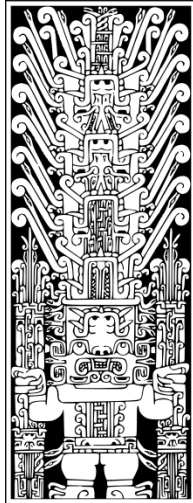


UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL

Facultad de Medicina Humana “Hipólito Unanue”

Escuela Profesional de Obstetricia



**“FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES CERVICALES ,ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE
“ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA Y MAMAS” DEL HOSPITAL NACIONAL
ARZOBISPO LOAYZA EN LOS MESES DE ENERO 2016 A SEPTIEMBRE
DEL 2017”**

RISK FACTORS IN PATIENTS WITH CERVICAL SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL

LESION, SERVED AT THE "GYNECOLOGICAL ONCOLOGY AND MOMS" SERVICE OF

THE ARZOBISPO LOAYZA NATIONAL HOSPITAL IN THE MONTHS OF JANUARY 2016

TO SEPTEMBER 2017

ASESOR:

Dr. Augusto Díaz

AUTOR:

Anicama Juape, Alexandra Marcela

Tesis para optar por el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

LIMA-PERÚ

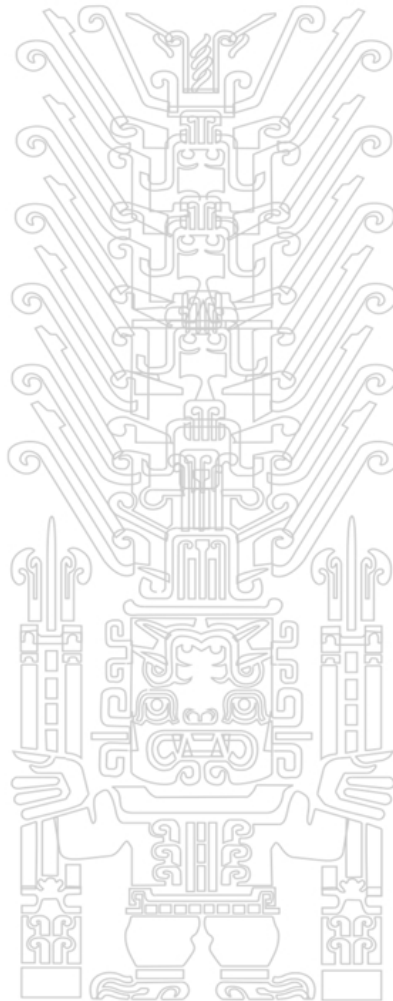
2018

ÍNDICE

CARÁTULA	I
ÍNDICE	II
DEDICATORIA	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
Base teórica.....	2
Lesiones intraepiteliales escamosas	2
Virus del papiloma humano.....	2
Estadísticas del cáncer de cuello uterino.....	3
Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino.....	4
Factores relacionados con la reproducción.....	5
Factores por las características de la conducta sexual.....	7
Factores relacionados al consumo de métodos anticonceptivos orales.....	8
Factores psicosociales.....	8
Citología (Método Bethesda).....	9
Antecedentes.....	10
Objetivo.....	14
METODOS	15
Tipo de estudio.....	15
Población.....	15
Criterios de inclusión:.....	15
Criterios de exclusión.....	15
Muestra.....	15
Instrumentos y Procedimientos.....	16
Análisis de datos.....	16
Aspectos éticos.....	16
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	33
CONCLUSIONES	37
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXO 1	43
ANEXO 2	46

Dedicatoria:

Para mi madre , quien es el pilar fundamental en mi vida , a mi padrino Juan , quien es un gran ejemplo para mí , además de contar siempre con su apoyo. A mis abuelos Berenice y Orestes, quienes cuidaron de mí durante muchos años y aún lo hacen desde el cielo; y a todos aquellos quienes pudieron brindarme su apoyo para poder culminar este estudio.



RESUMEN

Objetivos: Determinar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales en mujeres atendidas en el servicio de “Oncología ginecológica y mamas” del “Hospital Nacional Arsobispo Loayza” en los meses de Enero 2016 a Septiembre del 2017.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo de tipo cualitativo, retrospectivo, de corte transversal, y analítico, para lo cual se incluyeron 80 mujeres, que acudieron a realizarse un Papanicolaou en el servicio de “Oncología ginecológica y mamas”, con resultado de LIE . Se realizó un análisis univariado, utilizando chi cuadrado. Se consideró como significativo un $p < 0,05$. **Resultados:** El 75% de nulíparas fueron diagnosticadas con LIEBG y el 35% con LIEAG. En el caso de las multíparas bajas, el 63.6% se diagnosticó con LIEBG y el 36.4% con LIEAG. Las multíparas altas con LIEBG en un 67.4% y en 32.6% con LIEAG. El mayor porcentaje inició su actividad sexual antes de los 18 años (55.8%), de los cuales el 72.1% obtuvo una LIEBG y un 27.9% LIEAG. Aquellas pacientes con [0-3] parejas sexuales obtuvieron en su mayoría LIEBG (65.8%). Los demás casos [>3] parejas sexuales obtuvieron como resultado LIEBG. En la mayoría de los casos reportados no emplean ningún método anticonceptivo (87%) ($p < 0,05$). **Conclusión:** Fueron identificados los factores de riesgo: número de parejas ($p = 0.015$), edad de inicio de relaciones sexuales ($p = 0.036$) y número de gestaciones ($p = 0.001$), con respecto al tipo de lesión diagnosticada. **Palabras clave:** Factores de riesgo, Lesión intraepitelial escamosa.

ABSTRACT

Objectives: To determine the risk factors that influence the incidence of cervical intraepithelial squamous lesions in women attended in the service of "Gynecological and breast Oncology" of the "National Hospital Arsobizpo Loayza" in the months of January 2016 to September 2017.

Materials and Methods: A qualitative, retrospective, cross-sectional, and analytical study was carried out, for which 80 women were included, who attended a Pap smear at the "Gynecological and breast oncology" service, with the result of LIE. . A univariate analysis was performed, using chi square. A $p < 0.05$ was considered significant. **Results:** 75% of nulliparous women were diagnosed with LIEBG and 35% with LIEAG. In the case of low multiparous women, 63.6% were diagnosed with LIEBG and 36.4% with LIEAG. The high multiparous with LIEBG in 67.4% and in 32.6% with LIEAG. The highest percentage started their sexual activity before the age of 18 (55.8%), of which 72.1% had a LIEBG and 27.9% LIEAG. Those patients with [0-3] sexual partners obtained mostly LIEBG (65.8%). The other cases [> 3] sexual partners resulted in LIEBG. In most of the cases reported, they did not use any contraceptive method (87%) ($p < 0.05$). **Conclusion:** The risk factors were identified: number of couples ($p = 0.015$), age of initiation of sexual relations ($p = 0.036$) and number of pregnancies ($p = 0.001$), with respect to the type of lesion diagnosed. **Key words:** Risk factors, Squamous intraepithelial lesión.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer cervicouterino sigue siendo la primer causa de morbimortalidad en mujeres de países en desarrollo. Según la OMS, al año se producen aproximadamente 466 000 casos nuevos, el 80% de ellos en países en desarrollo y con tasas de mortalidad cercanas a los 274 000 muertes por año. En Perú llega a ser la primera causa de muerte por cáncer. (Luciani, Cabanes , Prieto-Lara y Gawryszewski, 2013)

En las últimas décadas, los tamizajes mediante la citología convencional han llegado a disminuir la incidencia de cáncer cervicouterino en muchos países desarrollados (Vesco, Whitlock, Eder, Burda, Senger y Lutz, 2011). Sin embargo, aún es necesario establecer políticas de tamizaje con mayor cobertura en países en desarrollo, puesto que hasta el momento continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en estas zonas (Sankaranarayanan, Budukh y Rajkumar, 2001).

Así el Perú, desde 1998 el Ministerio de Salud aplicó el Plan Nacional para la Prevención del Cáncer Ginecológico (cáncer de mama y cáncer cervicouterino). En el 2000, se publicó el Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención del Cáncer de Cuello Uterino, que incluye además de la prueba de Papanicolaou, la Inspección Visual con Ácido Acético como método de tamizaje y la crioterapia como método de tratamiento (PAHO, 2006). A pesar de ello, los servicios de tamizaje en el Perú han afrontado diversos desafíos siendo insuficiente en muchas oportunidades. (PAHO, 2006) Adicional a la falta de impacto, y como indicador de las deficiencias en los programas de tamizaje, no existen datos acerca de las lesiones de alto o bajo grado

diagnosticados con la prueba de papanicolau, lo cual es indispensable para promover campañas de prevención, con el fin de mejorar el pronóstico de esta patología. Por lo expuesto, se decidió realizar el presente trabajo, con especial énfasis en la identificación de factores de riesgo asociados a esta entidad, de este modo, identificar aquellas mujeres propensas a presentar lesiones intraepiteliales y ofrecerles un tratamiento precoz y oportuno.

Base teórica

Lesiones intraepiteliales escamosas

En las LIE encontramos citologías anormales presentes en el epitelio del cérvix. La LIE de grado bajo es ocasionada por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y es un hallazgo anormal común en la prueba de Papanicolaou “Con frecuencia, desaparece por sí sola sin necesidad de tratamiento, pero, algunas veces, las células anormales se vuelven cancerosas y se diseminan al tejido normal cercano. La lesión escamosa intraepitelial de grado bajo se llama, a menudo, displasia leve y las de alto grado pueden ser displasia moderada, grave y cáncer in situ” (National Cancer Institute: Diccionario de cáncer, 2017)

Virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente, para desarrollar cáncer de cuello uterino. (World Health Organization., 2014.) Muchas mujeres se infectan con el VPH alguna vez en su vida, usualmente al inicio de la actividad sexual. La mayoría de infecciones se resolverán espontáneamente a los 6 y hasta los 24 meses. (World Health Organization, 2014.)

