



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**PAPANICOLAOU ANORMAL Y FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES CON LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES**

PRESENTADA POR
ROBERTO CARLOS CAMPOS MUÑOZ

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

LIMA – PERÚ

2015



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada

CC BY-NC-ND

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PREGRADO**

**PAPANICOLAOU ANORMAL Y FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES CON LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES.**



TESIS

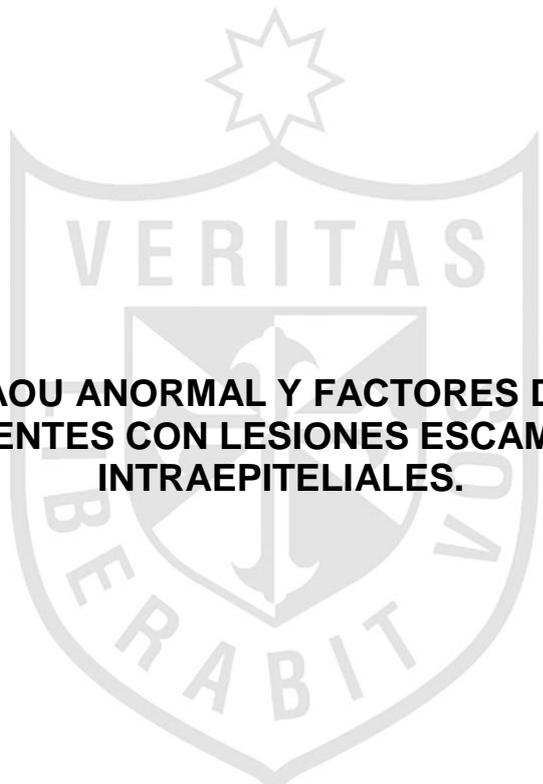
**PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR

ROBERTO CARLOS CAMPOS MUÑOZ

LIMA - PERÚ

2015



**PAPANICOLAOU ANORMAL Y FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES CON LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES.**

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE DEL JURADO:

Dr. (Mg) MAURO RIVERA RAMIREZ

MIEMBROS DEL JURADO:

Dra. (Mg.) NELLY MERCEDES LIZABETH BORRA TOLEDO

Dr. (Mg.) JOSÉ RAFAEL CARHUANCHO AGUILAR





DEDICATORIA:

Le dedico la presente tesis a mi familia, quienes son mi apoyo en cada paso que doy, con sus consejos, paciencia y ánimos para salir adelante.



AGRADECIMIENTO:

Le expreso un cordial agradecimiento al personal que labora en el HCLLH entre ellos al director del hospital quien brindó los permisos pertinentes, al jefe de departamento de Ginecología y Obstetricia quien facilitó la revisión de los libros de Papanicolaou, a los trabajadores del área de Estadística quienes hicieron posible la toma de datos de las historias clínicas y muy en especial al Dr. Mauro Rivera Ramírez, quién brindó su tiempo y experiencia, facilitando la elaboración del presente trabajo.

ÍNDICE

	Páginas
Portada.	i
Título.	ii
Miembros del jurado.	iii
Dedicatoria.	iv
Agradecimiento.	v
ÍNDICE.	vi
RESUMEN.	viii
ABSTRACT.	ix
I. INTRODUCCIÓN.	01
II. MATERIALES Y MÉTODOS.	14
2.1 Tipo de estudio.	14
2.1.1. Descripción del diseño.	14
2.1.2. Tipo – Nivel.	14
2.2. Descripción de la sede de estudio.	14
2.3. Población.	14
2.4. Muestra.	15
2.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos.	16
2.6. Validación y confiabilidad del instrumento.	17
2.7. Plan de recolección, procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos.	17
2.8. Consideraciones éticas de la investigación.	18

III. RESULTADOS.	19
IV. DISCUSIÓN.	46
V. CONCLUSIONES.	53
VI. RECOMENDACIONES.	55
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	57
VIII. ANEXOS.	60



RESUMEN

Introducción: El cáncer cervicouterino es el segundo tumor maligno más frecuente, en el Perú fue el cáncer con mayor frecuencia con un 14.9%.

Objetivos: Conocer a los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG), conocer la frecuencia de los tipos de Papanicolaou y los factores de riesgo en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio analítico retrospectivo transversal observacional tipo caso – control. La población fueron las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el período de enero 2009 a diciembre 2013, a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou. Se creó una base de datos utilizando el programa Microsoft Office Excel, los datos se distribuyeron en tablas, gráficos de barras, se usó la prueba de Chi cuadrado y la prueba de Odds Ratio, usando el paquete estadístico SPSS 22.

Resultados: En relación a LIEAG: La paridad ($p = 0.000002$ y $OR = 4.474648$), el antecedente de aborto ($p = 0.024117$ y $OR = 2.051435$), inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años ($p = 0.023099$ y $OR = 2.369785$), la edad promedio de pacientes con LIEAG fue 40 años, el Papanicolaou anormal más frecuente fue: ASCUS 28.99%.

Conclusión: Los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y con LIEAG y representan un riesgo fueron: La paridad, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales.

Palabras clave: Papanicolaou, factores de riesgo, LIEAG, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer is the second most common malignancy in Peru was cancer more frequently with 14.9%.

Objectives: To determine the risk factors that are related to a Pap test squamous intraepithelial high-grade lesion (HSIL), to determine the frequency of Pap rates and risk factors in patients treated at the Gynecology Service.

Materials and Methods: Control an observational retrospective cross-sectional analytical study was conducted case type. The population were patients treated at the Gynecology Service at Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, in the period January 2009 to December 2013 who underwent a Pap test. A database was created using Microsoft Office Excel program, data is distributed in tables, bar graphs, Chi square test and Odds Ratio test was used, using SPSS 22.

Results: Relative to HSIL: Parity ($p = 0.000002$ and $OR = 4.474648$), history of abortion ($p = 0.024117$ and $OR = 2.051435$), first sexual intercourse before age 18 ($p = 0.023099$ and $OR = 2.369785$), the average age of patients with HSIL was 40 years, the most common abnormal Pap was: 28.99% ASCUS.

Conclusion: The risk factors that are related to a positive Pap test and HSIL and pose a risk were: parity , history of having had an abortion and initiating sex.

Keywords: Pap, risk factors, HSIL, Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino constituye un importante problema de salud pública en todo el mundo.¹ Es el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, en mujeres de todas las edades de América Latina y el Caribe. A pesar de que se utiliza la citología como técnica de tamizaje desde hace más de 30 años, no se ha logrado una reducción de la incidencia y la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados, pudiendo ser los factores socioculturales una de las causas de esta diferencia.²

En el 2012, más de 83 100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino en la región de las Américas y casi 35 700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad. La mayoría de las muertes por cáncer cervicouterino (80%) se producen en América Latina y el Caribe. Las tasas de mortalidad del cáncer cervicouterino son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica. En Perú, el cáncer cervicouterino constituye la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres¹. En Perú, la tasa estimada de incidencia del cáncer cervicouterino es de 48,2 por 100.000, la prevalencia es de 144,78 por 100.000 y la tasa estimada de mortalidad es de 24,6 por 100.000 en el año 2012 según los reportes del *International Agency for Research on Cancer*.³

El tamizaje del cáncer cervicouterino seguido del tratamiento de las lesiones precancerosas identificadas, constituye una estrategia costo-efectiva de prevención.⁴

A nivel mundial, en el 2012 habían casi mil millones de mujeres entre 30 y 49 años de edad, la mayoría de las cuales no se habían sometido a detección de cáncer de cérvix, ni una vez en su vida.⁵

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer en el Perú, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011, se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix con 14.9% de los cuales, el 5,6% (922/16 374) de los casos de cáncer de cérvix notificados, fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje y siendo el cáncer de cérvix el tipo de cáncer que predomina en el sexo femenino con 24.1% del total de cánceres; encontrándose además que los departamentos de la selva o con parte de selva presentan las más altas tasas mortalidad por cáncer de cérvix (Loreto, Huánuco y Ucayali), se halló también que de las 25 regiones (24 departamentos y la provincia constitucional del Callao), en 20 el cáncer más frecuente fue el de cérvix. Para el caso del cáncer de cérvix se ha evidenciado una tendencia ascendente del diagnóstico por tamizaje pasando de 3.7% el año 2006 a 6.8% el año 2011. ⁶

Las mayores tasas de incidencia de cáncer cérvix se han encontrado en América Central y América del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y Melanesia. ¹⁷

Casi todos los individuos sexualmente activos serán infectados por VPH en algún momento de sus vidas, y algunos pueden ser infectados reiteradamente. El período de mayor número infecciones se presenta poco después de la iniciación de la vida sexual activa ⁵

El conocimiento de la anatomía del aparato genital femenino y la historia natural de la enfermedad es necesario para comprender la enfermedad. El cuello uterino experimenta cambios naturales desde el nacimiento hasta la menopausia, siendo la zona de transformación donde surgen la mayor parte de tumores pre malignos y cánceres. ¹⁷

Con respecto al epitelio escamoso estratificado que tapiza el cuello uterino, que brinda protección ante sustancias tóxicas e infecciones, normalmente las capas superiores se destruyen y descaman continuamente, y la integridad del revestimiento se mantiene debido a la formación constante y ordenada de nuevas células en la capa basal. Pero, en presencia de una infección

persistente por el VPH y otros cofactores, las células escamosas metaplásicas de la zona de transformación adoptan un aspecto anormal, indicador de un tumor pre maligno epidermoide cervicouterino (displasia). Estas últimas se multiplican de manera desordenada, característica de la transformación cancerosa, y dan lugar al carcinoma epidermoide. ¹⁷

La zona de transformación es más grande durante la pubertad (porque se produce la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérvix, en este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición). ^{17,18}

En embarazo, así como en las mujeres que han tomado anticonceptivos orales durante largo tiempo (más de 5 años), la zona de transformación al igual que en la pubertad, es más grande, lo cual puede aumentar la exposición al VPH, con lo cual se puede explicar por qué la actividad sexual precoz, los embarazos múltiples y, en menor grado, el uso a largo plazo de anticonceptivos orales son cofactores del desarrollo posterior de cáncer cervicouterino. Estos cambios son más dinámicos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa, pero declinan después de la menopausia. ^{17,18}

La causa primaria del cáncer cervicouterino es la infección por el virus del papiloma humano (VPH), la infección persistente o crónica por uno o más de los denominados tipos oncógenos (o de «alto riesgo») del papilomavirus humano, siendo los más frecuentes el 16 y el 18 que se encuentran en el 70% de todos los cánceres de cuello uterino, los menos frecuentes son el 31, el 33, el 45 y el 58 y los de bajo riesgo son el 6 y 11; siendo todos ellos transmitidos por vía sexual. ¹⁷

El cáncer de cérvix presenta algunos factores de riesgo relacionados a la salud sexual como las relaciones sexuales a temprana edad (antes de 16 años), la promiscuidad, el número de partos, el riesgo aumenta a mayor número de partos, abortos a temprana edad; factores exógenos como el tabaquismo o coinfección con el VIH u otras ITS como el herpes simple 2,

Chlamydia trachomatis y *Neisseria gonorrhoeae* o historia de infecciones, el uso a largo tiempo (> 5 años) de anticonceptivos orales, niveles socioeconómicos y de educación bajos. ^{17,18,19}

En el caso de la paridad, las puérperas son más susceptibles a la infección por VPH, porque es muy frecuente que tras los partos se erosione el epitelio cervical, el cual es la puerta de entrada del VPH, y se puede dar en aquellas mujeres con menos de 16 años, en donde el epitelio cervical está en fase de transición haciendo está más susceptible a las lesiones. ¹⁸

En el caso de la conducta sexual, se considera al número de parejas sexuales la probabilidad de exposición al VPH y demás agentes infecciosos, sobre todo en aquellas mujeres que inician su vida sexual antes de los 16 años de edad. ¹⁸

Existen algunos cofactores, siendo los relacionados al huésped como por ejemplo el estado inmunitario, tener VIH. ¹⁷

La mayoría de las infecciones por el VPH remiten espontáneamente; las que persisten pueden llevar al desarrollo de precancer o cáncer, siendo necesario que transcurran entre 10 y 20 años para que una lesión precursora producida por el VPH pueda transformarse en un cáncer invasor, pero la infección por el VPH un factor causal necesario, pero no suficiente, para que se desarrolle un cáncer cervicouterino; otros factores del hospedador, así como conductuales y medioambientales, pueden facilitar el desarrollo del cáncer. ¹⁷

Las lesiones son progresivas desde leves anomalías epiteliales llamadas displasias o neoplasias intraepiteliales (NIC) encontradas entre las mujeres de 20 y 30 años de edad, pasando por carcinoma in situ, entre los 25 y 35 años, a carcinoma invasivo en mujeres mayores de 40 años. ¹⁸

La detección del cáncer cervicouterino: como mínimo se recomienda someter a la detección a todas las mujeres entre los 30 a 49 años que haya tenido relaciones cóitales con un intervalo no mayor de 3 años, siendo la detección

en menores de 30 y mayores de 49 siendo a criterio del profesional de salud. Radicando la detección en la determinación de presencia de lesiones precancerosas o de cáncer en las mujeres en riesgo, la mayoría de las cuales serán asintomáticas; la vacunación contra el VPH no reemplaza las pruebas de detección del cáncer cervicouterino. ^{5,19}

En cuanto a las pacientes infectadas con VIH o las que vivan en zonas en un área de alta prevalencia se puede someter a detección de cáncer de cérvix a las menores de 30 años, siendo la frecuencia no menor de cada 5 años y no menor que cada 10 años si se utiliza la prueba de VPH al igual que priorizar el grupo de edad considerada en riesgo y hacer seguimiento completo de las mujeres con resultados anormales. Se ha recomendado que el proceso de detección sea activo y no solo oportunista. ⁵

El cáncer cuello uterino afecta raramente a las mujeres menores de 30 años de edad; es más frecuente en las mujeres de más de 40 años. Siendo las quincuagenarias y sexagenarias las más afectadas, y su prevalencia puede llegar a ser de entre el 25% y el 30% en las menores de 25 años. ¹⁷

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Fleites YA, et al. (2011), Es un estudio observacional, descriptivo y correlacionar, en el que incluyeron a 248 pacientes registradas, en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos, Cuba, en el periodo enero a diciembre de 2007 y primer trimestre del 2008, que tuvo como objetivo determinar las lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años en premalignas o con alto o bajo grado de malignidad, en la provincia de Cienfuegos de enero del 2007 a marzo del 2008. Se analizaron: edad, edad de primera relación sexual, número de parejas sexuales, tipo y grado de lesión, motivo de consulta. Los resultados fueron: predominaron las mujeres de más de 21 años y las que tuvieron 2 y 3 parejas sexuales; el principal motivo de consulta fue cervicitis (84, 7 %); en el 22,6 % de las

mujeres se detectó neoplasia intraepitelial grado I; en el 41,9 % de grado II; y en el 33,1 % de grado III.

