso investigativo o futuras investigaciones científicas sobre el mismo o parecido tema investigado, entre algunas observadas tenemos:

Pacientes con poco interés en realizarse el examen citológico, no aceptación de realización por un médico de sexo masculino, mal entendimiento del procedimiento realizado por un médico o por una obstetra, pérdida de resultados por parte del laboratorio, no reporte citológico en físico, entre otros; lo que ocasionó retraso en el cronograma planificado.

Peculiarmente, a inicios del año 2020, en el mes de marzo, la OMS declaró la pandemia de la COVID-19, lo que ocasionó el retraso de algunos programas en las unidades de primer nivel de atención, incluido el Centro de Salud N° 4, además creó desconfianza en las personas puesto que ocurrieron muchas muertes en unidades hospitalarias del país y de la ciudad. Esta situación mejoró, pero en un tiempo muy extenso, lo que perjudicó de alguna manera la visita al domicilio o la consulta médica en el establecimiento de salud lo que pudo enlentecer el proceso de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Pérez MD, Regueira Betancourt SM, Torres Fernández M. Factores de riesgo modificables en algunos tipos de cáncer. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2016 noviembre [citado 2021 marzo 17]; 41(11). Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/940>
2. Cabrera Guerra II, Ortiz Sánchez Y, Suárez Gómez YL, Socorrás Rodríguez R, Vázquez Rosales N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. Revista Médica MULTIMED [Internet]. 2016 [citado 2021 marzo 17]; 20(5):110-128. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392>
3. Yela WF, Valencia Arredondo M. Comportamiento de las alteraciones citológicas y algunos factores asociados en mujeres atendidas en un IPS Pública del Suroeste Antioqueño, julio-2014 a julio-2015. Hechos Microbiológicos [Internet]. 2016 marzo [citado 2021 marzo 17]; 6(1-2):12-20. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/hm/article/view/325612>
4. Gallardo Mendoza K, Cunningham Kain W. Factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con lesiones pre-malignas de cáncer cérvicouterino. Revista Universitaria del Caribe [Internet]. 2019 enero 25 [citado 2021 marzo 17]; 21(2):71-83. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RUC/article/view/7766>
5. Velázquez C, Kawabata A, Rios González CM. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. Rev. Salud Pública Parag [Internet]. 2018 julio 2 [citado 2021 marzo 17]; 8(2):15-20. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2307-33492018000200015&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Núñez Rodríguez M, Gutiérrez Guzmán D, Rivero Vasallo M, López Escandón R, González Núñez AM. Factores de riesgo de lesiones precursoras del cuello de útero. Revista Cubana de Enfermería [Internet].

- 2018 [citado 2021 marzo 17]; 34(3):582-590. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000300004&script=sci_arttext&lng=pt
7. Salazar Campos A, Reyes Silva JA. Conocimiento y factores de riesgo del virus del papiloma humano en adolescentes. Uno Sapiens Boletín Científico De La Escuela Preparatoria No. 1 [Internet]. 2020 [citado 2021 marzo 17]; 2(4):7-11. Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa1/article/view/5114>
 8. Domínguez Bauta SR, Trujillo Perdomo T, Aguilar Fabr e K, Hernández Menéndez M. Infección por el virus del papiloma humano en adolescentes y adultas jóvenes. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2017 septiembre 3 [citado 2021 marzo 17]; 44(1):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100017
 9. Villafuerte Reinante J, Hernández Guerra Y, Ayala Reina ZE, Naranjo Hernández I, González Alonso J, Brito Méndez M. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. Revista Finlay [Internet]. 2019 marzo 12 [citado 2021 marzo 17]; 9(2):138-146. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342019000200138
 10. Bravo Polanco E,  guila Rodríguez N, Guerra Villarpanda D, Blanco Vázquez Y, Rodríguez González O, Oliva Santana M. Cáncer cérvico uterino: prevención y tratamiento. Medisur [Internet]. 2020 junio 16 [citado 2021 marzo 17]; 18(4):685-693. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000400685
 11. Minchalo Muñoz DJ, Oleas Seminario L, Bigoni Ord nez GD. Prevalencia de los Genotipos del Virus del Papiloma Humano en mujeres de 25 a 65 años. Rev. Oncol. Ecu [Internet]. 2020 abril 30 [citado 2021 marzo 17]; 30(1):39-52. Disponible en: <https://roesolca.ec/index.php/johs/article/view/471/436>