3.1.3. Fisiopatología

El primer paso para el desarrollo del CCU es la infección del cuello uterino por un VPH de tipo oncogénico. La mayoría de infecciones se resuelven espontáneamente, sin embargo algunas pocas persistirán. Con la infección persistente, las células epiteliales podrán progresar a células pre malignas y luego a carcinoma e invasión de la membrana basal. Algunos tipos de VPH de alto riesgo tienen más riesgo de persistir. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables del 70% de cánceres cervicales. (JA, 2009;) Los siguientes tipos más comunes son 31, 33, 35, 45, 52 y 58 y causan el 20%.

Las infecciones cervicales con VPH de alto riesgo tienen menos probabilidad de resolverse espontáneamente e incrementan el riesgo de progresar a una lesión intraepitelial. Debido a que sólo una pequeña proporción de las infecciones de VPH progresan a cáncer, otros cofactores, externos y propios del huésped, deben estar involucrados en el proceso de carcinogénesis. (Clifford GM, 2005)

Estadísticas del cáncer de cuello uterino.

En el Perú, cada 5 horas muere una mujer por cáncer cervical. El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres. El Centro de Información de VPH y Cáncer del Institut Català d'Oncologia que recopiló datos epidemiológicos sobre VPH y cáncer en el 2016, realizó un reporte sobre el cáncer de cuello uterino en el Perú en base a la información disponible en Globocan. (Dirección general de epidemiología, 2013), Se estima que en el 2012 hubo 4636 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino. (Jaisamram U, 2013). La incidencia estandarizada por edad es de 32.7 para

Perú, 20.3 para Sudamérica y 14.0 para el mundo. El riesgo acumulado de cáncer de cuello uterino a los 75 años es 3.4% en Perú, 2.0% en Sudamérica y 1.4% en el mundo (WHO, 2012)

También para el 2012, la tasa cruda de mortalidad estimada fue de 11.6 y la tasa de mortalidad estandarizada por año fue de 12.0, mientras que en Sudamérica fue de 8.6.

La tasa ajustada de mortalidad por cáncer de cuello uterino varió de 7.9 muertes por 100,000 habitantes en el 2001 a 5.7 en el 2011. Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto un problema de salud pública. El cáncer de cuello uterino afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75 años, es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados (Organization, 2012). En el Perú, el cáncer de cuello uterino es el cáncer más frecuente en Loreto (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali 28.6%, Madre de Dios 28.5% y Moquegua 28.4%. Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto 18.0%, Huánuco 12.8%, Ucayali 10.3%, con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima 4.2%. (Dirección general de epidemiología, 2013)

Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino

En el cáncer cervicouterino, el estudio de los factores de riesgo permiten recoger información sobre las diferentes características que presentan los pacientes afectados, con el fin de identificarlos y proveer elementos que orienten las actividades

específicas que mejoran la calidad de atención del profesional de la salud. (Ravela, 2013)

Los factores de riesgo que se estudiarán en la presente investigación, son los siguientes:

Factores relacionados con la reproducción

Número de gestaciones y partos

La paridad como concepto demográfico, es el número promedio de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida reproductiva o fértil, llamado también índice de fecundidad o tasa de fecundidad. (American Cancer Society 2015).

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud refiere que el número de hijos, es el número promedio esperado de hijos que habría de tener una mujer durante su vida, si en el transcurso de sus años reproductivos experimentase las tasas de fecundidad específicas por edad prevalentes en un determinado año o periodo, para un determinado país, territorio o área geográfica. (Silva BR, 2014).

Por otro lado, al relacionar el comportamiento del número de hijos o la paridad con la aparición de citologías alteradas a nivel cervicouterino, se ha establecido que es significativo en mujeres con tres o más partos que según el riesgo relativo, incrementa en 3,9 veces la posibilidad de presentar citologías alteradas; así tenemos que las mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo de 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial. Luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce, aumenta en cinco veces. (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

En cuanto a la clasificación del número de hijos que tiene la mujer, Ávila y Plaza. (2012), en su estudio sobre frecuencia y tipo de lesiones cervicouterinas en mujeres de 20 a 60 años de la parroquia El Valle 2011, denominó como nulíparas a aquellas que no tenían ningún hijo, paridad baja a tener uno a dos hijos y multiparidad a tener más de 3 hijos. (Avila Rodas Diego, 2012)

Número de abortos

Se denomina aborto a la interrupción voluntaria o involuntaria del desarrollo del embrión o el feto durante el embarazo, antes de que éste haya llegado a las veinte semanas y esté en condiciones de vivir fuera del vientre materno. Una vez pasado ese tiempo, a la terminación del embarazo antes del parto se denomina parto pretérmino. Existen dos tipos de abortos: el espontáneo o natural y el provocado o inducido. El aborto espontáneo ocurre cuando un feto se pierde o el embarazo finaliza por causas naturales, sucede entre el 10% y el 50% de casos y suele estar condicionado por la salud y la edad materna; mientras que el aborto inducido es provocado adrede con el objetivo de eliminar el feto, sea con asistencia médica o sin ella, cerca de 46 millones de mujeres al año recurren a esta práctica en todo el mundo, de ellos cerca de 20 millones practican abortos inseguros, que ponen en riesgo la vida de la mujer. (Pérez J, 2012)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto peligroso como una intervención destinada a la interrupción de un embarazo practicada ya sea por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas o ambas cosas a la vez. Esta definición se conceptualizó en el marco de unas nuevas directrices sobre la gestión de las

complicaciones en un aborto provocado y debía interpretarse en ese contexto y en base a la guía técnica. (Ganatra B, 2014)

Respecto a la relación entre aborto y cáncer cervicouterino, las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2,3 de desarrollar cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4,92 de desarrollar la enfermedad. Estos porcentajes incrementados de cáncer para el caso de mujeres que han abortado se vinculan aparentemente a la interrupción no natural de los cambios hormonales que acompañan al embarazo, así como a las lesiones cervicales producidas durante el procedimiento y que no fueron tratados oportunamente, así, entre 2 a 3 % mujeres con aborto pueden sufrir perforación del útero que quedan sin ser diagnosticadas ni tratadas y se complican en posteriores embarazos, un 1% sufren importantes desgarros cervicales, laceraciones de menor envergadura o micro-fracturas, que normalmente no son tratadas. (ACIPRENSA, 2015)

Factores por las características de la conducta sexual

Número de compañeros sexuales

Aquellas personas que tienen más de dos parejas sexuales en un periodo de al menos seis meses corren más riesgo de adquirir una ITS que tienen relación con el inicio de la transformación neoplásica cervical. (Mendez, 2015)

Si uno de los miembros de la pareja tiene el antecedente de relaciones sexuales sin protección de barrera como preservativos también es un factor a considerar . (Rodríguez González D, 2014)

Edad de la primera relación sexual

En la actualidad es reconocido que el inicio de la vida sexual antes de 20 años aumenta el riesgo de aparición de LIE así como para el desarrollo cáncer de cérvix. (Mendez, 2015)

Las paciente que refirieron el inicio de vida sexual activa antes de los 18 años, incluso antes de los 20 años presentan mayor riesgo de presentar infección viral dada la vulnerabilidad del epitelio cervical en esas edades (Rodríguez González D, 2014)

Es por eso que en muchos estudios se ha evidenciado la presencia de LIE incluso en mujeres menores a 20 años. (Valdivia M, 2012).

Factores relacionados al consumo de métodos anticonceptivos orales

Existen investigaciones que evidencian que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. Los resultados de los estudios realizados por científicos del Instituto Nacional del Cáncer y otros investigadores apoyan una relación entre el uso prolongado de la píldora (cinco años o más) y un riesgo ligeramente mayor de cáncer de cérvix. Sin embargo, la naturaleza exacta de esta relación no está clara todavía. (Rodríguez González D, 2014)

Según el Instituto Nacional del Cáncer, encontró que usar anticonceptivos orales por un periodo de tiempo de cinco o diez años o más, incrementaba el riesgo de padecer cáncer de cérvix. (Barrios L, 2016)

Factores psicosociales

Hay gran cantidad de datos que son controvertidos respecto a la asociación que se da entre cáncer de cuello uterino y la condición económica, social o educativa. Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo tengan mayor incidencia de cáncer de cuello uterino; sin embargo, existen estudios que muestran a las

universitarias como las que más lo sufren. La pregunta es si esta condición implica mayor exposición al VPH o dificultades para acceder a los servicios de detección oportuna. (Benia, 2000)

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres de cuello uterino. (Sociedad Americana, 2015)

Citología (Método Bethesda)

El cáncer de cuello uterino va precedido por un largo periodo de transformación celular morfológicamente identificable que permite el cribado en estadios precoces de la enfermedad. (Hart KW, 2001) Aparte de los datos de localización e identificación de la muestra, la clasificación contiene apartados con respecto a lesiones cervicales tales como: se reporta negativo cuando la celularidad es normal, en muestras que presentan inflamación el reporte es cervicitis, o en caso de haber alteraciones en la morfología celular se reporta como ASCUS, ACGH, y así respectivamente. (Rodríguez V, 2014)

Antecedentes

Henriquez H y Ortega R **“Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas de cuello uterino a través de PAP , atendidas en el Hospital José Nieborowsk” 2015.** Realizó un trabajo de tipo de corte transversal, analizando los resultados de todas las mujeres que acudieron a realizarse la prueba de PAP en el Hospital José Nieborowski con el fin de determinar los factores de riesgo asociados. Se obtuvo como resultados que el 2% era analfabeto y el 54.7% no tenía ninguna ocupación. En cuanto al número de embarazos previos, se observó que el 20% tenía 3 o más embarazos previos. Respecto al número de abortos, el 16.7% tuvo 3 o más abortos previos. El 82.1% inició su vida sexual entre los 15 y 19 años. Con respecto al número de compañeros sexuales se observó que el 16.7% de las pacientes tuvo 3 o más compañeros sexuales. Cerca del 80% de las mujeres habían usado alguna vez anticonceptivos hormonales. En cuanto a la distribución del tipo de lesiones, se observó la siguiente distribución: NIC I 28.6% (n=24); NIC II 38.1% (n=32); NIC III 13.1% (n=21); y ASCUS 20.2% (n=17) (Henríquez y Ortega, 2015)