En el 90 % de las pacientes más jóvenes la lesión fue maligna. Concluyendo que la presencia de lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años no es baja, como tampoco la frecuencia de lesiones malignas.

Daudinot Cos CE, et al. (2011), estudio observacional, descriptivo en 52 pacientes menores de 24 años con diagnóstico de lesión cervical de alto grado, atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Ginecobstétrico "Ramón González Coro", de La Habana – Cuba, de enero 2007 a diciembre 2008, estudiaron variables de factores de riesgo y diagnóstico, cuyo objetivo fue caracterizar las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes. Obteniéndose que el rango de edad predominante fue entre 20-24 años (78,8 %); 65,3 % iniciaron las relaciones sexuales entre los 15-17 años, 62,2% habían tenido 3 o más parejas sexuales y 67,3 % no usaban ningún método anticonceptivo. La correlación cito-histológica fue del 100 % para las neoplasias intraepiteliales cervicales II y III. Concluyendo que los resultados de este trabajo obligan a señalar la necesidad de profundizar en la educación sexual de los jóvenes.

Cevallos Boada LA, et al. (2012) en su estudio descriptivo, retrospectivo, de 69 mujeres pacientes que asistieron a Solca Núcleo de Quito de la ciudad de Ibarra – Ecuador, en el periodo de Enero a Junio 2012 con hallazgos anormales en la citología cervical, que contaban con Historia Clínica y fueron diagnosticadas con algún tipo de lesión intraepitelial, encontraron que las edades están comprendidas entre los 34 a 44 años en el 40,58% de las usuarias. En relación a los tipos de lesión, predominó *Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance* (ASCUS) con 42,3%. Según los factores sociodemográficos, la mayoría procedía de zonas urbanas 52,17%; el mayor porcentaje fue casada con 46,37%; el 55,08% fueron encargadas del quehacer; el 44,92% ostentaba como grado de instrucción primaria; el mayor porcentaje tuvo su menarquia entre los 11 y 12 años; el 46,3% manifestaron tener de 3 a 5 gestaciones; la anticoncepción más usada en las pacientes fue

la oral con un 49,48%. Un 47.83% manifestó que el inicio de la vida sexual fluctuó entre los 16 y 19 años fue de edad; y el número de parejas sexuales en un 83,78% fue de 1 a 3.

González M, et al. (2010) en su trabajo descriptivo, se incluyeron mujeres de 25 a 59 años, atendidas en centros de salud de tres localidades del sur de Bogotá, pertenecientes a estratos socioeconómicos bajos, y con antecedente de al menos una relación sexual penetrante. El objetivo fue describir la prevalencia de anormalidades citológicas y de neoplasias de cuello uterino en un grupo de mujeres de Bogotá, Colombia. Se analizaron 4 957 casos. La edad promedio fue 39,2 años. El 69,1% de las 4 957 citologías fueron negativas, 24,7% reportaron ASC-US; 4,3%, lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG); 1,2%, lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG), y 0,1%, lesión sospechosa de carcinoma infiltrante. Se realizaron 762 biopsias (15,4% de la población). De éstas, 48,29% se reportaron como negativas para neoplasia, y 49,08%, con algún cambio neoplásico. La prevalencia global de neoplasias intraepiteliales y de carcinoma infiltrante fue 7,54%. La prevalencia de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II y NIC III fue 1,3% (0,4% y 0,9%). Se detectaron dos carcinomas infiltrantes (0,04%). Concluyendo que la prevalencia de anormalidades citológicas fue inusualmente elevada; por el contrario, los hallazgos de anormalidades histológicas (NIC I o mayor) muestran datos de alta confiabilidad, ya que son producto de biopsias tomadas por indicación de tres métodos de tamización (inspección visual, citología o colposcopia). La prevalencia de neoplasias de alto grado (NIC II y III) y cáncer infiltrante observada en nuestro estudio es mayor que la reportada para otros países.

Cabrera Arenas JC (2012), estudio descriptivo retrospectivo transversal en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, en el período 2007 - 2011; el objetivo fue describir el comportamiento de algunos factores de riesgo asociados al desarrollo de cáncer de cuello uterino. La población de estudio fueron las pacientes mujeres, usuarias del Hospital Nacional Sergio E. Bernales del servicio de ginecología, en el periodo de 2006 - 2011 con cáncer de cuello

uterino. En relación a la edad, el promedio fue de 50 años, siendo la mínima 22 años y la máxima 99 años de edad.

Fueron analizados 8 adenocarcinomas (7.7%), 79 carcinomas escamosos (75.9%) y 17 carcinomas in situ (16.3%). En el 97.1% de las fichas se encontró por lo menos un factor de riesgo. El 64.81% presentaron antecedentes de infección por VPH, dentro de las cuales en el 97% (65 pacientes) se considera la coinfección (hallazgo de lesiones producidas por el virus) como el antecedente, mientras que en el otro 3% el antecedente se toma por historia clínica. El 35.19% no presentan antecedente de infección, de éstos el 63% (23 casos) no contaba con estudio previo de tamizaje. El 68.52% tienen una paridad de 3 a más hijos, mientras que el 27.78% tienen una paridad de 1 a 2 hijos, y el 3.704% son nulíparas. El inicio de relaciones sexuales en el 62.96% fue entre los 18 y 20 años de edad, el 18.52% tuvieron inicio de relaciones sexuales precoz (primera relación sexual antes de los 18 años), y el 18.52% refirieron inicio de relaciones sexuales tardía (primera relación sexual después de los 20 años). El 94.44% presentaron menos de 5 parejas sexuales, mientras que el 5.556% presentaron de 5 a más parejas sexuales. En relación al consumo de tabaco, se obtuvo que el 50% lo consumen, mientras que el 50% no. El autor concluyó que los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia al cáncer de cuello uterino fueron: exposición a VPH y paridad, el mayor porcentaje tiene un riesgo aumentado de cáncer de cérvix de 1.5 a 2 veces según el inicio de las relaciones sexuales, el alcohol y el tabaco no son factores de riesgo determinantes en la población estudiada.

Díaz Salcedo DA (2013), es un estudio descriptivo, transversal, incluyeron a 209 pacientes, pero sólo 94 cumplieron con los criterios de selección y 155 se excluyeron, el estudio se realizó entre Julio y Agosto del 2013, su objetivo general fue establecer los factores que influyen en la no realización del PAP *test* en mujeres de 35 a 50 años en la parroquia de Juan Benigno Vela, provincia de Tungurahua - Ecuador. En cuanto a los factores relacionados con la no realización del PAP *test*, se estudiaron los factores sociales, los cuales están relacionados en su mayoría principalmente con el nivel de educación y el desconocimiento. Se obtuvo que el 72,34% de la muestra no se había realizado nunca un PAP *test* y de este, el 95,6% tiene un nivel de educación

bajo. Con respecto a la educación con la realización del PAP *test* se pudo identificar que el nivel de educación es un factor de riesgo para la no realización del PAP *test*. Las diferencias fueron estadísticamente significativas (p: 0,0408).

Martínez Pinillo A, et al. (2010), en un estudio retrospectivo y descriptivo de 342 expedientes clínicos, correspondientes a mujeres jóvenes menores de 30 años, diagnosticadas con cáncer cérvico uterino, tratadas en el Instituto de Oncología y Radiobiología (INOR) de la Habana, Cuba, durante el período de 1992-2002 (11 años). Las variables seleccionadas para este estudio fueron: edad, tipo histológico del tumor, resultados anatomopatológicos posquirúrgicos, tipo de tratamiento, edad de las primeras relaciones sexuales, número de gestaciones, infecciones por el VPH, hábito de fumar, etapa o extensión de la enfermedad tumoral. Los autores encontraron que 4/5 de pacientes del total de mujeres menores de 30 años fueron diagnosticadas entre los 25 y los 30 años de edad, mientras 1/5 de pacientes fue menor de 25 años. El carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente (80 %). Las pacientes recibieron como tratamiento: la cirugía (47,4 %), la radioterapia (42,1 %) y cirugía más radioterapia o viceversa. Los factores de riesgo mostraron una mayor asociación con el cáncer de cuello uterino, fueron la precocidad sexual y la presencia de HPV en el 27,5 %. El 34,5 % de las mujeres menores de 30 años afortunadamente eran portadoras de carcinoma in situ. Sin embargo, el 47 % de las pacientes incluidas en este análisis se detectaron con tumores localmente avanzados (IIa, IIb y IIIb). Concluyeron en el estudio que el carcinoma epidermoide de cérvix fue el tumor más frecuente en las mujeres menores de 30 años diagnosticadas con cáncer de cuello uterino.

Saldaña Escobedo AE, et al. (2010) es un estudio descriptivo transversal evaluó 73 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino atendidas en el IREN "Luis Pinillos Ganoza" - Norte en Trujillo, Perú durante el periodo comprendido entre el 01 de enero del 2008 y el 30 de octubre del 2009, en el cual tenía como objetivo: determinar algunos factores epidemiológicos del cáncer de cuello uterino. Teniendo como resultado que el

56% (41 casos) de las mujeres con cáncer de cuello uterino tuvo 45 años de edad a más, siendo la edad más frecuente de 57 años. El 77% (56 casos) de las mujeres con cáncer de cuello uterino inició su primera relación sexual de los antes de los 18 años de edad; sin embargo la edad más frecuente fue a los 18 años con el 30% (22 casos); el 92% (67 casos) fue múltipara (2 a más hijos); El 47% (34 casos) fue polígama (2 a más parejas); el 4% (3 casos) fue fumadora; el 7% (5 casos) usó anticonceptivos orales combinados. Los autores concluyeron que los factores epidemiológicos predominantes fueron: la edad, edad de inicio de relaciones sexuales, multiparidad; no hubo predominio con respecto a los factores: número de parejas sexuales, consumo de tabaco y uso de anticonceptivos orales combinados.

Sarduy Nápole M (2008), estudio prospectivo y abierto en un grupo de 150 mujeres con el diagnóstico citológico de lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado, confirmado histológicamente, en el Servicio de Ginecología del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas durante el período 1994-2005 en la Habana, Cuba. Encontrándose a 108 (72 %) mujeres entre los 25 y 39 años de edad, período que comprende parte de su etapa reproductiva. El 44,7 % tuvieron su primera relación sexual precozmente; 152 (94,7%) mujeres habían iniciado su actividad sexual antes de los 20 años; el 67,3 % refirió haber tenido 1-2 partos; el 56.7% refirió tener el hábito de fumar (85 pacientes); los investigadores concluyeron que las primeras relaciones sexuales antes de los 18 años, el hábito de fumar y la multiparidad fueron los factores de riesgo más frecuentemente encontrados en las mujeres con neoplasia intraepitelial cervical de alto grado.

Treviño Salinas EM, et al. (2010), estudio observacional, longitudinal, prospectivo, no ciego, realizado en, México. Se analizó el examen de Papanicolaou en 250 embarazadas que acudieron a consulta de obstetricia del Hospital Universitario de enero 2006 a julio 2007. Se documentaron alteraciones en el examen de Papanicolaou en 36 pacientes (14.4%). Se evidenció atipia de células escamosas (ASCUS) en 3.2%; lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) en 8%; lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG) en 2.4% y cáncer cérvico uterino (CACU) en 0.8%. Concluyeron que en dicha

población es altamente recomendable la realización del examen de Papanicolaou a toda paciente embarazada en el control prenatal para la detección oportuna de displasias cervicales.