12. Gobierno de México. Secretaria de Salud. Hoja de datos sobre cáncer de cuello uterino. [Internet]. 2019 agosto [citado 2021 febrero 12]. Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/487307/Hoja_de_Datos_2019_CACU.pdf
13. Sánchez L. Cáncer de cérvix. Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. 2018 febrero 03 [citado 2020 julio 11]. Disponible en:
<https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix?showall=1>
14. Arguelles Gastelúm A, Garay Núñez JR, Peña García GM. Representaciones sociales de la inmunización del virus del papiloma humano en familias de Ciudad Obregón, Sonora. Revista Dilemas Contemporáneos [Internet]. 2020 diciembre 1 [citado 2021 marzo 17]; (edición especial):1-18. Disponible en:
<https://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/2482>
15. García Regalado J, Quinde Rosales V, Bucaram Leverone Rina, Sánchez Giler S. Situación epidemiológica del cáncer cérvicouterino en el Ecuador. 2020. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2021 febrero 2021 [citado 2021 marzo 17]; 33(2). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375665418004>
16. Jaramillo-Feijoo L, Roha-Ochoa A, Jaramillo-Briones A, Quinto-Briones R, Real-Cotto J. Distribución espacial de los cánceres más frecuentes en Guayaquil. Registro de tumores SOLCA Matriz Guayaquil-Departamento de Gestión de la Información y de Productividad [Internet]. 2018 [citado 2021 febrero 12]. Disponible en:
http://www.estadisticas.med.ec/Publicaciones/Poster_2.pdf
17. Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). REV ESP PATOL [Internet]. 2003 [citado 2021 marzo 17]; 36(1):5-10. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/36-1n02.htm>
18. Cordero Martínez J. Nomenclatura y diagnóstico de las lesiones intraepiteliales cervicales. MediMay [Internet]. 2006 [citado 2021 marzo 17]; 12(1):78-91. Disponible en:

<http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/220>

19. Villanueva González RY, Ruvalcaba Ledezma JC. La vida sexual insegura como riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres con displasia cervical. JONNPR [Internet]. 2019 abril 7 [citado 2021 marzo 17];4(5):485-591. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2834>
20. Cuba Reyes M, González Pérez M, Scull Martínez M, Panuncia Hechavarría Y, Casamor Cabrera G. Importancia del sistema de Bethesda en el diagnóstico citológico de lesiones precancerosas del cérvix. Rev Med Electron [Internet]. 2019 febrero [citado 2021 marzo 17]; 41(1):203-210. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242019000100203&script=sci_arttext&tlng=pt
21. Moreno Barrios MC. Actualización en el reporte de citología cervicovaginal basado en el Sistema Bethesda 2014. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2017 marzo [citado 2021 marzo 17]; 77(1):58-66. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322017000100008
22. Sánchez Hernández JA, Rivera Tapia JA, Herrera Castillo CK, Muñoz Zurita G, Pérez Terrón R. Atipias celulares asociadas a VPH Y VIH, revisión de 40 casos. Rev Mex Patol Clin Med Lab [Internet]. 2016 [citado 2021 marzo 17];63(4):176-178. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69805>
23. Zamora Julca RE, Ybaseta Medina J, Palomino Herencia A. Relación entre citología, biopsia y colposcopia en cáncer cérvico uterino. Rev méd panacea [Internet]. 2019 abril 23 [citado 2021 marzo 17];8(1):31-45. Disponible en: <http://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/13>
24. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2014 [citado 2021 marzo 17]; 40(2):218-232. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200009