Cruz O **“Factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres de 20 a 55 años en el Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2010 a diciembre del 2014”.** 2015, tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres de 20 a 55 años en el Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2010 a diciembre del 2014, por lo cual realizó un trabajo de tipo transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino monitorizados por el Servicio de Ginecología del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Según sus resultados, los principales factores de Riesgo en la muestra estudiada fueron los antecedentes gineco-obstétricos entre ellos: el número de parejas sexuales, donde el 46,7%, presentó 4 o más parejas sexuales. el inicio de la vida sexual antes de los 15 años tuvo un porcentaje de 53,26%, el no uso de anticonceptivos (41,30%), así como 4 gestaciones o más (55,43%), por ultimo los antecedentes patológicos familiares en el cual mujeres con madres diagnosticas con Cáncer de Cérvix tuvieron un porcentaje alto de 58,70%. Por lo cual, se demuestra la importancia de concientizar a las a personas por medio de campañas informativas la necesidad del uso de métodos de barrera, una buena planificación familiar y un control ginecológico adecuado ayudaran a la prevención y detección temprana de la enfermedad. (Cruz Oña, 2015)

Campos-Muñoz R.C. **“Factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG) en los meses de enero 2009 a diciembre 2013” 2014**, en su trabajo realizado en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz en los meses de enero 2009 a diciembre 2013, con el objetivo de 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. Material y Método: Nivel analítico, tipo cuantitativo, método retrospectivo transversal observacional tipo caso – control. La población estuvo conformada por pacientes atendidas en el servicio de Ginecología en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Obteniendo como 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%. Concluye que los factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo y con LIEAG son: La paridad, el antecedente de haber abortado y el inicio de relaciones sexuales. (Campos-Muñoz, 2014)

Jacobo Torres S **“Factores de riesgo y cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de cáncer ginecológico”** 2016, tuvo por objetivo determinar los factores de riesgo de cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de cáncer ginecológico del Hospital Apoyo Iquitos, para lo cual realizó un trabajo retrospectivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por todas las pacientes mujeres de 15 años a más con diagnóstico de cáncer cervicouterino. Se utilizó la técnica del registro directo de los datos pertinentes relacionados con los factores de riesgo y el cáncer cervicouterino, a partir de la historia clínica de la mujer sujeto de estudio y como instrumento una ficha de Registro de Factores de Riesgo y Cáncer cervicouterino. Obteniendo como resultados en los factores de riesgo, 54,1% tenía edad del primer parto menor de 20 años, 57,1% tuvo paridad baja, 70% no tuvo abortos, y 71,4% no tenían antecedente familiar de cáncer cervicouterino; en el cáncer cervicouterino, el 60% estaba en grado I, 24,3% estaba en grado II, 11,4% estaba en grado III y 4,3% estaba en grado IV; al asociar factores de riesgo y cáncer cervicouterino, se obtuvo

relación estadística significativa entre aborto y cáncer cervicouterino ($p=0,013$; $p<0,05$) y entre antecedente familiar y cáncer cervicouterino ($p=0,0000$; $p<0,05$), y que no existe relación estadística significativa entre edad del primer parto y cáncer cervicouterino ($p=0,549$; $p>0,05$) y entre número de hijos y cáncer cervicouterino ($p=0,140$; $p>0,05$) (Jacobo Torres, 2016)

Ruiz Leud A **“Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano”** 2017 En su trabajo realizado en la Posta de Salud de Jesús María-Piura en el año 2015, realizaron un trabajo de tipo transversal analítico de datos secundarios. La población estuvo conformada por las mujeres sexualmente activas, usuarias de la posta médica municipal Jesús María de Talara. Se utilizó la técnica de la observación y como instrumento una lista de chequeo. Obteniendo como resultados que de las 144 mujeres encuestadas, el 20% tuvo una alteración citológica y el 26% no se habían realizado la prueba hace más de 3 años. El 14% fue positivo para lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, el 1% tuvo un carcinoma escamoso invasor. Al realizar el análisis multivariado, se obtuvo una asociación entre lesión citológica y VPH ($p<0,001$), el tener inflamación severa ($p<0,001$), el tener un germen ($p=0,001$) y el haber iniciado las relaciones sexuales a los 14 años o menos ($p=0,024$), ajustado por el usar anticonceptivos y el haberse realizado un Papanicolaou. (Ruiz-Leud, 2017)

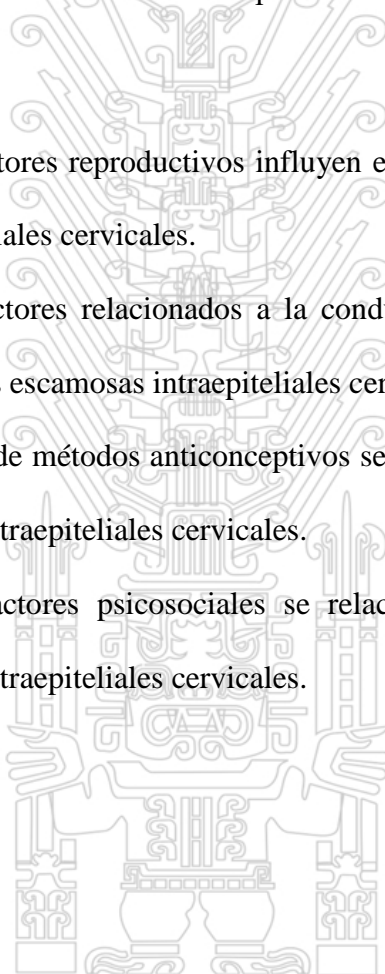
Objetivo

Objetivo General

- Determinar los factores de riesgo que influyen en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales en mujeres atendidas en el servicio de “Oncología ginecológica y mamas” del “Hospital Nacional Arsobispo Loayza” en los meses de Enero 2016 a Septiembre del 2017.

Objetivos específicos

- Determinar si los factores reproductivos influyen en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales.
- Determinar si los factores relacionados a la conducta sexual influyen en la incidencia de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales.
- Determinar si el uso de métodos anticonceptivos se relaciona con los casos de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales.
- Determinar si los factores psicosociales se relacionan con los casos de lesiones escamosas intraepiteliales cervicales.



Tipo de estudio

Se realizó un trabajo de tipo cualitativo, retrospectivo, de corte transversal, y analítico.

Población

Finita – heterogénea. Constituida por todas las pacientes que acudieron al servicio de Oncología ginecológica y mamas del “Hospital Nacional Arzobispo Loayza” y se realizaron un Papanicolaou, resultando positivo entre los meses de enero 2016 y septiembre 2017.

Criterios de inclusión:

- Todas las pacientes con resultado de Papanicolaou de lesión intraepitelial escamosa confirmada que acudieron al servicio de “oncología ginecológica y mamas” en los meses de enero 2016 a septiembre 2017

Criterios de exclusión

- Pacientes que no accedieron a participar del estudio
- Pacientes embarazadas, histerectomizadas, conizadas previas o con infecciones que pudieran alterar el resultado.
- Pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales atípicas o de significancia indeterminada.

Muestra

La muestra lo constituyeron 80 mujeres, que acudieron a realizarse un Papanicolaou en el servicio de “Oncología ginecológica y mamas”, con resultado de lesión intraepitelial escamosa en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Instrumentos y Procedimientos

En primer lugar, se identificaron a todas las pacientes con resultados positivos de LIE durante los meses de Enero del 2016 a Setiembre del 2017. Se contó con una ficha de recolección de datos, en donde se registraron los datos de forma directa a partir de las historias clínicas. En dicha ficha se colocaron los datos correspondientes a: conducta sexual, factores reproductivos, uso de métodos anticonceptivos y factores psicosociales.

Análisis de datos

Los datos obtenidos se ingresaron a una base de datos de Excel versión 2010, posteriormente se analizaron con el paquete estadístico STATA versión 12.0. Para el análisis univariado se utilizó la media con desviación estándar y mediana con rango intercuartílico para variables cuantitativas. En el caso de las variables cualitativa se utilizaron frecuencias relativas y absolutas.

En el análisis bivariado, se utilizó el test de chi cuadrado para el contraste de hipótesis, se consideró como significativo un $p < 0,05$.

Aspectos éticos

Se contó con el permiso del Hospital Nacional Arzobispo Loayza para poder hacer uso del registro de las pacientes y las historias clínicas correspondientes. Se respetó la confidencialidad de los resultados.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 80 pacientes. Respecto al tipo de lesión identificado durante el estudio, este mostró que la lesión más frecuente es NIC I (45%), seguido de NIC II (29%) y NIC III (17%). Los resultados de Condiloma VPH, Cel. Ca. Escamosas y NIC con Condiloma VPH tienen unas apariciones muy poco frecuentes (1%, 2% y 4% respectivamente). No se reportó ningún caso de AIS y adenocarcinoma durante la recolección de datos. La figura 01 muestra estos resultados gráficamente.

Tabla N° 01.