Castañeda MS, et al. (1998),

Estudio caso y control, en las usuarias del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino en Zacatecas - México, los casos fueron todas aquellas pacientes con diagnóstico corroborado por histopatología de displasia severa, cáncer in situ e invasor (251 en total), durante el bienio 1993 - 1995. Los controles se seleccionaron aleatoriamente de entre la población con citología exfoliativa negativa y que era usuaria de dicho programa. Se seleccionó un control por caso, y se le pareó por edad y por la fecha en que se realizó la citología del caso. El cual tenía por objetivo, conocer las características sociodemográficas reproductivos y de conducta sexual e identificar los factores de riesgo para dicha patología. Teniendo por resultado que el riesgo de neoplasia cervical aumentó con el número de gestaciones (RM 5,2, IC 95 2.6 - 10.5), el riesgo de neoplasia cervical se incrementan la medida en que aumentan los partos, las mujeres que tuvieron 12 o más partos corren un riesgo cinco veces superior que aquellas que dieron a luz menos de tres veces (RM 5.1, IC95% 2.4 - 11.0). Las mujeres que postergaron el inicio de sus relaciones sexuales hasta después de los 19 años tuvieron dos veces menos riesgo que quienes comenzaron antes de los 15 años. El uso de anticonceptivos hormonales aumentó el riesgo de cáncer cervical en relación con las mujeres que utilizaron anticonceptivos no hormonales (RM 1.9, IC 95% 1.3 -3.4). Los investigadores concluyeron que la alta paridad, el inicio precoz de relaciones sexuales y el consumo de anticonceptivos hormonales son la subpoblación de mayor riesgo de padecer neoplasia cervical

Los objetivos del presente estudio son dar a conocer a los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y representan un riesgo. También el tener conocimiento de la frecuencia de los tipos de Papanicolaou y los factores

de riesgo sociales y reproductivos en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología.

Teniendo como hipótesis que algunos factores de riesgo están relacionados con tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y Papanicolaou Positivas.

Las limitaciones son escasas, porque contamos con las autorizaciones correspondientes, pero se podría tener algunos obstáculos como la poca legibilidad de los datos, el uso de siglas o términos del argot médico, historias clínicas incompletas o que no se encuentren los datos necesarios para el estudio.

Siendo viable porque se cuenta con los permisos correspondientes, apoyo del asesor de la investigación, recursos propios y exclusividad para la realización de la investigación.

Se trabajó con una población de 3 874 y usándose como caso a 165 historias clínicas quienes cumplieron los criterios de selección (123 con diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de bajo grado y 42 con diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de alto grado); el grupo control se seleccionó aleatoriamente entre las pacientes con diagnóstico de Papanicolaou negativo, pareándose cada control con su respectivo caso por edad, para tal fin se usó a 495 Historias clínicas con el diagnóstico de Papanicolaou negativo, un número 3 veces mayor al de los casos.

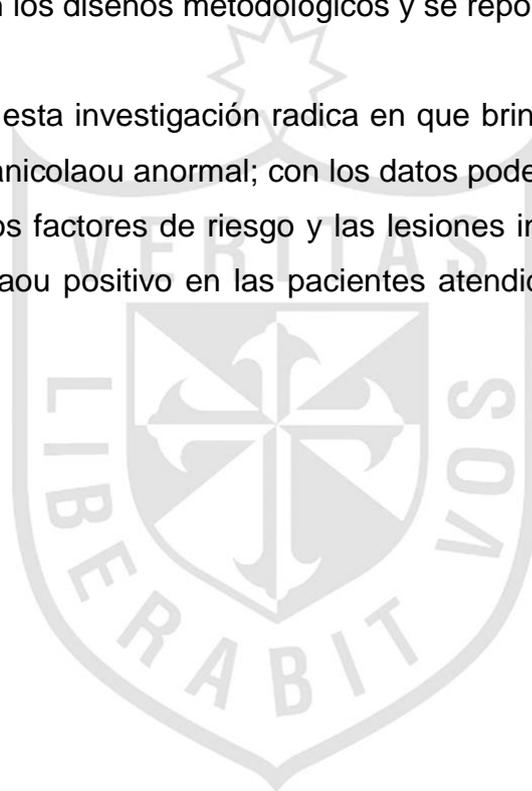
Para el desarrollo de este estudio inicialmente se buscó bibliografía referente a la problemática del cáncer de cuello uterino y antecedentes de investigación, luego se elaboró un instrumento validado para la recolección de datos.

Siendo la recolección de los datos desde Junio del 2014, obteniéndose de manera retrospectiva, mediante las historias clínicas de todas las mujeres que acudieron para realizarse la prueba de Papanicolaou en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que cumplieron los criterios de selección.

Se procedió a llenar el instrumento de toma de datos con las variables a estudiadas, extrayéndole los datos sobre los antecedentes, sociales (edad, el grado de instrucción, y el hábito de fumar), sexuales y reproductivos (edad de inicio de relaciones sexuales, Andría, Infección de transmisión sexual, paridad, interrupción del embarazo, ser usuaria habitual de Anticonceptivo Oral, motivo del Papanicolaou, interrupción del embarazo) de dichas pacientes.

Luego se aplicaron los diseños metodológicos y se reportaron los resultados.

La importancia de esta investigación radica en que brindarán datos sobre la casuística de Papanicolaou anormal; con los datos poder establecer si existe asociación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales de alto grado y Papanicolaou positivo en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología.



MATERIALES Y MÉTODOS

1. TIPO DE ESTUDIO

1.1. Descripción del diseño

Se realizó un estudio analítico retrospectivo transversal observacional tipo caso – control en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en el período de enero 2009 a diciembre 2013; con el objetivo de conocer los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y con Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.

1.2. Tipo – Nivel

Analítico – Retrospectivo – Transversal – Caso – control

2. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE DE ESTUDIO

La jurisdicción sanitaria del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, en donde se realizó el estudio, abarca desde la Ensenada hasta Ancón con un Área Geográfica 434.94 km² con una población de 417,290 habitantes, que en su mayoría son fruto de la migración del interior del País. Área que comprende a los Distritos de Puente Piedra, Ancón, Santa Rosa y una parte del Distrito de Carabaylo (San Pedro de Carabaylo, zona agrícola y el Sector de Lomas de Carabaylo). Siendo Puente Piedra un distrito donde existe una alta incidencia de pobreza en donde el 36% de las familias viven en estado de pobreza.

3. POBLACIÓN

En el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, entre los años del 2009 al 2013, se realizaron, 3 874 Test de Papanicolaou quienes vendrían a ser la población de estudio.

4. MUESTRA

Para efecto del presente estudio se utilizó a las historias clínicas de las pacientes que tuvieron por diagnóstico ser Papanicolaou Anormales, los cuales 398 se encontraron registrados. Usándose solo a 165 quienes cumplieron los criterios de selección (123 con diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de bajo grado y 42 con diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de alto grado) quienes fueron usados como casos. El grupo control se seleccionó aleatoriamente entre las pacientes con diagnóstico de Papanicolaou negativo, pareándose cada control con su respectivo caso por edad, para tal fin se usó a 495 Historias clínicas con el diagnóstico de Papanicolaou negativo, un número 3 veces mayor al de los casos. Para sólo la finalidad de obtener la frecuencia de los tipos de Papanicolaou se consideraron para este fin a 4 Papanicolaous que tenían por diagnóstico ITS.

Criterios de Inclusión: Historias clínicas de pacientes mujeres mayores de 18 años de edad a las cuales se les realizó la prueba de Papanicolaou en el servicio de ginecología, realizado en la institución, entre enero del 2009 y diciembre del 2013.

CASO: Paciente con el Test de Papanicolaou que informe ser: “Lesión Intraepitelial de Alto Grado” (NIC II, NIC III, LIEAG, carcinoma in situ, carcinoma epidermoide, ASC – H, displasia leve – moderada, displasia moderada, displasia moderada – severa, displasia severa) o que informe ser: “Lesión Intraepitelial de Bajo Grado” (LIEBG, AGUS, ASCUS, PVH, displasia leve, NIC I).

CONTROL: Paciente con el Test de Papanicolaou que informe ser: “Negativo a células Neoplásicas”.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Historia clínica que tenga por informe de patología: “muestra mal tomada” o que sugiera repetir la toma de la prueba de Papanicolaou; Historias clínicas de las pacientes a quienes se les hayan realizado la prueba de Papanicolaou en el servicio de Ginecología que no se encontrarán físicamente en el servicio de estadística, historias clínicas que se

encontrarán mal elaboradas, ilegibles o con datos insuficientes que eran necesarios para ser incluidos en el presente estudio.

5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas de recolección de datos.

1) La información se obtuvo de manera retrospectiva, tanto para los casos como para los controles, mediante las historias clínicas de todas las mujeres que acudieron para realizarse la prueba de Papanicolaou en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, que cumplieron los criterios de selección.

2) Se recabaron las historias clínicas necesarias del departamento de Estadística del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

3) Se creó una ficha de recolección de datos con las variables a estudiar, de los cuales se extrajo los datos sobre los antecedentes, sociales, sexuales y reproductivos de dichas pacientes. Siendo las variables de estudio:

Variable de tipo reproductivo: Como es la edad de inicio de relaciones sexuales, Andría, Infección de transmisión sexual, paridad, interrupción del embarazo, ser usuaria habitual de Anticonceptivo Oral, motivo del Papanicolaou, interrupción del embarazo.

Variables de tipo sociales: como son la edad, el grado de instrucción, y el hábito de fumar.

4) Se recogieron los datos necesarios y se consignaron en la ficha de recolección de datos confeccionada previamente.

5) Se aplicaron los diseños metodológicos y se reportaron los resultados.

Formulario para recolección de datos

Ficha de recolección de datos creada especialmente para este estudio.

Técnicas para el procesamiento y análisis de la información

Se realizaron medidas descriptivas en frecuencia, porcentajes y promedios, se construyeron tablas simples y de doble entrada, gráficos de barras y se usó la prueba de Chi cuadrado para señalar la existencia de relación entre las variables y la prueba de Odds Ratio para demostrar el riesgo de presentar una Prueba de Papanicolaou con Lesión Intraepitelial de Alto Grado entre las variables. Para el procesamiento de datos se utilizó el software Microsoft Excel y el software estadístico SPSS versión 22.

6. VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para sustentar la validez, éste fue sometido a juicio de asesores en el área dedicados al área de estudio, que permitió los reajustes necesarios al instrumento y la validez interna.

7. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La recolección de los datos se realizó desde Junio del 2014, tanto en los registros en físico de las pacientes consignadas en el libro de Planificación Familiar y registro de Papanicolaou del servicio de ginecología; a su vez, se revisó el Libro de registro del departamento de patología en donde llevan registro de las muestras de Papanicolaou patológicas y con ellas poder tener el nombre de las pacientes, para su posterior obtención de los números de las historias clínicas.

Se accedió a las historias clínicas en físico siendo así posible la obtención de los datos para el llenado de la ficha de recolección de datos, siempre y cuando se respetaban los criterios de inclusión y exclusión.

Luego de la recolección de los datos, fueron procesados por el programa informático Microsoft Excel y el SPSS versión 22; de la siguiente manera: Se vació los puntajes, en las hojas codificadas del programa Microsoft Excel, tanto para la variable como para las dimensiones consideradas en el estudio, luego los datos revisados y corregidos fueron procesados en una base de datos para ser preparados y presentados en tablas, gráficos y estadísticos facilitando así el análisis. Posteriormente, se procedió al análisis de las variables con elaboración de tablas de resumen, gráficos comparativos y estadísticos de resumen en las variables analizadas.

Todo el procesamiento y análisis de datos se realizó con el programa informático SPSS versión 22.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación se realizó considerando la autorización de la Facultad de Medicina Humana de la USMP, para la elaboración de tesis para optar por el Título Profesional de Médico Cirujano así como la autorización y trámite correspondiente en el HCLLH.

Por tratarse de un trabajo retrospectivo, y de revisión de historias clínicas, no fue necesario obtener consentimiento informado, no se tuvo contacto con las pacientes.

Se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos, los cuales serán codificados para evitar la identificación de las pacientes, con la finalidad de preservar la integridad y los derechos fundamentales de las pacientes sujetas a investigación, de acuerdo a los lineamientos de las buenas prácticas clínicas y de ética en investigación biomédica.

RESULTADOS

Al procesar los datos estudiados se encontraron los siguientes resultados:

En relación a la frecuencia de los tipos de Papanicolaou Anormales se encontró que un 24,85% (42) fueron Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado; 72,78% (123) fueron Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado y solo el 2,37% (4) fueron Infecciones de Transmisión Sexual.

Con el diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado, se obtuvo que el 72,78% (123) fueron: ASCUS 28.99% (49), Displasia Leve 24.85% (42), HPV 11.24% (19), LIEBG 4.14% (7), Histiocitos 1.78% (3), AGUS 1.78% (3)

Con el diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado, se obtuvo que el 24,85% (42) fueron: Displasia Severa 6.51% (11), Displasia Moderada 5.33% (9), LIEAG 4.73%(8), ASC-H 2.37% (4), Displasia Leve – Moderada 1.78% (3), Displasia Moderada – Severa 1.78% (3), Carcinoma Epidermoide 1.18% (2) NIC II 0.59 (1), Carcinoma in situ 0.59 (1).