25. González Martínez G, Núñez Troconis J. Historia natural de la infección por el virus del papiloma humano: una actualización. Invest Clín [Internet]. 2014 [citado 2021 marzo 17]; 55(1):82-91. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332014000100009
26. Romaní F. Historia natural de la infección por Papilomavirus Humano (PVH) y cáncer cervical. Rev Peruana de Epidemiología [Internet]. 2014 abril [citado 2021 marzo 17];18(1):1-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
27. Hernández Hernández DM, Apresa García T, Patlán Pérez RM. Panorama epidemiológico del cáncer cervicouterino. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2015 [citado 2021 marzo 17]; 53(2):154-161. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/articloe/view/182
28. Organización Mundial de la Salud. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020 [Internet]. 2020 [citado 2021 febrero 12]. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>
29. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Registro estadístico de defunciones generales [Internet]. 2020 mayo 31 [citado 2021 febrero 12]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
30. Chang L. Factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino en el Instituto Oncológico Nacional de Panamá año 2016 [Tesis]. [Panamá (RP)]: Universidad de Panamá; 2018. 104p.
31. Ortiz Serrano R, Uribe Pérez CJ, Díaz Martínez LA, Dangond Romero YR. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Revista Colombiana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2004 [citado 2021 marzo 17]; 55(2):146-160. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214306007>
32. Palma Osorio M, Romero Flores AD, Torres Mesa AI. Factores de riesgo en las lesiones intraepiteliales del cuello uterino. Revista Finlay [Internet]. 2019 [citado 2021 marzo 17]; 9(4):291-305. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/693/1809>
33. Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, Cunningham. Williams

- Ginecología. 2 da edición. Estados Unidos de América: Mc Graw Hill; 2014. 778-770 p.
34. Mayo Clinic. Cáncer de cuello uterino [Internet]. Estados Unidos de América; 2019 diciembre 14 [citado 2020 agosto 8]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cervical-cancer/diagnosis-treatment/drc-20352506>
 35. Valera S. Citología cervical. Rev Med Hondur [Internet]. 2005 julio [citado 2020 agosto 8];73(3):131-136. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-7.pdf>
 36. Arévalo AR, Arévalo Salazar DE, Villarroel Subieta CJ. El cáncer de cuello uterino. Rev Med La Paz [Internet]. 2017 diciembre [citado 2021 marzo 17];23(2):45-56. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582017000200009&script=sci_arttext
 37. Álvarez C, Castro Nessim E, Martín Virginillo J, Bruno G, González C, Vallejos J, et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Revista Argentina de Radiología [Internet]. 2012 junio [citado 2021 marzo 17];76(2):169-171. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3825/382538499014.pdf>
 38. Abrahantes Ruiz AA, Oliver Cruz M, González MM, Rodríguez Palacios K, Muñoz Hernández ON, Castro Berberena A. Cáncer cervicouterino. Algo para reflexionar. Medisur [Internet]. 2019 diciembre [citado 2021 marzo 17];17(6):857-866. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000600857
 39. Solano Mora A, Solano Castillo A, Gamboa Ellis C. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2020 marzo 1 [citado 2020 agosto 21];5(3):e395. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395>
 40. Escobar P. Asociación entre factores de riesgo de cáncer cervicouterino y resultados de citología orgánica de cérvix. Consultorios de Medicina Familiar y Comunitaria. Pascuales 2015 [Tesis]. [Guayaquil (EC)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2015. 71 p.