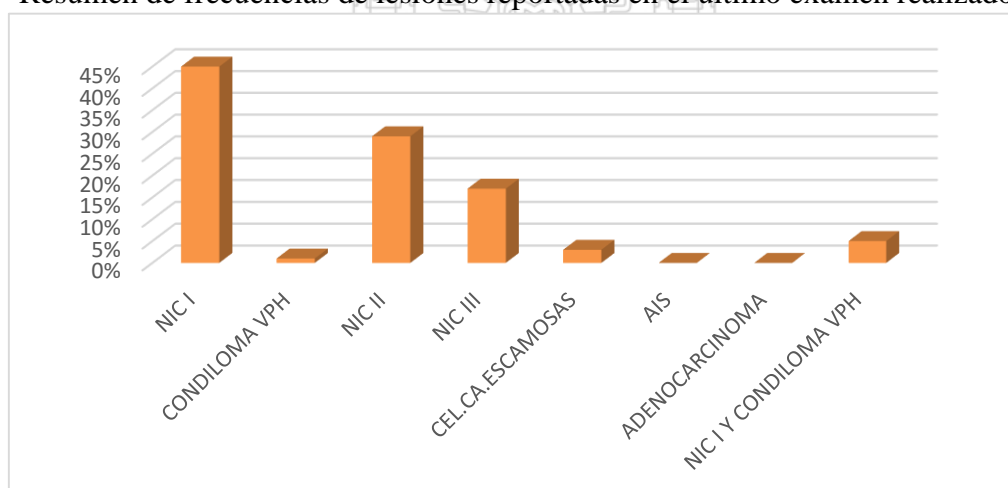
Resumen de frecuencias de lesiones reportadas en el último examen realizado

	NIC I	CONDILOMA VPH	NIC II	NIC III	CEL.CA.ESCA MOSAS	AIS	ADENOCARCI NOMA	NIC I Y CONDILOMA VPH
Recuento	35	1	22	13	2	0	0	4
% del total	45%	1%	29%	17%	3%	0%	0%	5%

Fuente: Elaboración propia.

Figura N° 01

Resumen de frecuencias de lesiones reportadas en el último examen realizado



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 02 muestra el comportamiento de la edad de los individuos estudiados durante el la recolección de datos. Puede observarse la edad media de la lesión LIEBG fue 45 años, mientras que para LIEAG fue 51 años.

Tabla N° 02
Edad en años por tipo de lesión

Tipo de Lesión	Tendencias			Percentiles			Rango	
	Media	Mediana	Moda	25	50	75	Mínimo	Máximo
LIEBG	45	45	46	38	45	57	17	76
LIEAG	51	51	47	45	51	58	24	84

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 03 muestra que el mayor número de pacientes con lesión tipo LIEBG están entre [39-49] años (40.4%), mientras que el menor porcentaje está presente en edades inferiores a 38 años (13.5%). Respecto a LIEAG, el mayor porcentaje es observable entre [50-60] años (40%) y en menor porcentaje en edades inferiores a 38 años. El mayor número de casos de lesiones se encuentra entre [39-49] años (35.1%) y en menor frecuencia, como es de esperarse en el rango [17-27] años.

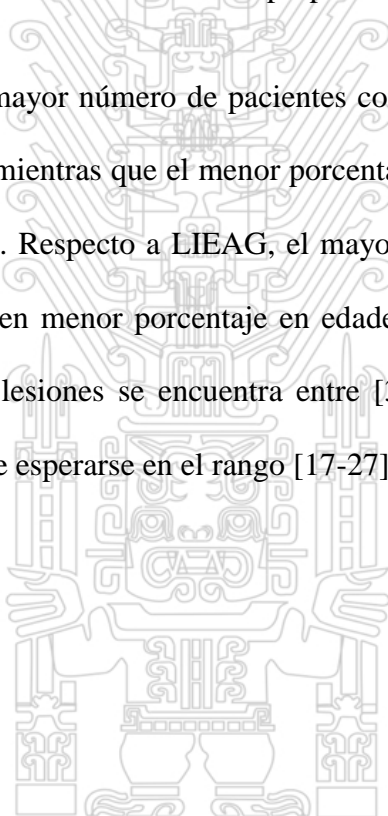


Tabla N° 03

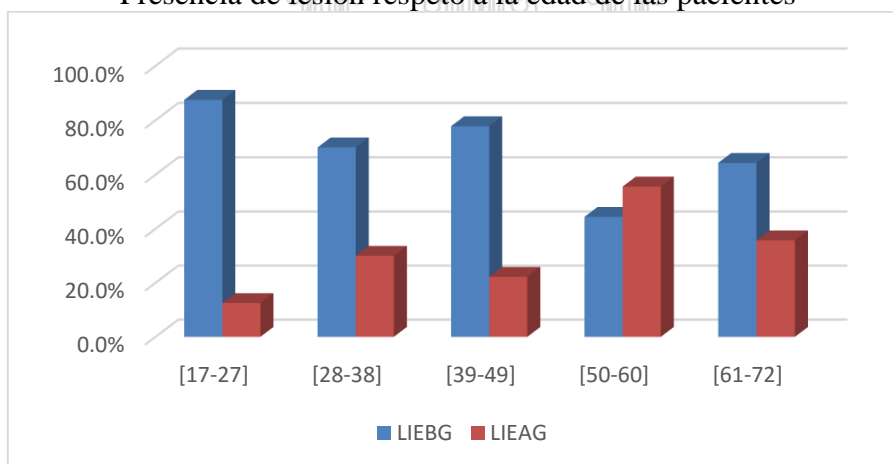
Presencia de lesión respecto a la edad de las pacientes

		ResultadoNPap		Total
		LIEBG	LIEAG	
Edad [17-27]	Recuento	7	1	8
	% dentro de Edad	87.5%	12.5%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	13.5%	4.0%	10.4%
[28-38]	Recuento	7	3	10
	% dentro de Edad	70.0%	30.0%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	13.5%	12.0%	13.0%
[39-49]	Recuento	21	6	27
	% dentro de Edad	77.8%	22.2%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	40.4%	24.0%	35.1%
[50-60]	Recuento	8	10	18
	% dentro de Edad	44.4%	55.6%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	15.4%	40.0%	23.4%
[61-72]	Recuento	9	5	14
	% dentro de Edad	64.3%	35.7%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	17.3%	20.0%	18.2%
Total	Recuento	52	25	77
	% dentro de Edad	67.5%	32.5%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 02

Presencia de lesión respecto a la edad de las pacientes



Fuente: elaboración propia.

A partir de la Figura 03, se observa que el la lesión LIEBG es la más frecuente, cualquiera que sea el estado civil de las pacientes consideradas. La tabla 04, muestra que, de los solteros, el 62.1% fue diagnosticado con LIEBG y el 37.9% con LIEAG.

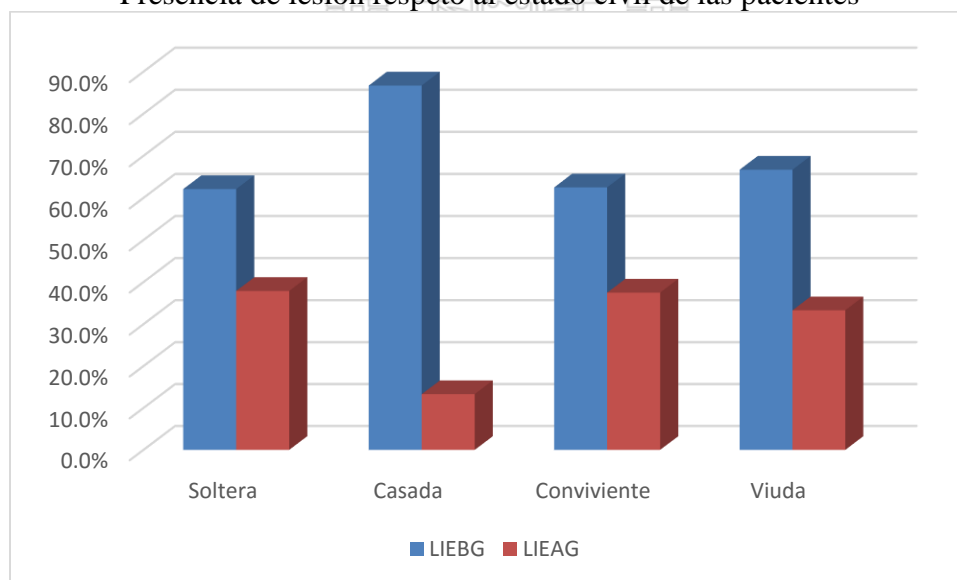
De las casadas, el 86.7% tuvo LIEBG y el 13.3% LIEAG. En el caso de las convivientes, 62.5% mostró LIEBG y 37.5% LIEAG. Por último, el 66.7% de las viudas obtuvo como diagnóstico LIEBG y el 33.3% LIEAG.

Tabla N° 04
Presencia de lesión respecto al estado civil de las pacientes

			ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
EstadoCivil	Soltera	Recuento	18	11	29
		% dentro de EstadoCivil	62.1%	37.9%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	34.6%	44.0%	37.7%
Casada	Casada	Recuento	13	2	15
		% dentro de EstadoCivil	86.7%	13.3%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	25.0%	8.0%	19.5%
Conviviente	Conviviente	Recuento	15	9	24
		% dentro de EstadoCivil	62.5%	37.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	28.8%	36.0%	31.2%
Viuda	Viuda	Recuento	6	3	9
		% dentro de EstadoCivil	66.7%	33.3%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	11.5%	12.0%	11.7%
Total	Total	Recuento	52	25	77
		% dentro de EstadoCivil	67.5%	32.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 03
Presencia de lesión respecto al estado civil de las pacientes



Fuente: elaboración propia.

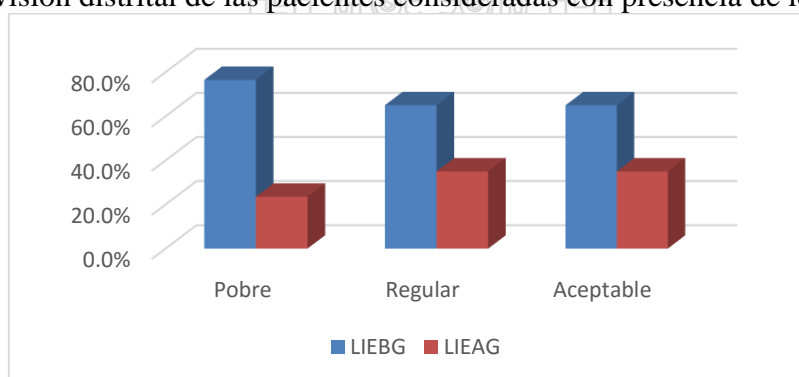
La figura 04 muestra que la presencia de LIEBG es mayor en los tres tipos de distritos considerados: Pobre, Regular y Aceptable. A partir de la tabla 05 se observa que el mayor número de incidencias de lesiones se dio el tipo de distrito Aceptable con un 51.9% y en menor porcentaje en distritos Pobres (22.1%).