Con el diagnóstico de Infecciones de Transmisión Sexual, se obtuvo que el 2,37% (cuatro) fueron: Hifas 1.18% (dos), Herpes Virus 1.18% (dos) (figura 01)

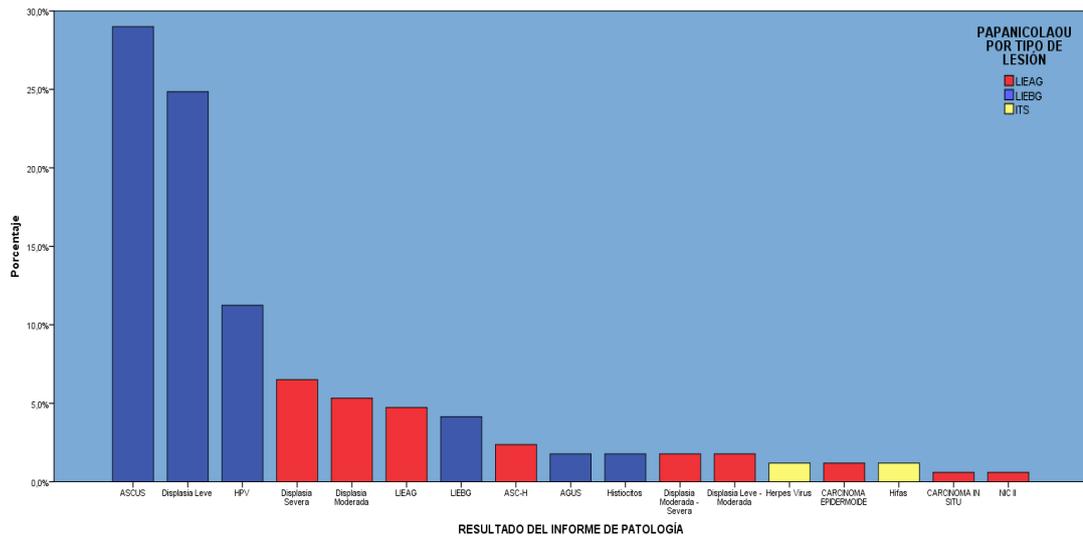


Figura 1. Frecuencia de los tipos de Papanicolaou encontrados en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, durante el periodo del 2009 al 2013.
Fuente: Libro de Planificación Familiar y registro de Papanicolaou
Elaboración propia

Se aprecia que la edad promedio de las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou, teniendo como diagnóstico Papanicolaou Positivo, fue de 36 años, siendo mayores en las pacientes con el diagnóstico de LIEAG (40 años), frente a las pacientes con diagnóstico de LIEBG (34 años); siendo la edad más frecuente en las pacientes con LIEAG de 40 años y LIEBG de 28 años. (Tabla 01). Se observó que las diferencias de edades son significativas, siendo el de mayor edad ($z = -2,752$, $p < 0,005931$) en el grupo de pacientes con LIEAG (Md = 40) al compararlo con el grupo de pacientes con LIEBG (Md = 31).

Tabla 01. Edad en años por tipo de Lesión de Papanicolaou.

		EDAD EN AÑOS							
		Media	Mediana	Moda	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75	Mínimo	Máximo
PAPANICOLAO	LIEAG *	40	40	40	31	40	45	19	72
U POR TIPO DE	LIEBG ¶	34	31	28	27	31	39	18	73
LESIÓN	Total	36	33	28	28	33	42	18	73

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Se aprecia que la edad en años de la primera gestación en promedio de las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou, teniendo como diagnóstico Papanicolaou Positivo, fue de 21 años indistintamente si tenían el diagnóstico de LIEAG o LIEBG. (Tabla 02)

Tabla 02. Edad en años de la primera gestación por tipo de Lesión de Papanicolaou.

		EDAD EN AÑOS DE LA PRIMERA GESTACIÓN							
		Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
PAPANICOLAO	LIEAG *	21	20	20	16	32	19	20	23
U POR TIPO DE	LIEBG ¶	21	20	16	15	42	18	20	22
LESIÓN	Total	21	20	16	15	42	18	20	23

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Se aprecia que la edad en años de la primera menstruación en promedio de las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou, teniendo como diagnóstico Papanicolaou Positivo, fue de 13 años indistintamente si tenían el diagnóstico de LIEAG o LIEBG. (Tabla 03)

Tabla 03. Edad en años de la primera menstruación por tipo de Lesión de Papanicolaou.

		EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN							
		Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 50	Percentil 75
PAPANICOLA	LIEAG *	13	13	14	8	15	12	13	14
OU POR TIPO	LIEBG ¶	13	13	13	9	17	12	13	15
DE LESIÓN	Total	13	13	13	8	17	12	13	14

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Se aprecia que las pacientes tenían un grado de instrucción en su mayoría de nivel secundario 63,97% (87). El 60,61% (20) de las pacientes con diagnóstico de LIEAG tienen por grado de instrucción: Secundaria; de manera similar el 65,05% (67) con las pacientes con LIEBG tienen por grado de instrucción Secundaria. En contraste, las pacientes que no tienen grado de instrucción son la minoría, con un 7,35% (10) (figura 02 y tabla 04)

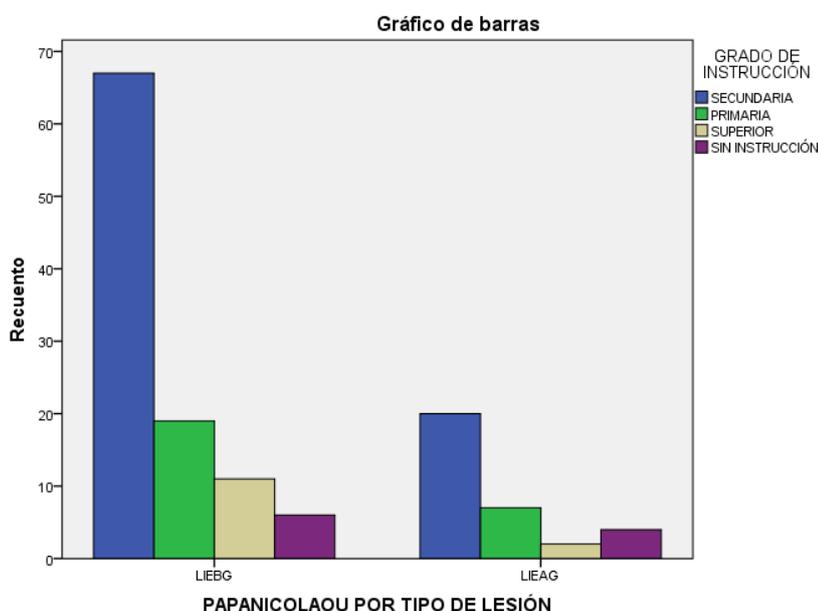


Figura 02. Frecuencia de grado de instrucción por tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 04. Frecuencia de grado de instrucción por tipo de Lesión de Papanicolaou.

		GRADO DE INSTRUCCIÓN				Total
		SIN INSTRUCCIÓN	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	4	7	20	33
		%	12,12	21,21	60,61	100
	LIEBG ¶	Recuento	6	19	67	103
		%	5,83	18,45	65,05	100
Total		Recuento	10	26	87	136
		%	7,35	19,12	63,97	100

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Las pacientes en su gran mayoría no fuman, el 99,94% (164). El 100% (42) de las pacientes con diagnóstico de LIEAG no tienen hábito de fumar, de manera similar el 99,20% (122) de las pacientes con LIEBG no tienen hábito de fumar. (Figura 03 y tabla 05)

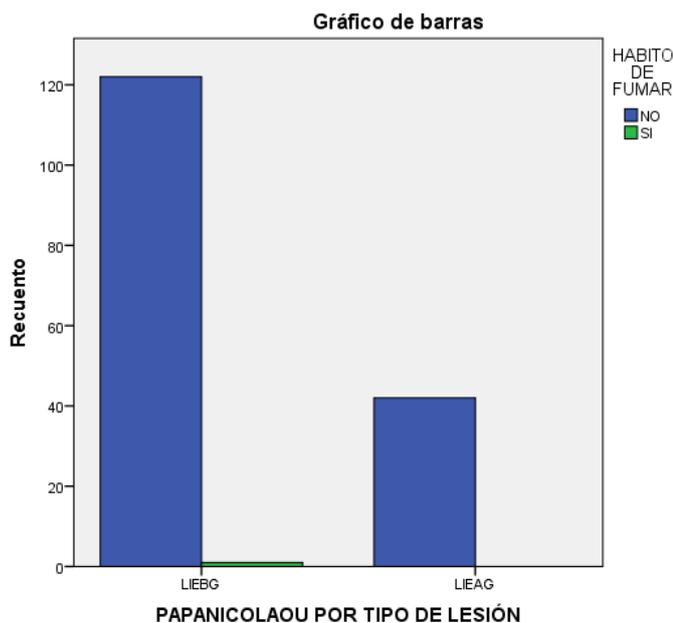


Figura 03. Frecuencia del hábito de fumar por el tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 05. Frecuencia del hábito de fumar por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN			HABITO DE FUMAR		Total
			NO	SI	
LIEAG *	Recuento	42	0	42	
	%	100,0%	0,0%	100,0%	
LIEBG ¶	Recuento	122	1	123	
	%	99,2%	0,8%	100,0%	
Total	Recuento	164	1	165	
	%	99,4%	0,6%	100,0%	

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Las pacientes en su gran mayoría no tienen antecedentes de ITS 97% (160), de las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 95,2% (40) no tienen antecedentes de ITS; de manera similar el 97,6% (120) de las pacientes con LIEBG no antecedentes de ITS. (Figura 04 y tabla 06)

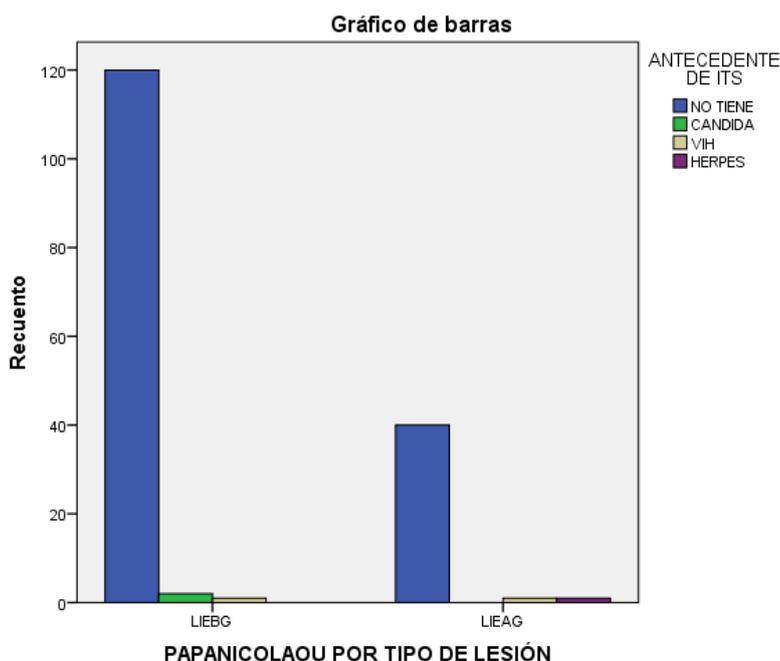


Figura 4. Frecuencia del antecedente de ITS por el tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 06. Frecuencia del antecedente de ITS por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

			ANTECEDENTE DE ITS				Total
			NO TIENE	CANDIDA	HERPES	VIH	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	40	0	1	1	42
		%	95,2%	0,0%	2,4%	2,4%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	120	2	0	1	123
		%	97,6%	1,6%	0,0%	0,8%	100,0%
Total	Recuento	160	2	1	2	165	
	%	97,0%	1,2%	0,6%	1,2%	100,0%	

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

El motivo más frecuente para hacerse el test de PAP, fue la gestación en un 50,6% (39); al igual que el de las pacientes con diagnóstico de LIEBG, el 56,9% (37), lo fue; pero no así en las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 50% (6) de las pacientes con LIEAG lo fue el seguimiento, y solo en las pacientes con antecedentes de ITS eran pacientes con diagnóstico de LIEAG. (Figura 05 y tabla 07)

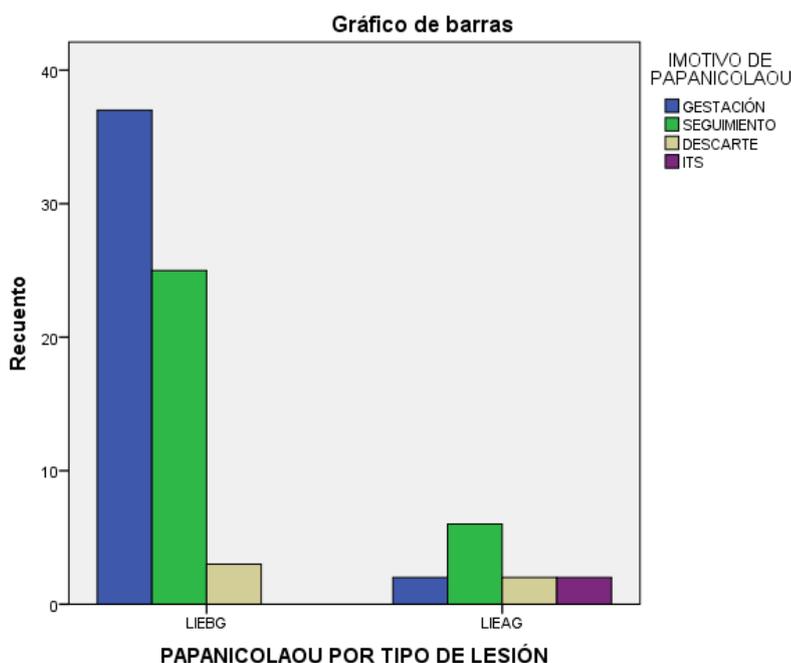


Figura 05. Frecuencia del motivo de hacerse el test de PAP por el tipo de Lesión de Papanicolaou. Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013. Elaboración propia

Tabla 07. Frecuencia del motivo de hacerse el test de PAP por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