41. Pérez Loyola RP, Toribio Faustino D. Factores de riesgo asociados al cáncer cervical en pacientes del Hospital César Garayar García. Iquitos-2014 [Tesis]. [Huánuco (PE)]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2015. 126p.
42. Abad Jibaja EL, Celiz Panduro M. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Amazónico, periodo 2011-2015 [Tesis]. [Tarapoto (PE)]: Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; 2017. 74p.
43. Parra Samaniego JM. Prevalencia y factores asociados a las lesiones intraepiteliales del cuello uterino, en mujeres de 15 a 65 años de edad que, acudieron al servicio de colposcopia del Hospital Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca, periodo 2014-2015 [Tesis]. [Cuenca (EC)]: Universidad Católica de Cuenca; 2017. 47p.
44. Velázquez González C. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y factores de riesgo asociados en indígenas de cuatro unidades de salud familiar del departamento Caaguazú, 2015-2016 [Tesis]. [Coronel Oviedo (PA)]: Universidad Nacional de Caaguazú; 2017. 67p.
45. Quispe Gómez M. Factores de riesgo asociados con lesiones precancerosas del cuello uterino en pacientes atendidas en consultorio de ginecología Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz 2014-2015 [Tesis]. [Huaraz (PE)]: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2017. 126p.
46. Acosta Alonso NM, García Galindo L, Bartolo Martínez PJ. Factores de riesgo asociados a la incidencia de cáncer cérvico uterino en el área de salud Norte. Morón. Med Familiar [Internet]. 2019 [citado 2021 marzo 17]. Disponible en: <http://medicinafamiliar2019.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/download/220/72>
47. Guzmán Peralta GL. Factores asociados al cáncer cérvico uterino en mujeres atendidas en la consulta externa del hospital de Solca de la ciudad de Guayaquil [Tesis]. [Guayaquil (EC)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. 65p

48. Mora Sandoya AJ, Pacha Pacha NM. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres de 40 a 50 años [Tesis]. [Guayaquil (EC)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. 77p.
49. Lituma Moreira V. Estudio de factores de riesgo y citología cervicouterino en detección de lesiones premalignas de cuello uterino en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo; periodo 2016-2017 [Tesis]. [Guayaquil (EC)]: Universidad de Guayaquil; 2018. 49p.
50. Saldaña Mestanza E, Silva Guevara JE. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital II-2 Tarapoto, periodo 2013-2017 [Tesis]. [Tarapoto (PE)]: Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; 2018. 55p.
51. Vitorino Grajeda C. Factores de riesgo asociados a cáncer de cuello uterino, Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco Essalud, Cusco, 2017 [Tesis]. [Cusco (PE)]: Universidad Andina del Cusco; 2018. 97p.
52. Rengifo Sánchez GP, Shupingahua Rengifo VI. Factores de riesgo en mujeres con citología anormal atendidas en el Hospital Regional de Loreto de enero a diciembre del 2017 [Tesis]. [Loreto (PE)]: Universidad Científica del Perú; 2018. 69p.
53. Paredes Vásquez NP. Factores personales, sexuales y reproductivos asociados a lesiones precancerosas del cuello uterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud de Morales, julio-diciembre 2018 [Tesis]. [Tarapoto (PE)]: Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto; 2019. 67p.
54. Ortiz Paredes ME. Evolución de lesiones cervicouterinas y su correlación con hallazgos citológicos e histopatológicos, asociado o no a virus de Papiloma Humano en pacientes femeninas atendidas en el centro de salud Pilahuin-Tungurahua [Tesis]. [Ambato (EC)]: Universidad Técnica de Ambato; 2020. 81p.
55. Garagondo Balboa J. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en pacientes atendidas en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho 2016-2017 [Tesis]. [Lima (PE)]: Universidad de San Martín de Porres; 2020. 52p.
56. Rivera Zegarra MA. Factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer

- de cuello uterino en mujeres entre 30 a 64 años en el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado 2018 [Tesis]. [Tacna (PE)]: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2021. 87p.
57. Cifuentes LY, Manrique Abril FG, Ospina Díaz JM. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2014 [citado 2021 julio 29];32(1):63-71. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46064/47674>
 58. Barríos García L, Lecompte Osorio PA, Leones Castillo RA, López Custode FR. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena (Colombia): estudio descriptivo. *Archivo de Medicina (Col)* [Internet]. 2016 junio [citado 2021 julio 29];16(1):109-177. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273846452011.pdf>
 59. Carrero Y, Bracho A, García W, Arguello MJ, Silva C, González MJ, et al. Hallazgos citológicos y factores de riesgo asociados a lesión cervical en mujeres pertenecientes a tres etnias indígenas del Estado de Zulia. *Kasmera* [Internet]. 2018 diciembre [citado 2021 julio 29];46(2):159-169. Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3730/373061528007/373061528007.pdf>
 60. Gallegos Toribio R, Fuentes Vargas MA, Gonzales Menéndez MJM. Factores del estilo de vida predisponentes a displasia cervical en mujeres atendidas en el Hospital María Auxiliadora, 2013-2017. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2019 abril [citado 2021 julio 29];19(2):48-56. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v19n2/a04v19n2.pdf>
 61. Aguilar Muñoz YE, Quinteros Archila TL. Prevalencia de neoplasia intraepitelial cervical en adolescentes con riesgo de neoplasia intraepitelial cervical [Tesis]. [Guatemala (GU)]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2015. 52p.
 62. Castillo Núñez M. Prevención secundaria del cáncer cervical invasivo en Asturias historia citológica de las mujeres diagnosticadas de cáncer cervical invasivo en Asturias [Tesis]. [Asturias (ES)]: Universidad de

- Oviedo; 2015. 201p.
63. Altamirano M, Martínez D. Rol de Enfermería en la Prevención y Educación del Cáncer Cervicouterino [Tesis]. [Mendoza (AR)]: Universidad Nacional de Cuyo; 2017. 76p.
 64. Gómez Pérez T, Contreras De la Rosa P. Correlación entre la citología, colposcopia e histopatología en pacientes mayores de 15 años que acudieron a la consulta de patología cuello uterino en el Hospital de la Mujer Dominicana durante el periodo junio-agosto 2019 [Tesis]. [Santo Domingo (RD)]: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2019. 95p.
 65. Almonte M. Conocimientos sobre la Prevención de Cáncer Cervical en las Mujeres de Edad Reproductiva en el Centro de Primer Nivel de Atención El Fernández durante el periodo febrero 2021 a abril 2021 [Tesis]. [Santo Domingo (RD)]: Universidad Iberoamericana; 2021. 36p.
 66. Tafurt Cardona Y. Acosta Astaiza CP, Sierra 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 pública [Internet]. 2012 [citado 2021 julio 29];14(1):53-66. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2012.v14n1/53-66/es>
 67. Garcés IC, Rubio DC, Scarinci IC. Factores asociados con el tamizaje de cáncer de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconómico medio y bajo en Bogotá, Colombia. Revista Facultad Nacional de la Salud Pública [Internet]. 2012 abril [citado 2021 julio 29];30(1):7-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12023071002.pdf>
 68. Jirón Altamirano MJ, Loáisiga Palacios EA, López Gómez AF. Factores asociados al Virus del Papiloma Humano (VPH) en mujeres que se realizaron el PAP en el área de consulta externa del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de octubre del 2014-enero 2015 [Tesis]. [Managua (NI)]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2015. 92p.
 69. González Britton AF. Concordancia diagnóstica entre hallazgos citológicos y colposcópicos en el Hospital Fernando Vélez Paiz de octubre 2018 a octubre 2019 [Tesis]. [Managua (NI)]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019. 77p.
 70. Cevallos Boada LA, Recalde Chuquizán YA. Hallazgos anormales

mediante citología cervical y factores relacionados con la historia reproductiva de la mujer en usuarias atendidas en SOLCA núcleo Ibarra periodo enero a junio 2012 [Tesis]. [Ibarra (EC)]: Universidad Técnica del Norte; 2012. 136p.