Tabla N° 05
División distrital de las pacientes consideradas con presencia de lesión

Distrito		ResultadoNPap		Total
		LIEBG	LIEAG	
Pobre	Recuento	13	4	17
	% dentro de Distrito	76.5%	23.5%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	25.0%	16.0%	22.1%
Regular	Recuento	13	7	20
	% dentro de Distrito	65.0%	35.0%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	25.0%	28.0%	26.0%
Aceptable	Recuento	26	14	40
	% dentro de Distrito	65.0%	35.0%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	50.0%	56.0%	51.9%
Total	Recuento	52	25	77
	% dentro de Distrito	67.5%	32.5%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 04
División distrital de las pacientes consideradas con presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

Al respecto del número de gestaciones en relación con el grado de lesión, se observa un número similar un número de incidencias alto en aquellas pacientes que tuvo 1 o

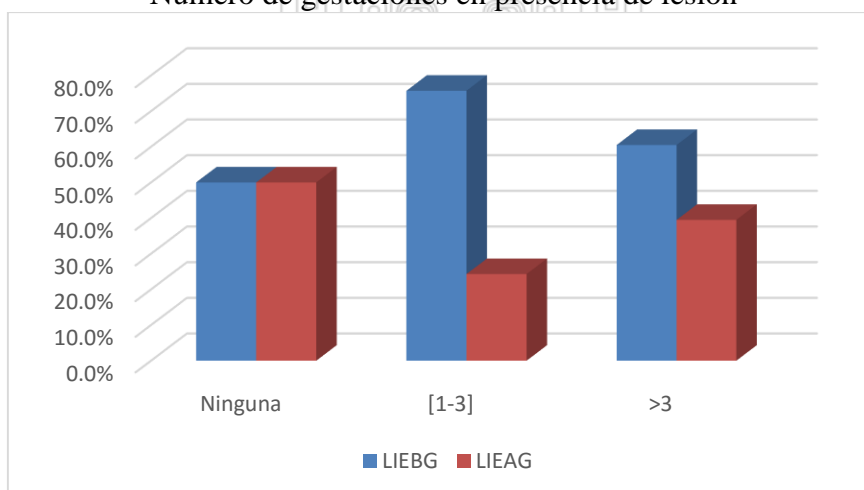
más gestaciones (tabla 06), en el caso de aquellas que no tuvieron ninguna gestación, estas representan solo el 2.6% del total de observaciones. Por otro lado, el mayor porcentaje de incidencias de LIEBG está dado por aquellas pacientes con [1-3] gestaciones (53.8%) y en el caso de LIEAG en aquellas con más de 3 gestaciones (60%).

Tabla N° 06
Numero de gestaciones en presencia de lesión

Gestaciones	Ninguna	Recuento	ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
			1	1	2
		% dentro de Gestaciones	50.0%	50.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	1.9%	4.0%	2.6%
	[1-3]	Recuento	28	9	37
		% dentro de Gestaciones	75.7%	24.3%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	53.8%	36.0%	48.1%
	>3	Recuento	23	15	38
		% dentro de Gestaciones	60.5%	39.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	44.2%	60.0%	49.4%
Total		Recuento	52	25	77
		% dentro de Gestaciones	67.5%	32.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 05
Numero de gestaciones en presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

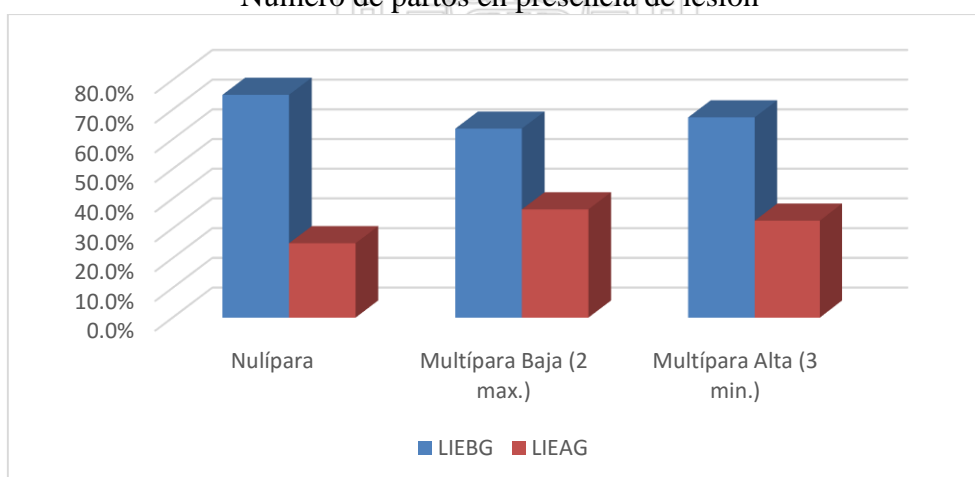
Se observó que el 75% de nulíparas fueron diagnosticadas con LIEBG y el 35% con LIEAG. En el caso de las multíparas bajas, el 63.6% se diagnosticó con LIEBG y el 36.4% con LIEAG. De forma similar, las multíparas altas con LIEBG en un 67.4% y en 32.6% con LIEAG.

Tabla N° 07
Número de partos en presencia de lesión

			ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
Partos	Nulípara	Recuento	9	3	12
		% dentro de Partos	75.0%	25.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	17.3%	12.0%	15.6%
	Multípara Baja (2 max.)	Recuento	14	8	22
		% dentro de Partos	63.6%	36.4%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	26.9%	32.0%	28.6%
	Multípara Alta (3 min.)	Recuento	29	14	43
		% dentro de Partos	67.4%	32.6%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	55.8%	56.0%	55.8%
Total		Recuento	52	25	77
		% dentro de Partos	67.5%	32.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 06
Número de partos en presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

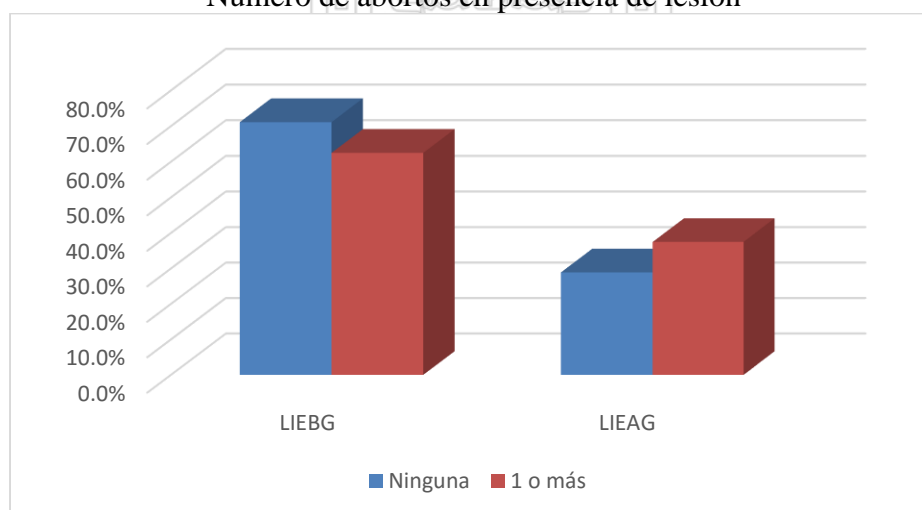
El 58% del total de pacientes no presentaron antecedentes de aborto. Por otro lado, de aquellos pacientes con diagnóstico LIEAG, el 52% no presentó antecedente de aborto y 48% sí. Mientras tanto, de aquellos con diagnóstico LIEBG, el 61% no presentó antecedentes y el 38.5% sí (tabla 08 y figura 07).

Tabla N° 08
Número de abortos en presencia de lesión

			ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
Abortos	Ninguno	Recuento	32	13	45
		% dentro de Abortos	71.1%	28.9%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	61.5%	52.0%	58.4%
	1 o más	Recuento	20	12	32
		% dentro de Abortos	62.5%	37.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	38.5%	48.0%	41.6%
Total	Recuento		52	25	77
	% dentro de Abortos		67.5%	32.5%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap		100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 07
Número de abortos en presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

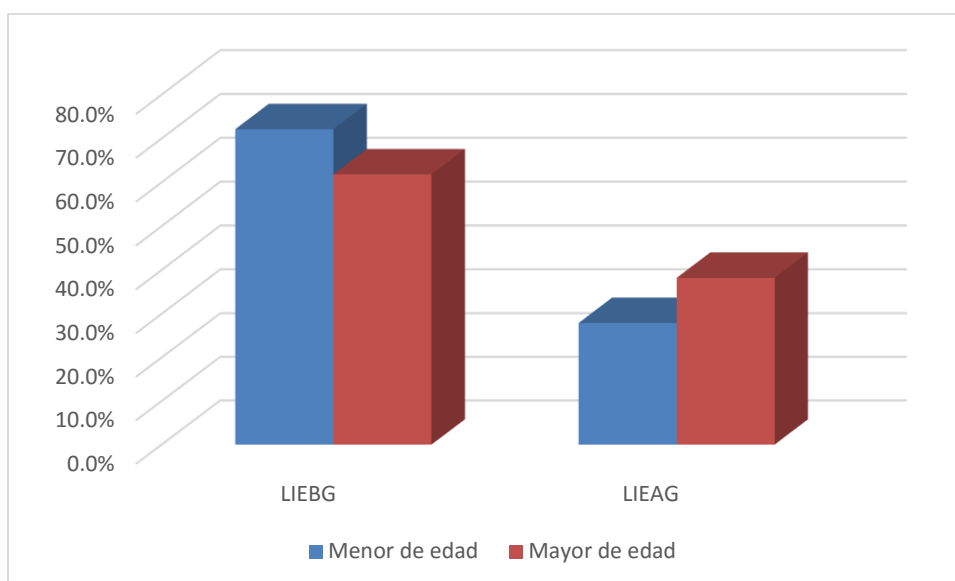
El mayor porcentaje de los casos estudiados inició su actividad sexual antes de los 18 años (55.8%), de los cuales el 72.1% fue diagnosticado con LIEBG y 27.9% con LIEAG. Del otro grupo (mayores de edad), el 61.8% tuvo como diagnóstico LIEBG y solo el 38.2% LIEAG. Estos datos pueden verse en la tabla 09 o gráficamente en la figura 08.