		IMOTIVO DE PAPANICOLAOU				Total	
		DESCARTE	SEGUIMIENTO	GESTACIÓN	ITS		
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	2	6	2	2	12
		%	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	3	25	37	0	65
		%	4,6%	38,5%	56,9%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	5	31	39	2	77
		%	6,5%	40,3%	50,6%	2,6%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Las pacientes son mayormente convivientes en un 66,7% (88), de las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 62,1% (18) son convivientes; de manera similar el 68% (70) de las pacientes con diagnóstico de LIEBG son convivientes. (Figura 06 y tabla 08)

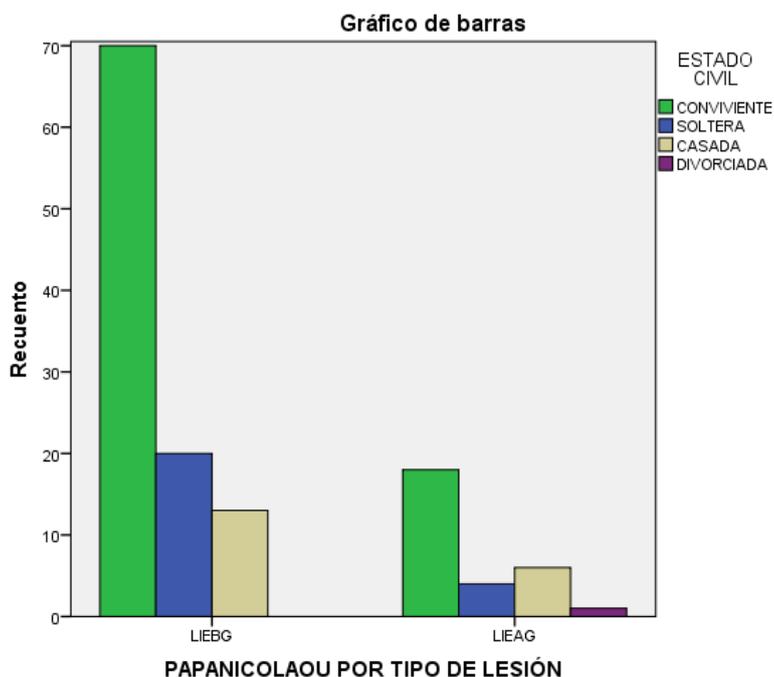


Figura 06. Frecuencia del estado civil por el tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 08. Frecuencia del estado civil por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

			ESTADO CIVIL				Total
			SOLTERA	CONVIVIENTE	CASADA	DIVORCIADA	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	4	18	6	1	29
		%	13,8%	62,1%	20,7%	3,4%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	20	70	13	0	103
		%	19,4%	68,0%	12,6%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	24	88	19	1	132
		%	18,2%	66,7%	14,4%	0,8%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Las pacientes mayoritariamente no usan métodos anticonceptivos 50,4% (71), Un 20,6% usan depo-provera, el 22,6% (7) con el diagnóstico de LIEAG usan depo-provera; de manera similar el 20% (22) de las pacientes con diagnóstico de LIEBG usan depo-provera. (Figura 07 y tabla 09)

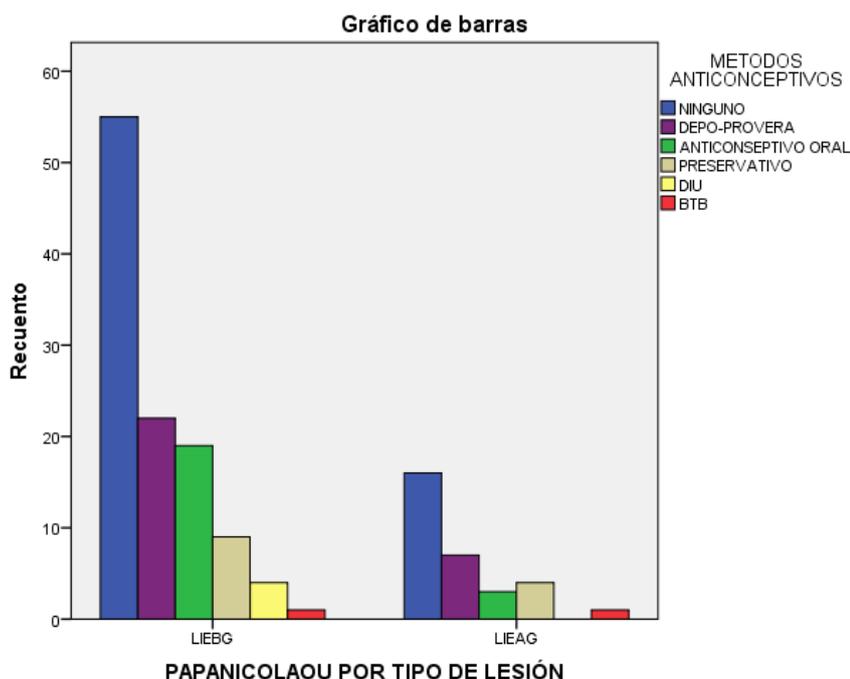


Figura 7. Frecuencia de los métodos anticonceptivos por el tipo de Lesión de Papanicolaou. Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013. Elaboración propia

Tabla 09. Frecuencia de los métodos anticonceptivos por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN			METODOS ANTICONCEPTIVOS						Total
			NINGUNO	ANTICONSEPTIVO ORAL	PRESERVATIVO	DEPO-PROVERA	DIU	BTB	
LIEAG *	Recuento		16	3	4	7	0	1	31
	%		51,6%	9,7%	12,9%	22,6%	0,0%	3,2%	100,0%
LIEBG †	Recuento		55	19	9	22	4	1	110
	%		50,0%	17,3%	8,2%	20,0%	3,6%	0,9%	100,0%
Total	Recuento		71	22	13	29	4	2	141
	%		50,4%	15,6%	9,2%	20,6%	2,8%	1,4%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

† LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013. Elaboración propia

Las pacientes mayoritariamente tienen menos de cuatro hijos 57,8% (93); de manera similar el 65,5% (78) de las pacientes con el diagnóstico de LIEBG tienen menos de cuatro hijos. No siendo similar en el caso de las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 64,3% (27) tienen 4 o más embarazos. (Figura 08 y tabla 10)

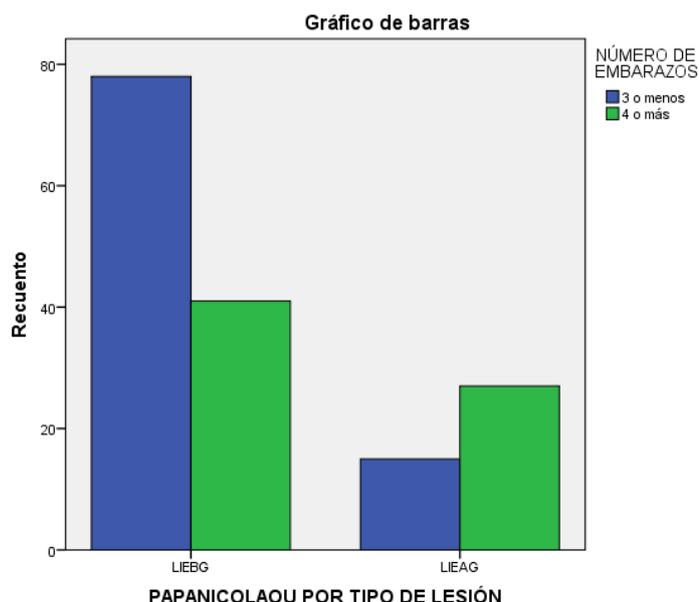


Figura 8. Número de embarazos por el tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 10. Número de embarazos por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

		NÚMERO DE EMBARAZOS			
		4 o más	3 o menos	Total	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	27	15	42
		%	64,3%	35,7%	100,0%
	LIEBG †	Recuento	41	78	119
		%	34,5%	65,5%	100,0%
Total		Recuento	68	93	161
		%	42,2%	57,8%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

† LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Las pacientes mayoritariamente no usan métodos anticonceptivos orales 84,3% (118). El 9,7% (3) de las pacientes que tienen por diagnóstico LIEAG usan anticonceptivos orales, de un modo similar el 17,4% (19) de las pacientes que tienen por diagnóstico LIEBG usan métodos anticonceptivos orales. (Figura 09 y tabla 11)

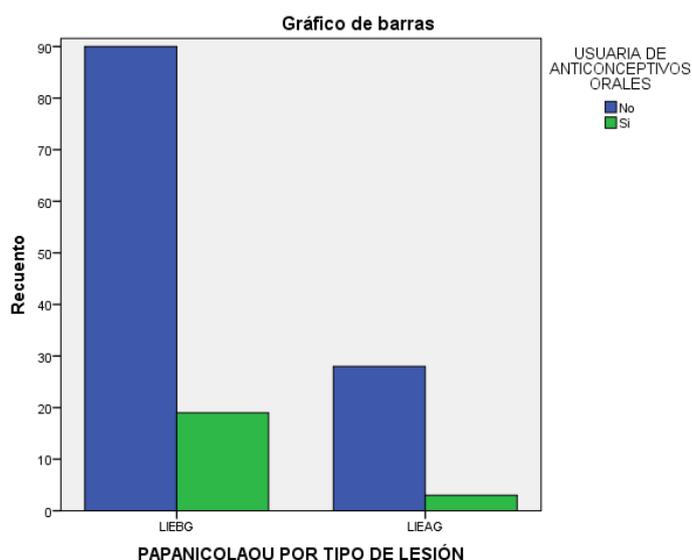


Figura 9. Usuaría de anticonceptivos orales por el tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 11. Usuaría de anticonceptivos orales por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

		USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES			
			Si	No	Total
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	3	28	31
		%	9,7%	90,3%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	19	90	109
		%	17,4%	82,6%	100,0%
Total		Recuento	22	118	140
		%	15,7%	84,3%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Las pacientes mayoritariamente tienen tres parejas sexuales o menos 95,9% (116). Las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 92,9% (26) tienen 3 parejas sexuales o menos, de manera similar el 96,8% (90) de las pacientes con diagnóstico de LIEBG tienen 3 parejas sexuales o menos. (Figura 10 y tabla 12)

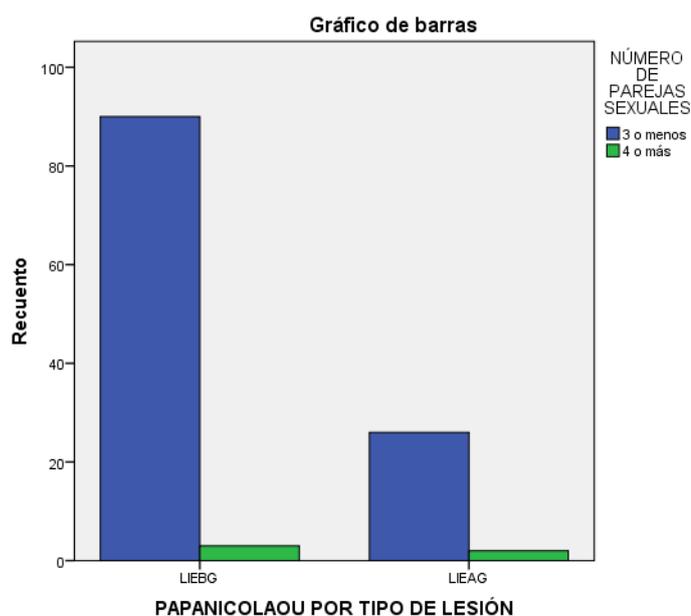


Figura 10. Número de parejas sexuales por el tipo de Lesión de Papanicolaou. Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013. Elaboración propia

Tabla 12. Número de parejas sexuales por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES			
		4 o más	3 o menos	Total	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	2	26	28
		%	7,1%	92,9%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	3	90	93
		%	3,2%	96,8%	100,0%
Total	Recuento	5	116	121	
	%	4,1%	95,9%	100,0%	

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Las pacientes mayoritariamente no presentaron antecedentes de aborto 54,3% (88); las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 52,4% (22) no presentaron antecedentes de aborto, de manera similar el 55% (66) de las pacientes con diagnóstico de LIEBG no presentaron antecedentes de aborto. (Figura 11 y tabla 13)

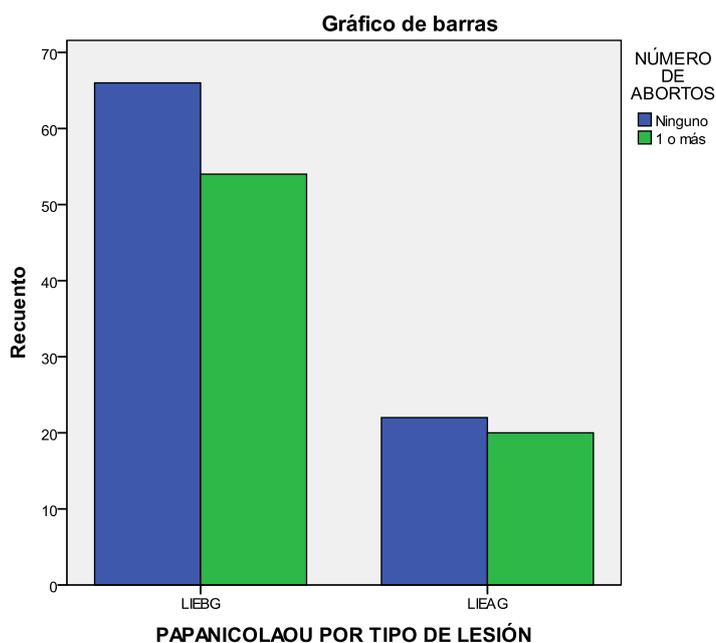


Figura 11. Número de abortos por el tipo de Lesión de Papanicolaou.
Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 13. Número de abortos por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