71. Pérez Murillo F. Factores asociados a la decisión de toma de Papanicolaou en mujeres atendidas en el centro de salud Pedro Sánchez Meza, Chupaca 2020 [Tesis]. [Huancayo (PE)]: Universidad Roosevelt; 2020. 44p.
72. Ramos SM, Garcés IC. Factores asociados a la práctica de la citología de cuello uterino, en mujeres desplazadas y población receptora en un asentamiento en Antioquia, Colombia, 2011. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2021 julio 29];31(3):311-318. Disponible en: http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/5053/1/RamosSara_2013_FactoresPracticaCitologia.pdf
73. Olaza Maguiña AF. Factores asociados a la no aceptación del examen de Papanicolaou en mujeres en edad fértil, puesto de salud Marián, 2017 [Tesis]. [Huaraz (PE)]: Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo; 2018. 119p.
74. Sánchez Guarnizo CA. Citología Cervical como indicador de Cáncer. Hospital Provincial Docente Ambato. Septiembre 2017-septiembre 2018 [Tesis]. [Riobamba (EC)]: Universidad Nacional de Chimborazo; 2019. 72p.
75. Campuzano Floril JE, Llaguno Mora HA. Seguimiento y abordaje terapéutico de lesiones intraepiteliales de cuello uterino de mujeres en edad fértil, atendidas en el hospital IESS Ceibos en el 2019 [Tesis]. [Guayaquil (EC)]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2021. 43p.
76. Conde Félix AM. Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora julio-agosto, 2013 [Tesis]. [Lima (PE)]: Universidad de San Martín de Porres; 2014. 75p.
77. Ruiz Leud A, Bazán Ruiz S, Mejía C. Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte

- peruano, 2015. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2017 [citado 2021 julio 29];82(1):26-34. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v82n1/art05.pdf>
78. Cuba Arroyo MM. Relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes del HNRPP, 2018 [Tesis]. [Huancayo (PE)]: Universidad Peruana de los Andes; 2021. 93p.
 79. Cuesta Herrera L, Torres Mantilla HA, Quintero Vega M, Borges Peña R, Cruz Gómez JF. Asociación entre infección por VPH, presencia de lesiones intraepiteliales en cuello uterino y factores de riesgo. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2020 diciembre [citado 2021 julio 29];80(4):322-331. Disponible en: http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_ogv/article/view/20468
 80. Fajardo Peña MT, García Rueda A, Caballero Badillo MC, Vargas Hernández DC, Camargo Figuera FA. Prevalencia y factores asociados al resultado anormal de la citología vaginal en estudiantes universitarias en Bucaramanga, Colombia. Rev Costarr Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2021 julio 29];22(2):127-133. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200007
 81. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas y diferentes factores de riesgo para el cáncer cérvicouterino. MediMay [Internet]. 2015 [citado 2021 julio 29];21(2):357-370. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/780/1222>
 82. Soria Robles JR. Factores ginecológicos asociados a cáncer de cuello uterino en pacientes ambulatorios del Hospital II Essalud Pucallpa en el periodo 2017 [Tesis]. [Pucallpa (PE)]: Universidad Nacional de Ucayali; 2021. 89p.
 83. Omier Mairena S. Persistencia de lesiones intraepiteliales de bajo grado manejados con crioterapia. Hospital Bertha Calderón Roque. Managua, Nicaragua. 2015 [Tesis]. [Managua (NI)]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017. 63p.
 84. Pérez López MJ, Ruiz Balmaceda MS, Mejía Gómez MY. Factores que influyen en la no realización de la citología cervical (PAP) en mujeres con

- vida sexual activa que asisten al ESAFC # 2 en el Centro de salud Altagracia Managua I semestre 2019 [Tesis]. [Managua (NI)]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2019. 65p.
85. Arias Pico RP, Escobar Ríos F. Factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2015 [Tesis]. [Huancavelica (PE)]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2017. 149p.
86. Velasco Zapata F, Miranda De la Cruz A, Magaña Olán L, García Hernández JM, Contrera Madrigal JD. Factores Socioculturales Que Interfieren En La Realización Del Papanicolaou En Mujeres Indígenas Mexicanas. *European Scientific Journal, ESJ* [Internet]. 2018 febrero 28 [citado 2021 julio 29];14(6):69-82. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/10517>
87. Gallegos Pérez D. Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018 [Tesis]. [Cusco (PE)]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2019. 80p.
88. Solís JG, Briones Torres TI. Prevalencia de lesión intraepitelial en citología cervical de tamizaje en una unidad de primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2018 [citado 2021 julio 29];56(2):167-172. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81376>
89. May González RY, Romero Vázquez A. Factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales cervicales, Balancán, Tabasco. 2010. *Salud en Tabasco* [Internet]. 2015 diciembre [citado 2021 julio 29];21(2):62-70. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48745738004.pdf>
90. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas, edad, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas y promiscuidad. *Revista de Ciencias Médicas La Habana* [Internet]. 2015 [citado 2021 julio 29];21(2):371-383. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=61794>
91. Espinoza Fernández MA. Lesiones intraepiteliales cervicouterinas en Hospital Materno Matilde Hidalgo 2014 y 2015 [Tesis]. [Guayaquil (EC)]:

Universidad de Guayaquil; 2017. 74p.

92. Ledesma López V, López Casamichana M, Fragozo Sandoval F, Sierra Martínez M, Chávez Ocaña S, Reyes Hernández OD, et al. Perfil epidemiológico y algunas determinantes sociales de mujeres mexicanas con lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Juárez de México y la Clínica Integral de la Mujer. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2017 [citado 2021 julio 29];84(2):70-76. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75514>
93. Arenas Aponte R, Henríquez Romero D, González Blanco M. Cáncer de cuello uterino en mujeres menores de 35 años y mayores de 60 años. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2011 diciembre [citado 2021 julio 29];71(4). Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S0048-77322011000400006&script=sci_arttext
94. Mercado U. Lesiones escamosas intraepiteliales en mujeres con lupus. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2009 [citado 2021 julio 29];77(9):423-427. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDREVISTA=78&IDARTICULO=27081&IDPUBLICACION=2814>

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

Yo _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en “Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas, consultorio 5, centro de salud N° 4, año 2021”

He recibido la información por el médico: TAMAYO OTERO RICARDO ANTONIO, posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0925317976 y número de teléfono 0985372037.

- 1.- Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
- 2.- Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
- 3.- La investigación consistirá en aplicación de una serie de preguntas y realización del test de Papanicolaou (citología).
- 4.- El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 30 minutos.
- 5.- Se que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
- 6.- El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme de participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
- 7.- Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.
- 8.- Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de

formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente:

Firma: _____

Número de cédula: _____

Fecha: _____

Anexo 2: Encuesta N° 1 Variables sociodemográficas.

La presente encuesta, formará parte para investigar “Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas, consultorio 5, centro de salud n° 4, año 2021. Esta encuesta es de carácter anónima, por lo que no existirá vulnerabilidad de la confidencialidad. Lea determinadamente las preguntas y responda con la mayor sinceridad posible. Usted accede a responder las preguntas: sí _____, no _____.

Si su respuesta es sí comencemos:

¿Cuántos años tiene? _____

¿Cuál es su autoidentificación étnica?

1. Indígena _____
2. Afroecuatoriana _____
3. Mestiza _____
4. Blanca _____
5. Otra _____

¿Cuál es su nacionalidad?

1. Ecuatoriana _____
2. Extranjera _____

¿Cuál es su estado civil?

1. Soltera _____
2. Unión libre _____
3. Casada _____
4. Divorciada _____
5. Viuda _____

¿Cuál es su nivel de educación?

1. Ninguna (analfabeta) _____
2. Primaria incompleta _____
3. Primaria completa _____
4. Secundaria _____
5. Bachillerato _____
6. Universidad _____

¿Cuál es su tipo de ocupación?

1. Empleo formal _____
2. Empleo informal _____
3. Ama de casa _____
4. Desempleo _____

¿Cómo usted considera sus ingresos económicos?

1. Adecuados _____
2. Bajos _____
3. Muy bajos _____

Anexo 3: Encuesta N° 2 Determinación de factores de riesgo.

La presente encuesta, formará parte para investigar “Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas, consultorio 5, centro de salud n° 4, año 2021. Esta encuesta es de carácter anónima, por lo que no existirá vulnerabilidad de la confidencialidad. Lea determinadamente las preguntas y responda con la mayor sinceridad posible. Usted accede a responder las preguntas: sí _____, no _____.