Tabla N° 09
Inicio de relaciones sexuales en presencia de lesión

			ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
InicioRS	<=17 años	Recuento	31	12	43
		% dentro de InicioRS	72.1%	27.9%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	59.6%	48.0%	55.8%
	>=18 años	Recuento	21	13	34
		% dentro de InicioRS	61.8%	38.2%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	40.4%	52.0%	44.2%
Total		Recuento	52	25	77
		% dentro de InicioRS	67.5%	32.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 08
Inicio de relaciones sexuales en presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

Empleando la tabla 10 y la figura 09, se observa que aquellas pacientes con [0-3] parejas sexuales obtuvieron en su mayoría LIEBG (65.8%) y los demás LIEAG (34.2%). También, todos los casos reportados con más de 3 parejas sexuales obtuvieron como resultado LIEBG.

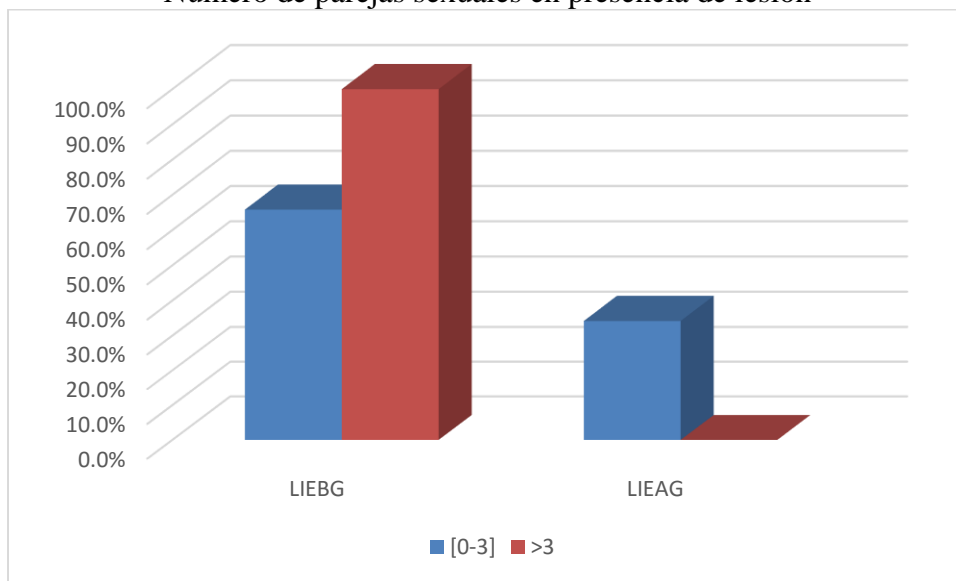
Tabla N° 10

Número de parejas sexuales en presencia de lesión

		ResultadoNPap		Total
		LIEBG	LIEAG	
Andria [0-3]	Recuento	48	25	73
	% dentro de Andria	65.8%	34.2%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	92.3%	100.0%	94.8%
	>3	Recuento	4	0
	% dentro de Andria	100.0%	0.0%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	7.7%	0.0%	5.2%
Total	Recuento	52	25	77
	% dentro de Andria	67.5%	32.5%	100.0%
	% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 09
 Número de parejas sexuales en presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

La tabla 11 muestra que, en presencia de lesión, en la mayoría de los casos reportados no se emplean ningún método anticonceptivo (87% del total de observados). Tan solo un 6.5% emplea INYEC. 3M, un 2.6% preservativo, 1.3% ACO, 1.3% DIU y un 1.3% INYEC. 1M. En el caso de INYEC. 3M no hay diferencia porcentual entre los que mostraron LIEBG y LIEAG.

Por último, a partir de la figura 11 se puede observar que ningún paciente con lesión obtuvo un diagnóstico de LIEAG en su anterior examen. Aquellos que obtuvieron diagnóstico de LIEBG (75%) en el anterior examen mantuvieron el mismo resultado y los demás LIEAG (25%). De aquellos que no se realizaron un examen anterior, el 67.4% obtuvo como resultado LIEBG y el 32.6% LIEAG. También, de aquellos que obtuvieron NEGATIVO como resultado en su examen anterior, en el nuevo examen fueron diagnosticados en un 63.6% con LIEBG y un 36.4% con LIEAG (tabla 12).

Tabla N° 11

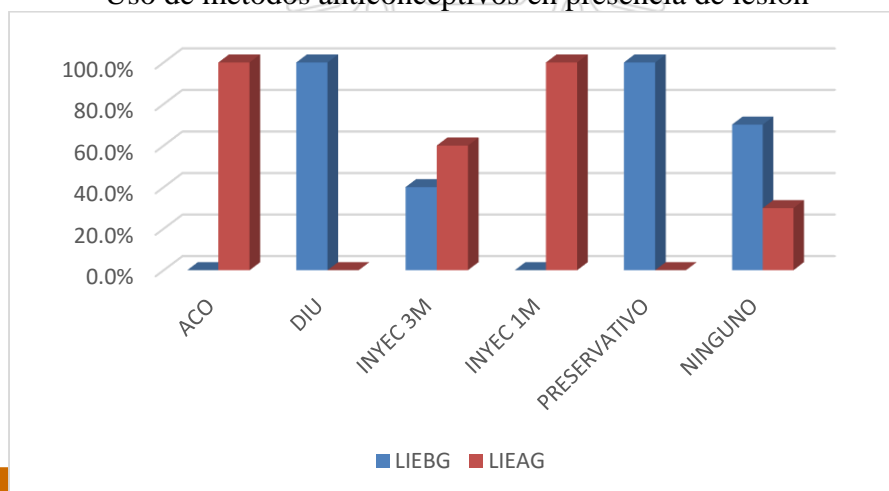
Uso de métodos anticonceptivos en presencia de lesión

			ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
TipoAnticonceptivo	ACO	Recuento	0	1	1
		% dentro de TipoAnticonceptivo	0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	0.0%	4.0%	1.3%
	DIU	Recuento	1	0	1
		% dentro de TipoAnticonceptivo	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	1.9%	0.0%	1.3%
	INyec. 3M	Recuento	2	3	5
		% dentro de TipoAnticonceptivo	40.0%	60.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	3.8%	12.0%	6.5%
	INyec. 1M	Recuento	0	1	1
		% dentro de TipoAnticonceptivo	0.0%	100.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	0.0%	4.0%	1.3%
	PRESERVATIVO	Recuento	2	0	2
		% dentro de TipoAnticonceptivo	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	3.8%	0.0%	2.6%
	NINGUNO	Recuento	47	20	67
		% dentro de TipoAnticonceptivo	70.1%	29.9%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	90.4%	80.0%	87.0%
	Total	Recuento	52	25	77
		% dentro de TipoAnticonceptivo	67.5%	32.5%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 10

Uso de métodos anticonceptivos en presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 12

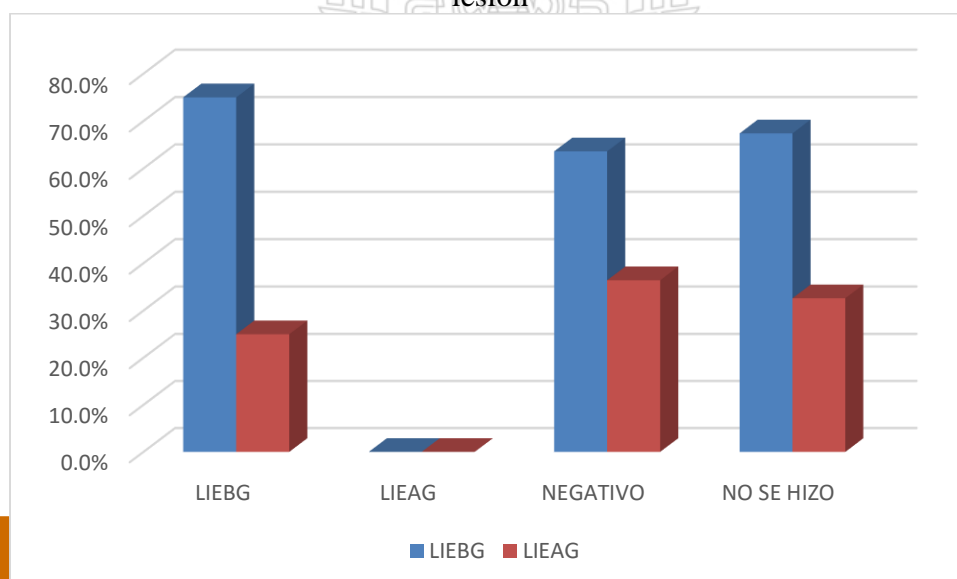
Resultados de último examen realizado por las pacientes respecto a la presencia de lesión

			ResultadoNPap		Total
			LIEBG	LIEAG	
Resultado Pap. Anterior	LIE BAJO GRADO	Recuento	3	0	3
		% dentro de ResultadoUPap	100.0%	0.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	5.8%	0.0%	3.9%
	NEGATIVO	Recuento	30	19	49
		% dentro de ResultadoUPap	61.2%	38.8%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	57.7%	76.0%	63.6%
	NO SE HIZO	Recuento	19	6	25
		% dentro de ResultadoUPap	76.0%	24.0%	100.0%
		% dentro de ResultadoNPap	36.5%	24.0%	32.5%
Total	Recuento	52	25	77	
	% dentro de ResultadoUPap	67.5%	32.5%	100.0%	
	% dentro de ResultadoNPap	100.0%	100.0%	100.0%	

Fuente: elaboración propia.

Figura N° 11

Resultados de último examen realizado por las pacientes respecto a la presencia de lesión



Fuente: elaboración propia.