		NÚMERO DE ABORTOS			
			1 o más	Ninguno	Total
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	20	22	42
		%	47,6%	52,4%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	54	66	120
		%	45,0%	55,0%	100,0%
Total		Recuento	74	88	162
		%	45,7%	54,3%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Las pacientes en su mayoría 59,1% (75) iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años de edad. Las pacientes con diagnóstico de LIEAG, el 63,3% (19) han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, de manera similar el 57,7% (56) de las pacientes con diagnóstico de LIEBG han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años. (Figura 12 y tabla 14)

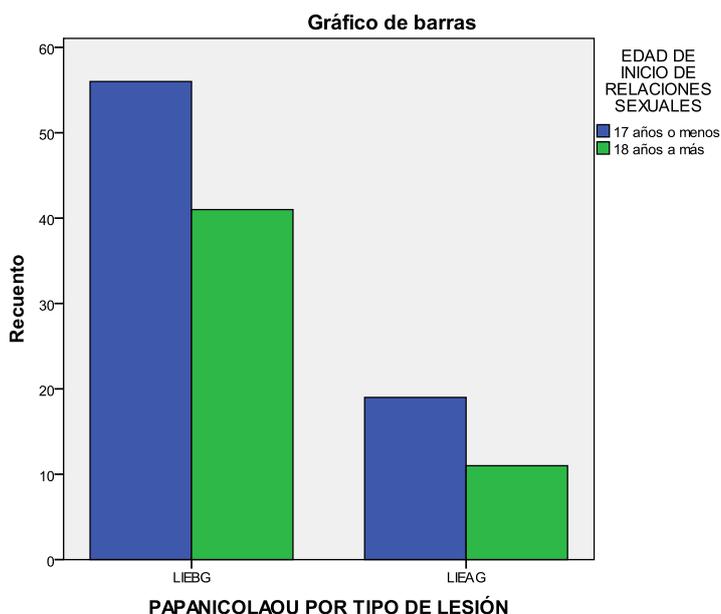


Figura 12. Edad de inicio de relaciones sexuales por el tipo de Lesión de Papanicolaou. Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013. Elaboración propia

Tabla 14. Edad de inicio de relaciones sexuales por el tipo de Lesión de Papanicolaou.

		EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES			
		17 años o menos	18 años a más	Total	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG *	Recuento	19	11	30
		%	63,3%	36,7%	100,0%
	LIEBG ¶	Recuento	56	41	97
		%	57,7%	42,3%	100,0%
Total		Recuento	75	52	127
		%	59,1%	40,9%	100,0%

* LIEAG: Lesión Intraepitelial de Alto Grado

¶ LIEBG: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

1. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A UNA PRUEBA DE PAPANICOLAOU POSITIVO

A. NÚMERO DE EMBARAZOS (PAP POSITIVO vs. PAP NEGATIVO)

Las pacientes con Papanicolaou Positivo tienen 4 o más hijos en un 42,2% frente a las pacientes que tienen Papanicolaou Negativo en un 28,7%. (Tabla 15).

La paridad está relacionada con tener una prueba de Papanicolaou Positivo con un $p = 0,001$ (tabla 16) y las pacientes que tienen 4 o más hijos tienen 1.818 veces más riesgo de tener una prueba de Papanicolaou Positivo que las pacientes que tienen una paridad de 3 o menos. (Tabla 17)

Tabla 15. Número de embarazos entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

		TIPO DE PAPANICOLAOU			
		POSITIVO *	NEGATIVO ¶	Total	
NÚMERO DE EMBARAZOS	4 o más	Recuento	68	142	210
		Recuento esperado	51,5	158,5	210,0
		%	42,2%	28,7%	32,0%
	3 o menos	Recuento	93	353	446
		Recuento esperado	109,5	336,5	446,0
		%	57,8%	71,3%	68,0%
Total		Recuento	161	495	656
		Recuento esperado	161,0	495,0	656,0
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* POSITIVO: Papanicolaou con Lesión Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.

¶ NEGATIVO: Papanicolaou Negativo a Células Neoplásicas.

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Tabla 16. Relación del número de embarazos, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	10,247 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	9,634	1	,002		
Razón de verosimilitud	9,947	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,002	,001
Asociación lineal por lineal	10,232	1	,001		
N de casos válidos	656				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 51.54.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 17. Estimación del Riesgo del número de embarazos, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para NÚMERO DE EMBARAZOS (4 o más / 3 o menos)	1,818	1,258	2,627
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = POSITIVO	1,553	1,190	2,027
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = NEGATIVO	,854	,769	,949
N de casos válidos	656		

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

B. USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (PAP POSITIVO vs. PAP NEGATIVO)

Las pacientes con Papanicolaou Positivo que si toman anticonceptivos orales son el 15,7% frente a las pacientes que tienen Papanicolaou Negativo en un 2,8% (Tabla 18).

El ser usuaria de anticonceptivos orales está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou Positivo con un $p = 0.00005$ (tabla 19) y las pacientes que son usuarias de anticonceptivos orales, tienen 6.406 veces más riesgo de tener una prueba de Papanicolaou Positivo que las pacientes que no son usuaria de anticonceptivos orales (tabla 20).

Tabla 18. Uso de anticonceptivos orales entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

		TIPO DE PAPANICOLAOU			
		POSITIVO *	NEGATIVO ¶	Total	
USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES	Si	Recuento	22	14	36
		Recuento esperado	7,9	28,1	36,0
		%	15,7%	2,8%	5,7%
	No	Recuento	118	481	599
		Recuento esperado	132,1	466,9	599,0
		%	84,3%	97,2%	94,3%
Total	Recuento	140	495	635	
	Recuento esperado	140,0	495,0	635,0	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

* POSITIVO: Papanicolaou con Lesión Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.

¶ NEGATIVO: Papanicolaou Negativo a Células Neoplásicas.

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Tabla 19. Relación de ser usuaria de anticonceptivos orales, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	33,886 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	31,519	1	,000		
Razón de verosimilitud	27,360	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	33,832	1	,000		
N de casos válidos	635				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.94.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 20. Estimación del Riesgo de ser usuaria de anticonceptivos orales, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (Si / No)	6,406	3,182	12,895
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = POSITIVO	3,102	2,283	4,216
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = NEGATIVO	,484	,321	,731
N de casos válidos	635		

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

C. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (PAP POSITIVO vs. PAP NEGATIVO)

Las pacientes con Papanicolaou Positivo que han tenido 4 o más parejas sexuales es un 4,1% siendo un número similar al de las pacientes que tienen Papanicolaou Negativo en un 4,8%. (Tabla 21)

El haber tenido 4 parejas sexuales o más, no está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou Positivo con un $p = 0,762$ (tabla 22), y las pacientes que han tenido 4 parejas sexuales o más, no tienen más riesgo de tener una prueba de Papanicolaou Positivo que las pacientes que han tenido 3 parejas sexuales o menos (tabla 23).

Tabla 21. Número de parejas sexuales entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

		TIPO DE PAPANICOLAOU		Total	
		POSITIVO *	NEGATIVO ¶		
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	4 o más	Recuento	5	23	28
		Recuento esperado	5,6	22,4	28,0
		%	4,1%	4,8%	4,7%
	3 o menos	Recuento	116	458	574
		Recuento esperado	115,4	458,6	574,0
		%	95,9%	95,2%	95,3%
Total	Recuento	121	481	602	
	Recuento esperado	121,0	481,0	602,0	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

* POSITIVO: Papanicolaou con Lesión Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.

¶ NEGATIVO: Papanicolaou Negativo a Células Neoplásicas.

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Tabla 22. Relación del número de parejas sexuales (4 o más), entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,092 ^a	1	,762		
Corrección de continuidad ^b	,004	1	,951		
Razón de verosimilitud	,095	1	,758		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,493
Asociación lineal por lineal	,092	1	,762		
N de casos válidos	602				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.63.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 23. Estimación del Riesgo de tener 4 o más parejas sexuales, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (4 o más / 3 o menos)	,858	,319	2,306
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = POSITIVO	,884	,393	1,988
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = NEGATIVO	1,029	,862	1,229
N de casos válidos	602		

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

D. NÚMERO DE ABORTOS (PAP POSITIVO vs. PAP NEGATIVO)

Las pacientes con Papanicolaou Positivo que tienen antecedente de haber abortado 1 o más veces es el 45,7% frente a las pacientes que tienen Papanicolaou Negativo es un 30,7%. (Tabla 24).

El tener antecedente de aborto está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou Positivo con un $p = 0.0004$ (tabla 25) y las pacientes que tienen antecedentes de aborto, tienen 1.898 veces más riesgo de tener una prueba de Papanicolaou Positivo que las pacientes que no han presentado antecedentes de aborto. (Tabla 26)

Tabla 24. Número de Abortos entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

NÚMERO DE ABORTOS		Recuento	TIPO DE PAPANICOLAOU		Total
			POSITIVO *	NEGATIVO ¶	
1 o más	Recuento	74	152	226	
	Recuento esperado	55,7	170,3	226,0	
	%	45,7%	30,7%	34,4%	
	Ninguno	Recuento	88	343	431
		Recuento esperado	106,3	324,7	431,0
		%	54,3%	69,3%	65,6%
Total	Recuento	162	495	657	
	Recuento esperado	162,0	495,0	657,0	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	

* POSITIVO: Papanicolaou con Lesión Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.

¶ NEGATIVO: Papanicolaou Negativo a Células Neoplásicas.

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Tabla 25. Relación del haber abortado, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	12,124 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	11,470	1	,001		
Razón de verosimilitud	11,812	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	12,106	1	,001		
N de casos válidos	657				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 55.73.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia



Tabla 26. Estimación del Riesgo de haber abortado, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para NÚMERO DE ABORTOS (1 o más / Ninguno)	1,898	1,319	2,729
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = POSITIVO	1,604	1,232	2,088
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = NEGATIVO	,845	,763	,937
N de casos válidos	657		

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

E. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES (PAP POSITIVO vs. PAP NEGATIVO)

Las pacientes con Papanicolaou Positivo que han iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años de edad son del 59,1% frente a las pacientes que tienen Papanicolaou Negativo que es un 42,2%. (Tabla 27).

La edad de inicio de las relaciones sexuales está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou Positivo con un $p = 0,000656$ (tabla 28) y las pacientes que han iniciado su vida sexual antes de los 18 años, tienen 1.979 veces más riesgo de tener una prueba de Papanicolaou Positivo que las pacientes que empezaron su vida sexual desde los 18 años. (Tabla 29)

Tabla 27. Edad de inicio de relaciones sexuales entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

		TIPO DE PAPANICOLAOU		Total	
		POSITIVO *	NEGATIVO ¶		
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	17 años o menos	Recuento	75	207	282
		Recuento esperado	58,0	224,0	282,0
		%	59,1%	42,2%	45,6%
	18 años a más	Recuento	52	284	336
		Recuento esperado	69,0	267,0	336,0
		%	40,9%	57,8%	54,4%
Total		Recuento	127	491	618
		Recuento esperado	127,0	491,0	618,0
		%	100,0%	100,0%	100,0%

* POSITIVO: Papanicolaou con Lesión Intraepitelial de Bajo o Alto Grado.

¶ NEGATIVO: Papanicolaou Negativo a Células Neoplásicas.

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

Tabla 28. Relación de haber iniciado relaciones sexuales, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	11,611 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	10,940	1	,001		
Razón de verosimilitud	11,589	1	,001		
Prueba exacta de Fisher				,001	,000
Asociación lineal por lineal	11,592	1	,001		
N de casos válidos	618				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 57.95.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

Tabla 29. Estimación del Riesgo de haber iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años, entre una prueba de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

	Valor	Intervalo de confianza de 95 %	
		Inferior	Superior
Odds ratio para EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES (17 años o menos / 18 años a más)	1,979	1,331	2,942
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = POSITIVO	1,718	1,253	2,358
Para cohorte TIPO DE PAPANICOLAOU = NEGATIVO	,868	,799	,944
N de casos válidos	618		

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

2. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A UNA PRUEBA DE PAPANICOLAOU CON LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO.

A. NÚMERO DE EMBARAZOS (PAP LIEAG vs. PAP NEGATIVO)

La paridad está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado con un $p = 0.000002$ (tabla 30) y las pacientes que tienen una paridad de 4 o más, tienen 4.475 veces más riesgo de tener una Lesión Intraepitelial de Alto Grado que las pacientes que tienen una paridad de 3 o menos. (Tabla 30)

B. USUARIA DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (PAP LIEAG vs. PAP NEGATIVO)

En relación al ser usuarias de anticonceptivos orales no se puede afirmar si existe relación o no, con relación a tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado a pesar de tener un $p = 0.036453$ porque más del 25% de las casillas han tenido un recuento menor que 5 (Tabla 30). Las pacientes que son usuarias de anticonceptivos orales, no tienen riesgo de tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado que las pacientes que no son usuaria de anticonceptivos orales. (Tabla 30)

C. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES (PAP LIEAG vs. PAP NEGATIVO)

El haber tenido 4 parejas sexuales o más, no está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado con un $p = 0.574111$ (Tabla 30), y las pacientes que han tenido 4 parejas sexuales o más, no tienen más riesgo de tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado que las pacientes que han tenido 3 parejas sexuales o menos. (Tabla 30)

D. NÚMERO DE ABORTOS (PAP LIEAG vs. PAP NEGATIVO)

El haber presentado antecedente de aborto está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado con un $p = 0.024117$ (Tabla 30). Las pacientes que han presentado antecedente de aborto, tienen 2.051 veces más riesgo de tener una Lesión Intraepitelial de Alto Grado que las pacientes que no han presentado antecedente de aborto. (Tabla 30)

E. EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES (PAP LIEAG vs. PAP NEGATIVO)

La edad de inicio de las relaciones sexuales está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado con un $p = 0.023099$ (Tabla 30). Las pacientes que han iniciado su vida sexual antes de los 18 años, tienen 2.370 veces más riesgo de tener una Lesión Intraepitelial de Alto Grado que las pacientes que empezaron su vida sexual desde los 18 años. (Tabla 30)

Tabla 30. Relación, riesgo entre los factores de riesgo y las Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado vs. Papanicolaou Negativo.