Si su respuesta es sí comencemos:

¿Usted tiene antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino?

1. Sí _____
2. No _____

¿Usted fuma?

1. Sí _____
2. No _____

¿Usted tuvo relaciones sexuales antes de los 19 años?

1. Sí _____
2. No _____

¿Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades:

1. Vaginosis _____
2. Herpes genital _____
3. Sífilis _____
4. Verrugas genitales (VPH) _____
5. Gonorrea _____
6. Clamidia _____
7. Ninguna _____

¿Usted estuvo embarazada antes de los 19 años?

1. Sí _____
2. No _____

¿Usted ha tenido tres partos o más?

1. Sí _____
2. No _____

¿Usted ha tenido tres o más parejas sexuales en los últimos seis meses?

1. Sí _____

2. No _____

¿Usted ha tenido o tiene pareja con antecedentes de promiscuidad?

1. Sí _____

2. No _____

¿Usted ha usado anticonceptivos orales por cinco años o más?

1. Sí _____

2. No _____

¿Usted presenta alguna de estas condiciones: trasplante renal, lupus eritematoso sistémico, virus de inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA)?

1. Sí _____

2. No _____

¿Usted ha tenido control de citología en los últimos tres años?

1. Sí _____

2. No _____

**Anexo 4: Tabla 3 Distribución de la población según la nacionalidad.
Consultorio 5. Centro de salud N° 4. Año 2021.**

Nacionalidad	Total	%
Ecuatoriana	146	83,4
Extranjera	29	16,6
Total	175	100,0



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Tamayo Otero Ricardo Antonio**, con C.C: # **0925317976** autor del trabajo de titulación: **Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas. Consultorio 5. Centro de Salud N° 4. Año 2021**, previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 20 de noviembre de 2021.

f. _____

Nombre: Tamayo Otero Ricardo Antonio

C.C: 0925317976



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Hallazgos citológicos cérvico uterinos asociados con factores de riesgo en mujeres adultas. Consultorio 5. Centro de Salud N° 4. Año 2021.		
AUTOR(ES)	Tamayo Otero, Ricardo Antonio		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Medrano Allieri, Yadira Elizabeth		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	97
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Medicina Interna.		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Lesiones, cáncer, factor de riesgo, citología, infección.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Antecedentes: Las lesiones intraepiteliales son la antesala del cáncer de cuello de útero, está causado por la infección persistente del Virus del Papiloma Humano, una infección de transmisión sexual, pero que no es suficiente por lo que se asocia a factores de riesgo sexuales, reproductivos, conductuales y genéticos. El cáncer cervicouterino se puede prevenir mediante la vacunación y también con el tamizaje y el tratamiento de las lesiones precancerosas. Métodos: Se realizó un estudio de nivel relacional, de tipo observacional, analítico, de corte transversal. Se llevo a cabo con la población femenina entre 20 a 64 años del consultorio 5 del Centro de Salud N° 4 de Guayaquil, con una muestra de 175 mujeres. Para la recolección de la información se confeccionó una encuesta para recabar información de las variables sociodemográficas y los factores de riesgo; para los hallazgos citológicos se utilizó el reporte de las citologías realizadas por el laboratorio de patología del Centro de Salud N° 4. Resultados: Predominó el grupo etario entre 30 a 34, la etnia mestiza, la nacionalidad ecuatoriana, el estado civil unión libre, la escolaridad bachillerato, la ocupación cuenta propia, los ingresos económicos adecuados, el hallazgo citológico inflamación moderada, dentro de las anormalidades celulares predominó LIE-BG, dentro de los factores de riesgo predominaron la sexualidad en la adolescencia, el embarazo en la adolescencia, la multiparidad y el control citológico insuficiente. Conclusiones: Se demostró asociación estadística entre los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y los estados de inmunodepresión con los hallazgos citológicos.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-985372037	E-mail: ricardo.tamayo01@cu.ucgs.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Landívar Varas, Xavier Francisco		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830-1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			