Los resultados mostrados en las tablas del 13 al 21 muestran las pruebas Chi-cuadrado para la edad (tabla 13), estado civil (tabla 14), el número de gestaciones (tabla 15), número de partos (tabla 16), número de abortos (tabla 17), edad de primera relación sexual (tabla 18), número de parejas sexuales (tabla 19), métodos anticonceptivos (tabla 20) y resultado de examen anterior (tabla 21).

Tabla N° 13

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 03 (edad)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7.218 ^a	4	.125
Razón de verosimilitud	7.243	4	.124
Asociación lineal por lineal	2.940	1	.086
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 14

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 04 (estado civil)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3.180 ^a	3	.365
Razón de verosimilitud	3.584	3	.310
Asociación lineal por lineal	.000	1	.992
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 15

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 06 (número de gestaciones)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	37.250 ^a	2	.001
Razón de verosimilitud	2.264	2	.322
Asociación lineal por lineal	1.038	1	.308
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 16

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 07 (número de partos)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	15.458 ^a	2	.180
Razón de verosimilitud	.469	2	.791
Asociación lineal por lineal	.093	1	.761
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 17

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 08 (número de abortos)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	25.458 ^a	1	.426
Razón de verosimilitud	.301	1	.583
Asociación lineal por lineal	.624	1	.429
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 18

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 09 (1ra relación sexual)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	27.924 ^a	1	.036		
Corrección de continuidad ^b	.513	1	.474		
Razón de verosimilitud	.921	1	.337		
Prueba exacta de Fisher				.006	.000
Asociación lineal por lineal	.912	1	.340		
N de casos válidos	77				

Fuente: elaboración propia.

Tabla N° 19

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 10 (parejas sexuales)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	32.028 ^a	1	.015		
Corrección de continuidad ^b	.767	1	.381		
Razón de verosimilitud	3.245	1	.072		
Prueba exacta de Fisher				.030	.020
Asociación lineal por lineal	2.002	1	.157		
N de casos válidos	77				

Fuente: elaboración propia.



Tabla N° 20

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 11 (anticonceptivos)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7.540 ^a	5	.183
Razón de verosimilitud	8.657	5	.124
Asociación lineal por lineal	2.426	1	.119
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

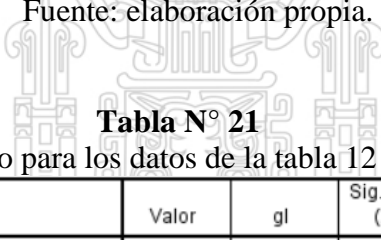


Tabla N° 21

Prueba Chi-cuadrado para los datos de la tabla 12 (examen anterior)

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	28.149 ^a	2	.021
Razón de verosimilitud	4.081	2	.130
Asociación lineal por lineal	.271	1	.603
N de casos válidos	77		

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Respecto al número de casos reportados (77) en el estudio, los resultados mostraron que el tipo de lesión más frecuente es NIC I, seguido de NIC II y NIC III. Los demás diagnósticos considerados: CONDILOMA VPH, CEL. CA. ESCAMOSAS, AIS, ADENOCARCINOMA Y NIC I CON CONDILOMA VPH fueron muy poco frecuentes.

La tabla 13 muestra los resultados de la prueba Chi-cuadrado para los grupos de edad respecto a las lesiones consideradas, observándose que no diferencia significativa entre estas. El trabajo de Henríquez y Ortega (2015) obtuvo resultados parecidos al considerar grupos etarios similares; en este, se muestra que el 52.4% de los que presentan lesión están en el rango entre 20-40 años aproximadamente, mientras que la tabla 03 muestra que dicho grupo representa 48.1%. El trabajo de Cruz-Oña (2015) muestra en contraste, que el que el grupo con mayor incidencia es aquel sobre los 40 años (54.35%) seguido por el grupo de [20-40] (45.65%). El trabajo de Henríquez y Ortega (2015), sin embargo, no encuentra diferencias significativas como en nuestro caso, por lo que no podemos inferir la existencia de relación entre la edad y la presencia de lesión. Respecto al trabajo de Campos-Muñoz (2014), las medidas de dispersión mostradas son similares a los mostrados en la tabla 02 para cada tipo de lesión.

Henríquez y Ortega (2015), observa que el estado civil de unión estable es el más frecuente para la presencia de lesión (60.7%), la tabla 04 muestra un resultado similar (50.7%) para el caso de convivientes y casados. Por otro lado, la tabla 14 muestra los

resultados de la prueba Chi-cuadrado del estado civil respecto al resultado del examen, la cual muestra que no existe un nivel significativo por lo cual no se puede inferir relación entre los resultados del examen considerados y el estado civil. En referencia al trabajo de Campos-Muñoz (2014), el total de diagnósticos LIEAG (78.1%) y LIEBG (21.9%) tienen la misma tendencia a nuestros resultados de la tabla 04 (67.5% y 32.5% respectivamente), siendo el más común LIEAG.

El trabajo realizado por Henríquez y Ortega (2015), muestra que el número de embarazos y partos no son estadísticamente significativos, sin embargo, se encuentra que el número de abortos si lo es ($p=0.04$ con un nivel $\alpha=0.05$). En nuestro caso, las tablas 16 y 17 muestran que las variables número de partos y abortos no son estadísticamente significativas ($p=0.18$ y $p=0.426$ respectivamente) respecto a los tipos de lesión diagnosticados, contradiciendo el análisis respecto al número de abortos obtenido por Henríquez y Ortega (2015).

Considerando los resultados obtenidos por Cruz-Oña (2015), estos son porcentualmente similares a los nuestros, al considerar el número de gestaciones (tabla 06), siendo que el mayor porcentaje está dado para aquellas pacientes con 3 o más gestaciones. Nuestros resultados muestran que la relación número de gestaciones respecto al tipo de lesión son estadísticamente significativos con un valor $p=0.01$ (tabla 15).

Resultados porcentualmente similares a los presentados por Cruz-Oña (2015) se pueden apreciar en la tabla 07 respecto al número de partos, encontrándose un 84.4% de lesiones para el caso de multíparas en nuestro trabajo y 78.26% en dicho estudio.

Teniendo en cuenta el número de abortos, la tabla 08 muestra que el mayor porcentaje de presencia de lesión ocurrió en pacientes sin ningún aborto (58.4%). Un resultado similar al respecto se obtuvo en el presentado por Cruz-Oña (2015) con 52.7% y en el de Campos-Muñoz (2014) con 54.3%. También, en el grupo que no tuvo abortos, la lesión más común fue LIEBG (61.5%) y de forma similar (manteniendo la misma tendencia) fue 75%. (Campos-Muñoz, 2014)

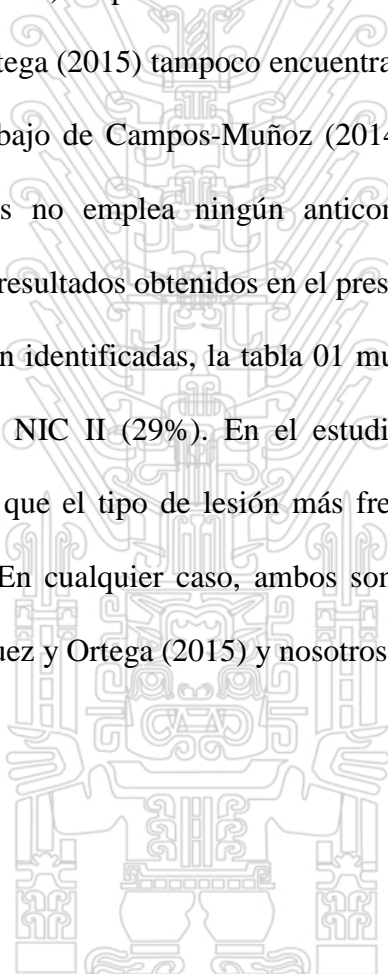
La edad de inicio de vida sexual y el número de parejas sexuales son descritos como factores de riesgo en [4] ($p=0.001$ y $p=0.03$ respectivamente). Nosotros encontramos resultados similares al observar las tablas 18 y 19 ($p = 0.036$ y $p=0.015$ respectivamente), es decir, los factores Inicio de vida sexual y el número de compañeros sexuales son factores críticos en el diagnóstico del tipo de lesión. De forma descriptiva, nuestro trabajo también queda validado por Campos-Muñoz (2014) al observarse que los resultados de la tabla 09 guardan coherencia.

De forma descriptiva, respecto al número de parejas, nosotros hallamos que el 73% del total de pacientes tenían un número de parejas entre [0-3]. Esto contradice al estudio de Cruz-Oña (2015) quien no muestra una tendencia tan significativa. También, nosotros encontramos que el mayor porcentaje de lesiones son LIEBG (67.5%) en nuestros casos de estudio. Por otro lado, el resultado de Campos-Muñoz valida nuestros resultados al obtener que un 95.9% de los casos estudiados tuvieron un número de parejas entre [0-3], es decir, mantiene la misma tendencia porcentual similar a nuestros resultados. También, del grupo en mención, observamos en la tabla 10 que el 65.8% obtuvo como diagnóstico LIEBG y el 34.2% LIEAG. Esto es,

aquellos con [0-3] parejas fueron diagnosticadas en mayor porcentaje con LIEBG. Este resultado concuerda con el obtenido por Campos-Muñoz (77.5%).

Respecto al uso de anticonceptivos, Henríquez y Ortega (2015) muestra que un 82% de las pacientes no las emplea. Nosotros hallamos que también el mayor porcentaje se ubica en el grupo que no utiliza ningún método anticonceptivo (87%), sin embargo, el valor obtenido $p=0.183$ (tabla 20) no permite inferir nada al respecto en este caso. En el estudio de Henríquez y Ortega (2015) tampoco encuentran un nivel de significancia adecuado. Por último, el trabajo de Campos-Muñoz (2014) muestra también que el mayor número de pacientes no emplea ningún anticonceptivo (50.4%) lo cual mantiene coherencia con los resultados obtenidos en el presente trabajo.