	PRUEBA CHI CUADRADO		ODDS RATIO		
	VALOR	SIG	INFERIOR	SUPERIOR	VALOR
PARIDAD ≥ 4 *	22.74920	0.000002	2.3115	8.66216	4.474648
ACO ¥	4.375801 ⁽¹⁾	0.036453	0.999355	13.559403	3.681122
ANDRIA ≥ 4 §	0.315852 ⁽²⁾	0.574111	0.342482	6.850941	1.531773
ABORTO ¶	5.086233	0.024117	1.087187	3.870897	2.051435
IRS ≤ 17 ¤	5.161017	0.023099	1.103994	5.086877	2.369785

* El ser pacientes con una paridad mayor o iguales a 4

¥ El ser usuarias de anticonceptivos orales

§ El haber tenido 4 parejas sexuales o más

¶ El tener antecedente de haber abortado

¤ El haber iniciado relaciones sexuales antes de los 18 años

(1) 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.00.

(2) 1 casillas (25.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.38.

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.

Elaboración propia

3. NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO POR TIPO DE PAPANICOLAOU

Las pacientes en su mayoría en un 69% presentan por lo menos 1 factor de riesgo.

La mayoría, el 33,5% de las pacientes tiene solo un factor de riesgo, siendo un porcentaje similar entre las pacientes con diagnóstico de LIEBG (35%) y NEGATIVO (34,1%); no siendo así con las pacientes con Papanicolaou con diagnóstico de LIEAG que tienen en su mayoría 40,5% dos factores de riesgo. (Tabla 31)

Tabla 31. Número de factores del Riesgo, entre las pruebas de Papanicolaou Positivo y una prueba de Papanicolaou Negativo.

		NÚMERO DE FACTORES DE RIESGO					Total	
			0	1	2	3	4	
PAPANICOLAOU POR TIPO DE LESIÓN	LIEAG	Recuento	7	9	17	8	1	42
		%	16,7%	21,4%	40,5%	19,0%	2,4%	100,0%
	LIEBG	Recuento	30	43	25	20	5	123
		%	24,4%	35,0%	20,3%	16,3%	4,1%	100,0%
	NEGATIVO	Recuento	167	169	109	49	1	495
		%	33,7%	34,1%	22,0%	9,9%	0,2%	100,0%
Total	Recuento	204	221	151	77	7	660	
	%	30,9%	33,5%	22,9%	11,7%	1,1%	100,0%	

Fuente: Recolección de datos de las historias clínicas, HCLLH, 2009 – 2013.
Elaboración propia

DISCUSIÓN

Siendo el cáncer de cuello uterino el segundo tumor maligno más frecuente, pudiendo ser por los factores socioculturales y reproductivos una de las causas; como son la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el número de parejas sexuales, el inicio prematuro de relaciones sexuales, antecedente de aborto, etc.

Se tuvo como problema principal el conocer a los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. También el tener conocimiento de la frecuencia de los tipos de Papanicolaou y los factores de riesgo sociales y reproductivos en las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología.

En el periodo de estudio el HCLLH realizó 3 874 Test de Papanicolaou, de los cuales 4 pertenecían a ITS y 165 a Papanicolaou Positivo (123 LIEBG y 42 LIEAG) que cumplieron los criterios de selección.

En relación a la Frecuencia de los tipos de Papanicolaou, nuestro estudio mostró mayor frecuencia del tipo de Papanicolaou con diagnóstico de Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado, siendo ASCUS 28.99% (49), resultado que también fue encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et., en donde la mayor frecuencia del tipo de papanicolaou fue ASCUS con 42,3%, del mismo modo que Gonzáles M, et al., donde la mayor frecuencia de tipo de papanicolaou fue ASCUS con 24,7%. Siendo estos resultados esperables puesto que la gran mayoría de las pacientes que presenta lesiones, son en su mayoría lesiones Intraepiteliales de bajo grado.

En relación a la edad promedio de las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou fue de 36 años (LIEAG: 40 años y LIEBG: 34 años). Resultado que también fue encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et al., en donde el rango de la edad fue entre los 34 a 44 años de edad, en donde su muestra eran las pacientes con citología positiva. Al igual

que en el estudio realizado por Cabrera Arenas JC, en donde el promedio de edad fue 50 años, siendo la mínima 22 y máxima 99, , en donde su muestra eran las pacientes con cáncer de cuello uterino, el cual se correlaciona con las pacientes con diagnóstico de LIEAG señaladas en nuestro estudio. Pero difiere al encontrado en el estudio realizado por Daudinot Cos CE, et al, en donde el rango de la edad fue entre 20-24 años, siendo el motivo de la diferencia con respecto a la selección de su muestra, puesto que su muestra fueron las pacientes menores de 24 años, a diferencia de nuestro estudio, que se usó a toda la población. También difiere en el estudio realizado por Martínez Pinillo A, et al., en donde el rango de la edad fue entre los 25 y los 30 años, siendo el motivo de la diferencia con respecto a la selección de su muestra, puesto que su muestra fueron las pacientes menores de 30 años, a diferencia de nuestro estudio, que se usó a toda la población. También difiere en el estudio realizado por Saldaña Escobedo AE, et al., en donde el 56% de las pacientes tuvieron 45 años de edad a más, siendo el motivo de la diferencia con respecto a la selección de su muestra, puesto que su muestra fueron las pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello, a diferencia de nuestro estudio, que se usó a toda la población. También difiere en el estudio realizado por Sarduy Nápole M, en donde en un 72 % mujeres el rango de edad esta entre los 25 y 39 años, en donde su muestra eran las pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado, el cual no se correlaciona con las pacientes con diagnóstico de LIEAG señaladas en nuestro estudio, probablemente debido a que existen otros factores que hayan condicionado tener LIEAG en pacientes más jóvenes.

En relación a la edad promedio de la primera menstruación de las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou, nuestro estudio mostró que fue 13 años, indistintamente al tipo de lesión. Resultado similar al encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et al., en donde la edad promedio de la primera menstruación fue entre los 11 y 12 años.

En relación al grado de instrucción de las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou, nuestro estudio mostró que mayoritariamente tienen nivel secundaria 63,97% (65,05% LIEBG y 60,61% LIEAG).

Resultado que difiere al encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et al., en donde mayoritariamente un 44,92% tienen por grado de instrucción primaria, probablemente debido a que la muestra era solo de 69 pacientes a diferencia de nuestro estudio con 165 pacientes.

En relación al hábito de fumar, las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou, en nuestro estudio mostraron que las pacientes mayoritariamente no fuman siendo el 99,94%. Resultado similar al encontrado en el estudio realizado por Saldaña Escobedo AE, et al., en donde el 4% son fumadoras. Pero estos resultados difieren al encontrado en el estudio realizado por Cabrera Arenas JC en donde el 50% consumen cigarrillos al igual que el estudio de Sarduy Nápole M en donde el 56,7% refiere tener hábito de fumar, probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas y sólo de las historias clínicas, más no de fuentes primarias. Pudiendo ser también debido a que las pacientes que acuden al hospital son en su mayoría fruto de la migración del interior del País y algunas de las familias viven en estado de pobreza, por ello no pudieran tener los vicios de la ciudad ni los medios para solventarlas.

En relación al motivo más frecuente para hacerse el test de Papanicolaou, en nuestro estudio mostraron que es por estar gestando en un 50,6% pero en el caso de tener LIEAG es por seguimiento en un 50%. Resultados que difieren al encontrado en el estudio realizado por Fleites YA, et al., en donde el principal motivo es la cervicitis 84,7%, probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas. Pudiendo ser también al poco conocimiento de la salud pública, puesto que las pacientes que acuden al hospital son familias que viven en estado de pobreza y en su mayoría fruto de la migración del interior del País y tienen costumbres que dificultan la cercanía a exámenes médicos que exponen mucho el pudor.

En relación al estado civil, en nuestro estudio mostró que predominó ser conviviente en un 66,7% (LIEAG: 62,1% y LIEBG: 68%). Resultados que difieren al encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et al., en donde el estado civil que predominó fue ser casado en un 46,37%,

probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas.

Nuestro estudio mostró que mayoritariamente las pacientes no usan métodos anticonceptivos 50,4%. Pero usan depo-provera en un 20,6% (LIEAG: 22,6% y LIEBG: 20%). Resultado similar al encontrado en el estudio realizado por Daudinot Cos CE, et al., en donde el 67,3% no usan anticonceptivos.

Resultados que difiere al encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et al., en donde el 49,48% de los métodos anticonceptivos usados son los anticonceptivos orales, probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas. Pudiendo ser también debido a que las pacientes que acuden al hospital son en su mayoría fruto de la migración del interior del País de las cuales algunas viven en estado de pobreza y tienen costumbres en donde pudiera imperar el machismo que dificultan la cercanía a la consejería respectiva para el uso de anticonceptivos.

En relación al número de embarazos, en nuestro estudio mostró que predomino tener menos de 4 embarazos en un 57,8% (LIEAG: 35,7% y LIEBG: 65,5%), pero en relación a LIEAG predomino tener 4 a más embarazos en un 64,3%. Resultado similar al encontrado en el estudio realizado por Cabrera Arenas JC, en donde el número de embarazos que predomino fue de 3 a más hijos en un 68.52%, siendo similares si comparamos con las LIEAG y las pacientes de ese estudio puesto que eran pacientes con cáncer de cuello uterino. Resultados que difiere al encontrado en el estudio realizado por Cevallos Boada LA, et al., en donde el número de embarazos que predomino fue de 3 a 5 en un 46,3%; probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas.

En nuestro estudio mostró que son usuarias de anticonceptivos orales en un 15,7% (LIEAG: 9,7% y LIEBG: 17,4%). Resultados similar al encontrado en el estudio realizado por Saldaña Escobedo AE, et al., en donde son usuarias de anticonceptivos orales en un 7%.

En nuestro estudio mostró que el número de parejas sexuales en un 95,9% (LIEAG: 92,9% y LIEBG: 96,8%) son 3 o menos. Resultados similares a los encontrados en los estudios realizados por Fleites YA, et al., en donde el número de parejas sexuales son de 1 a 3; Cevallos Boada LA, et al., el número de parejas sexuales son de 1 a 3 siendo el 83,78% de las pacientes; Cabrera Arenas JC, el número de parejas sexuales son menos de 5 siendo el 94,44% de las pacientes; Saldaña Escobedo AE, et al., el número de parejas sexuales son más de 2 siendo el 47% de las pacientes. Resultados que difiere al encontrado en el estudio de Daudinot Cos CE, et al., siendo el número de parejas sexuales de 3 o más siendo el 62,2% de las pacientes, probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas.

En nuestro estudio mostró que la edad de inicio de relaciones sexuales en un 59,1% (LIEAG: 63,3% y LIEBG: 57,7%) fue antes de los 18 años. Resultados similares a los encontrados en los estudios realizados Daudinot Cos CE, et al., en donde el inicio de relaciones sexuales fue entre los 15-17 años; Cevallos Boada LA, et al., en donde el inicio de relaciones sexuales fue entre los 16 y 19 años en un 47,83%; Saldaña Escobedo AE, et al., en donde el inicio de relaciones sexuales fue antes de los 18 años en un 77%; Sarduy Nápole M, en donde el inicio de relaciones sexual fue en un 44,7%. Resultados que difiere al encontrado en el estudio de Cabrera Arenas JC, en donde el inicio de relaciones sexuales fue entre 18 y 20 años en un 62,96%, probablemente difieran debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas.

En nuestro estudio mostró que los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia a Papanicolaou con diagnóstico de LIEAG fueron: La paridad, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales. Resultados similares a los encontrados en los estudios realizados por Cabrera Arenas JC, en donde los factores de riesgo asociados fueron: exposición a VPH y paridad; al igual que en los estudios realizados por Martínez Pinillo A, et al., en donde los factores de riesgo asociados fueron: la precocidad sexual y la presencia de HPV. Siendo el resultado que difieren con respecto a la exposición al HPV, debido a que en el presente estudio no se evaluó dicho factor de riesgo.

En nuestro estudio mostró que los factores de riesgo asociados con mayor frecuencia a Papanicolaou Positivo fueron: La paridad, el antecedente de haber abortado, ser usuaria de anticonceptivos orales y el inicio de relaciones sexuales. Resultados similares a los encontrados en los estudios realizados por Cabrera Arenas JC, en donde los factores de riesgo asociados fueron: exposición a VPH y paridad; al igual que en los estudios realizados por Martínez Pinillo A, et al., en donde los factores de riesgo asociados fueron: la precocidad sexual y la presencia de HPV. Siendo el resultado que difieren con respecto a la exposición al HPV, debido a que en el presente estudio no se evaluó dicho factor de riesgo.

En nuestro estudio mostró que las pacientes en su mayoría en un 69,1% presentan por lo menos 1 factor de riesgo. Resultados similares a los encontrados en los estudios realizados por Cabrera Arenas JC, en donde el 97.1% de las fichas de las pacientes, se encontró por lo menos un factor de riesgo.

Los resultados de la presente investigación, fueron obtenidos a través de la recolección de datos de las historias clínicas cuyos números fueron obtenidos del libro de Planificación Familiar y registro de Papanicolaou, quedando registro de todas las actividades mencionadas por medio de fotografías, hojas de recolección de datos llenados.

En relación al instrumento utilizado “hoja de recolección de datos”, fue sometida al criterio de jueces expertos quienes observaron y recomendaron mejoras, para conseguir los resultados presentados.

Los resultados obtenidos corresponden a las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou en el servicio de Ginecología en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz del distrito de Puente Piedra, el cual se puede generalizar a los distritos aledaños de Lima Norte, debido a la similitud de características culturales, económicas y accesibilidad a un Hospital del

Ministerio de Salud del mismo nivel. Lo único que las diferencia es su ubicación geográfica.

Por otro lado, no es certero afirmar que estos resultados puedan ser aplicados a poblaciones que sean atendidas por EsSalud, La Sanidad de la policía, la Marina, una Institución Privada o un Hospital del Ministerio de Salud de mayor complejidad. A pesar de que su población sea similar, debido a las características de complejidad propias de cada hospital, puesto que no acudirían pacientes con Papanicolaou negativo, ni con lesiones de bajo grado, ya que solo acudirían los referidos con Lesiones de Alto grado y por ello, los resultados podrían variar.

Lo que sí podría generalizarse es la metodología empleada en la investigación, ya que las herramientas y los instrumentos empleados cumplen la función de averiguar al detalle y recopilar la información necesaria sobre las pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou en el servicio de Ginecología.

Una de las limitaciones fueron que al tener que eliminar algunos casos por no cumplir con los criterios de selección, de alguna manera influyo en que el número de casos sea reducido e impactando en los resultados y por ende en la interpretación, como es el caso de no poder afirmar que el ser usuarias de anticonceptivos orales está relacionado con tener una prueba de Papanicolaou con Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado y a su vez no se puede afirmar que exista riesgo; puesto que la asociación está limitada estadísticamente hablando por el limitado número de casos, siendo una manera de solucionarlo en posteriores trabajos aumentando el rango de estudio de estudio o haciendo que se cumplan con nuestros criterios de selección como mejorando el llenado de historias clínicas o efectivizar el proceso de registro de las pacientes, en las sucesivas historias clínicas y así no descartar casos.

CONCLUSIONES

Las lesiones de Papanicolaou que predominan son las lesiones Intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) entre las que destacan: ASCUS y Displasia Leve; y en cuanto a las Lesiones Intraepiteliales de alto grado (LIEAG) fueron en su mayoría: Displasia Severa y Displasia Moderada.

En cuanto a la frecuencia de factores de riesgo sociales tenemos:

La edad promedio de las pacientes con diagnóstico Papanicolaou Positivo, fue de 36 años, siendo mayores en las pacientes con el diagnóstico de LIEAG (40 años), frente a las pacientes con diagnóstico de LIEBG (34 años).

Las pacientes con Papanicolaou Positivo presentan indistintamente del grado de lesión, tienen por grado de instrucción Secundaria.

Las pacientes con Papanicolaou Positivo, indistintamente del grado de lesión en su gran mayoría no fuman.

En cuanto a la frecuencia de factores de riesgo reproductivos tenemos:

La edad de la primera gestación en promedio fue de 21 años y la edad de la primera menstruación en promedio fue de 13 años, indistintamente si tenían el diagnóstico de LIEAG o LIEBG.

Las pacientes con Papanicolaou Positivo, indistintamente del grado de lesión en su mayoría han tenido relaciones sexuales antes de los 18 años, han tenido tres parejas sexuales o menos, no han tenido antecedente de abortos, no usan métodos anticonceptivos, mayoritariamente no usan métodos anticonceptivos orales y son convivientes.

Las pacientes con Papanicolaou Positivo no presentan indistintamente del grado de lesión antecedentes de infección de transmisión sexual

Las pacientes con Papanicolaou Positivo, tienen mayoritariamente menos de cuatro hijos de manera similar las pacientes con el diagnóstico de LIEBG tienen menos de cuatro hijos. No siendo similar en el caso de las pacientes con diagnóstico de LIEAG en donde la mayoría ha tenido 4 o más embarazos.

Las pacientes con Papanicolaou Positivo, tienen por motivo más frecuente para hacerse el test de PAP la gestación, de manera similar las pacientes con el diagnóstico de LIEBG tienen por motivo de hacerse el test de Papanicolaou la gestación. No siendo similar en el caso de las pacientes con diagnóstico de LIEAG en donde el motivo de hacerse el test de PAP fue el seguimiento.

Los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y representan un riesgo fueron: La paridad, el ser usuaria de anticonceptivos orales, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales.

El número de parejas sexuales no están relacionados y no representan un riesgo de tener una prueba de Papanicolaou Positivo.

Los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y representan un riesgo fueron: La paridad, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales.

El ser usuaria de anticonceptivos orales y el número de parejas sexuales no están relacionados y no representan un riesgo de tener una prueba de Papanicolaou con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.

Las pacientes en su mayoría (69,1%) presentan por lo menos 1 factor de riesgo.

Las características más comunes en las pacientes con diagnóstico de lesión Intraepitelial de alto grado fueron: Tener 40 años en promedio, tener una edad en promedio de 21 años en la primera gestación, haber menstruando a los 13 años.

RECOMENDACIONES

Enfatizar la prevención de la toma de Papanicolaou en las pacientes de la cuarta década de la vida en adelante, puesto que son las pacientes que tienen mayor frecuencia para tener Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado, que van a ser las futuras pacientes en desarrollar cáncer.

Mejorar la educación sexual en jóvenes puesto que mayoritariamente inicial su vida sexual antes de los 18 años de edad.

Tener consideración a las pacientes que han tenido 4 o más embarazos, puesto que son las pacientes que más frecuentemente hacen Lesiones Intraepiteliales de Alto grado.

Mejorar el sistema de captación de pacientes para la toma de Papanicolaou, puesto que la mayoría solo lo hace cuando está gestando o ya como seguimiento y no como medida de descarte.

Tener presente que existen factores de riesgo que está ligado a la paridad, el uso de anticonceptivos orales, el haber abortado, y el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años.

Tener presente que la mayoría presenta por lo menos 1 factor de riesgo para desarrollar un test de Papanicolaou positivo, para ello se debería tomar medidas preventivas promocionales y disminuir los factores de riesgo prevenibles.

Concientizar a la población de la importancia de realizarse la prueba de Papanicolaou, que es sencilla y ambulatoria.

Sería conveniente, que se elaboren formatos de historias clínicas para llenarlos rutinariamente a todas las pacientes que se realizan la prueba de Papanicolaou, para así tener mejores datos clínicamente relevantes a esta patología.

Para futuras investigaciones sería conveniente tener un registro de las pacientes a quienes se les aplicó la vacuna contra el VPH para poder hacer futuros trabajos de investigación sobre la eficacia con relación a factores de riesgo ya conocidos.

Para los futuros investigadores sería conveniente orientar la investigación a solucionar la problemática de la toma de Papanicolaou generando propuestas para incentivar la toma de este, el cual es sencillo, barato y una prueba de tamizaje muy útil.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

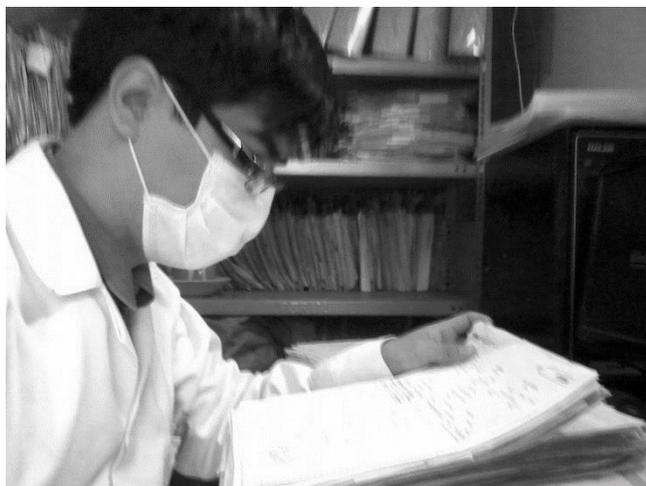
1. Luciani S, Winkler J. Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas. Washington, D.C.: PAHO; 2006. Report No.: ISBN: 92 7 532674 6.
2. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación: Estrategias de Prevención del cáncer cervicouterino con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2012.
3. World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. [Online], 2012 [Citado 2014 Junio 11]. <http://globocan.iarc.fr/ia/World/atlas.html>
4. Organización Panamericana de la Salud. [Online]. [citado 2014 Abril 02]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17244&Itemid=
5. World Health Organization. WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Suiza: World Health Organization; 2013. Report No.: ISBN 978-92-4-150514-7.
6. Ramos Muñoz WC, Venegas Ojeda DR, Medina Osis JL, Guerrero León PC, Cruz Martínez A. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima: Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Epidemiología; 2013. Report No.: ISBN: 978-9972-820-99-1.
7. Fleites YA, González Deben MR, Vázquez Martínez VR, González Alonso JÁ, Enríquez Corona I, Leyva Betancourt IM. Lesiones de cuello uterino en mujeres menores de 25 años. Medisur. 2011 Noviembre; 9(6).
8. Daudinot Cos CE, Rodríguez Spínola A, Sáez Cantero VdIC, de la Torre Jiménez AI. Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes. Medisur. 2011 octubre 6; 9(5).

9. 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: Universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud: Escuela de Enfermería; 2012.
10. González M, Murillo R, Osorio E, Gamboa Ó, Ardila J. Prevalencia de anomalías citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Cancerol. 2010; 14(1): p. 22-28.
11. Cabrera Arenas JC. Distribución de los factores de riesgo en el cáncer de cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, 2006-2011. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana; 2012.
12. Díaz Salcedo DA. Valoración de los factores que influyen en la no realización del PAP *test* en mujeres de 35 a 50 años en la parroquia de Juan Benigno Vela, provincia de Tungurahua. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud: carrera de Medicina; 2013.
13. Martínez Pinillo A, Díaz Ortega I, Carr Pérez A, Varona Sánchez JA, Borrego López JA, de la Torre AI. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2010; 36(1): p. 52-65.
14. Saldaña Escobedo AE, Díaz Plasencia JA. Factores epidemiológicos asociados al cáncer de cuello uterino en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) "Luis Pinillos Ganoza" - Norte. Enero 2008 - octubre 2009. Acta Médica Orreguiana Hampi Runa. 2010; 10(2): p. 159-169.
15. Sarduy Nápoles M. Características clínicas y sociodemográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2008 Mayo-agosto; 34(2).
16. Treviño Salinas EM, Vidal Gutiérrez O, Saldívar Rodríguez D, Luna Rivera MJ, Castillo Sáenz L, Núñez Álvar RD, et al. Evaluación de la incidencia de

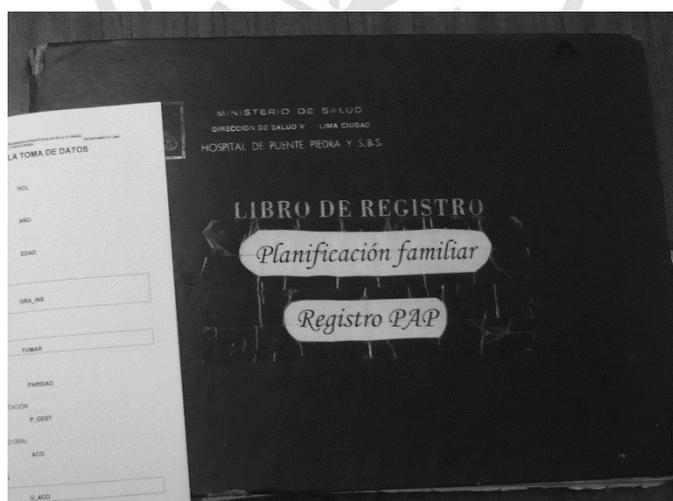
displasia cervical en embarazadas en un Hospital Universitario. Medicina Universitaria. 2010; 12(49): p. 213-215.

17. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales. Ginebra; 2007. Report No.: ISBN 978 92 4 354700 8.
18. Leon Cruz G, Bosques Diego OdJ. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005; 31(1).
19. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Norma técnico - oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Norma - Técnica. Lima: INEN, OPD; 2008.
20. Lacruz Pelea C, Fariña González J, Sáenz Santamaría J, Fernández IC, López García Asenjo JA, Vilaplana Vilaplana E, et al. Citología Ginecológica: de Papanicolaou a Bethesda Madrid: Complutense.
21. López Reyes L, Cardichz R, Gómez C, Espinoza Barco M, Cáceres G ESOC, Morales O, et al. Manual de Normas y procedimientos para la prevención del cáncer de cuello uterino Parra Vergara J, Mier Cruz R, editors. Lima: Dirección de programas sociales: Programa Nacional de Planificación Familiar; 2000.
22. Lacruz Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). REV ESP PATOL. 2003; 36(1): p. 5-10.
23. Castañeda MS, Toledo R, Aguilera M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. Salud Pública de México 199840330-338. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640405>. Fecha de consulta: 11 de junio de 2014.

ANEXOS



Recolección de datos en el Departamento de Estadística



Libro de Registro de Papanicolaou