Respecto a los tipos de lesión identificadas, la tabla 01 muestra que NIC I es la más frecuente (45%) seguido de NIC II (29%). En el estudio de Henríquez y Ortega (2015), sin embargo, hallan que el tipo de lesión más frecuente es NIC II (38.1%) seguido de NIC I (28.6%). En cualquier caso, ambos son los más frecuentes en el estudio realizado por Henríquez y Ortega (2015) y nosotros.



CONCLUSIONES

- Las lesiones de Papanicolaou más frecuentes son NIC I (45%) y NIC II (29%). De otro modo, los resultados mostraron que el diagnóstico LIEBG fue el más frecuente (67.5%).
- Fueron identificados los factores de riesgo: número de parejas ($p = 0.015$), edad de inicio de relaciones sexuales ($p = 0.036$) y número de gestaciones ($p = 0.001$), con respecto al tipo de lesión diagnosticado (LIEBG y LIEAG).
- No se halló diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, estado civil, distrito de procedencia, número de partos, número de abortos, métodos anticonceptivos y resultado de último examen.

RECOMENDACIONES

Promover la cultura de prevención en salud a partir de la toma de Papanicolaou en mujeres mayores de 39 años , que es donde se demostró que había mayor frecuencia de casos con lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado.

Mejorar la educación sexual en los colegios para que de esta manera se pueda retrasar el inicio de las relaciones sexuales , ya que un inicio temprano puede conllevar a la infección del VPH y este al desarrollo futuro de un cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACIPRENSA. (2015). *Secuelas físicas del aborto*. Obtenido de <https://www.aciprensa.com/recursos/secuelas-fisicas-del-aborto-18/>
2. American Cancer Society (2015). *Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino*. Obtenido de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf.pdf>
3. Avila-Rodas, D (2012). *Frecuencia y tipo de lesiones cervico-uterinas en las mujeres de 20 a 60 años de edad de la parroquia el valle , atendidas en el programa de detección oportuna de cancer cervico-uterino*. Tesis de pregrado no publicado, Universidad de Azuay, Cuenca, Ecuador.
4. Barrios L, L. P. (2016). *Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix en la Clínica Maternidad Rafael Calvo en la ciudad de Cartagena* . Obtenido de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=273846452011>
5. Benia W, T. G. (2000). *Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo* . *Rev Med Uruguay* , 16:101-16.
6. Campos-Muñoz R.C. (2014). *Factores de riesgo que están relacionados a una prueba de Papanicolaou Positivo con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG) en los meses de enero 2009 a diciembre 2013*. Lima, Perú.
7. Clifford GM, G. S. (2005). *Grupo de estudio de encuestas de prevalencia. Distribución mundial de tipos de virus del papiloma humano en mujeres*

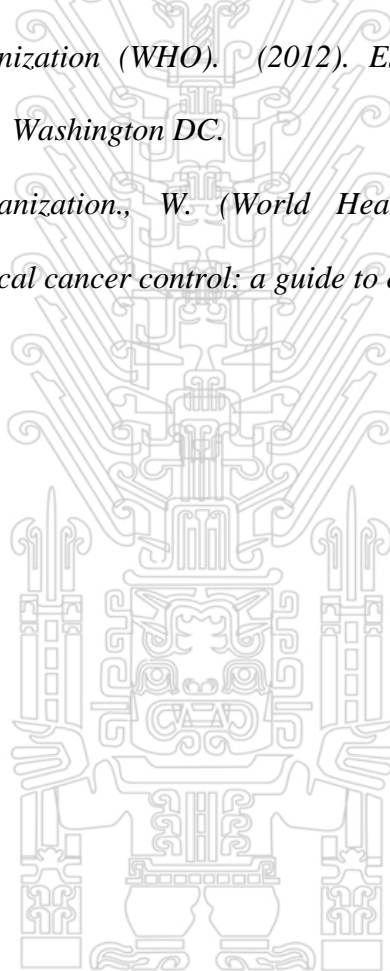
citológicamente normales en la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer Encuestas de prevalencia del VPH. Lancet.

8. Cruz Oña, V. G. (2015). *Factores de riesgo de cáncer cervico úterino en mujeres de 20 a 55 años en el Hospital Abel Gilbert Pontón desde enero del 2010 a diciembre del 2014. Tesis de medico cirujano no publicado, Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador.*
9. Dirección general de epidemiología, M. d. (2013). *Análisis de la situación de cáncer en el Perú. Dirección general de epidemiología.*
10. Ganatra B, T. Ö. (2014). *Del concepto a la medición la aplicación práctica de la definición de aborto peligroso utilizada en la OMS. ;. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 92-155.*
11. Henríquez H, Ortega R. S. (2015). *factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas de cuello uterino a través de PAP , atendidas en el Hospital José Nieborowsk .Tesis de medico cirujano no publicado, UNAN, Managua, Nicaragua.*
12. Hart KW, W. O. (2001). *Nuevo método para la detección, tipado y cuantificación de virus del papiloma humano en muestras clínicas. J Clin Microbiol, 39:3204-12.*
13. JA, K. (2009;). - *HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. En K. JA. N Engl J Med.*
14. Jacobo Torres, S. (2016). *Factores de riesgo y cáncer cervicouterino en pacientes atendidas en la Unidad de Prevención y Control de cáncer ginecológic.Tesis para grado de medico cirujano, UNAP, Iquitos., Perú.*

15. Jaisamram U, C. X.-R. (2013). *Natural history of progression of HPV infection to cervical lesion or clearance: analysis of the control arm of the large.*
16. Luciani, S., Cabanes, A., Prieto-Lara, E, Gawryszewski, V. (2013). *Cervical and female breast cancers in the Americas: current situation and opportunities for action. Bull World Health Organ, 91(9):640-49*
17. Mendez, A. (28 de Febrero de 2015). *REVISTA DE GINECOLOGÍA. Obtenido de LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES CERVICALES. L.E.I.C: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/>*
18. *National Cancer Institute: Diccionario de cáncer. (14 de febrero de 2017). Obtenido de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario>*
19. *Organización Panamericana de Salud (PAHO) (2015). Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores.*
20. *Pan-American health association (PAHO). (2006). Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo*
21. *Pan American Health Organization (PAHO). (2000). Protocolo proyecto tamizaje y tratamiento inmediato de lesiones cérvicouterinas. Washington, EEUU: autor.*
22. Pérez J, M. M. (2012). *Definiciones. Obtenido de Definición de aborto: <http://definicion.de/aborto/#ixzz4H3xKVWgW>*
23. *Ravela, P. (2013). factores de riesgo. Programa de promoción de la reforma educativa en América latina y el Caribe. Madrid, España.*

24. Rodríguez González D, P. P. (2014). *Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. . Rev Cuba Obstet Ginecol., 40(2):218-32.*
25. Rodríguez V, R. E. (2014). *Coverage of cervical cancer screening in Catalonia, Spain (2008-2011).*
26. Ruiz-Leud, A., Bazán-Ruiz, S., Mejía, C. (2017). *Hallazgos citológicos y factores de riesgo en citología cervical anormal en mujeres de pescadores del norte peruano, 2015. Rev. chil. obstet. ginecol.82(1), 26-34*
27. Salud, O. M. (s.f.). *Objetivos de Desarrollo sostenible. Obtenido de <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>*
28. Sankaranarayanan, R., Budukh, A.M., Rajkumar, R. (2001). *Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Org; 79: 954-62.*
29. Silva BR, S. K. (2014). *Conducta sexual y reproductiva asociados al cancer cervicouterino, en mujeres atendidas entre 2012-2013, en el Hospital Regional de Loreto. Punchana ,Iquitos, Perú.*
30. *Tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas. Washington, EEUU: autor.*
31. Valdivia M, C. A. (2012). *Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años. Rev Finlay, 2(1):45-9.*

32. Vesco K, Whitlock E, Eder M, Burda B, Senger C, Lutz K. (2011) *Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med, 155,698-705.*
33. World Health Organization., W. (World Health Organization 2014.). *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2 ed.*
34. World Health Organization (WHO). (2012). *Estimated Cervical Cancer Mortality Worldwide. Washington DC.*
35. World Health Organization., W. (World Health Organization 2014.). *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice – 2 ed.*



ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALAS
Lesiones intraepiteliales escamosas	Cambios en las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer antes de que empiecen a causar síntomas	Citológica	Tipo de lesión intraepitelial escamosa	1- Nic I 2- Condiloma VPH 3- Nic II 4- Nic III 5- Cel.Ca.Escamosas 6- AIS 7- Adenocarcinomas 8- Nic I y Condiloma VPH
Edad	Está referida al tiempo de existencia de una persona, desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cronológica	Edad en años registradas en el formulario	_____ años , indica como va a clasificar a las mujeres: 1. 1-17-27 años 2. 28-38 años 3. 39-49 años 4. 50-60 años 5. 61-71 años
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjoint	Legislativa	Situación legal	1- Soltera 2- Casada 3- conviviente 4- separada 5- divorciada 6- viuda

	o de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.			
Residencia	Lugar donde habita actualmente	Geográfica	Respuesta registrada en el formulario, Clasificada según Nivel de bienestar de los distritos de Lina- INEI	1- muy pobre 2- pobre 3- regular 4- aceptable
Gestaciones	período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento	Gesta	Respuesta registrada en el formulario	1- 3 o menos 2- 4 o mas
Partos	Proceso por el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación	Paridad	Respuesta registrada en el formulario	1- nulipara 2- multiparidad baja (hasta 2 gestaciones) 3- multiparidad alta (a partir de 3)
Abortos	Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que	Práctica abortiva	Respuesta registrada en el formulario	1- 0 abortos 2- 1 aborto 3- 2 o mas abortos

	el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.			
Inicio de vida sexual	Edad en la cual tuvo su primera actividad sexual penetrante por la vagina	Práctica sexual	Edad de inicio registrada en el formulario	1-si 2-no
Num. de parejas sexuales	Práctica de relaciones sexuales con diferentes parejas	Práctica sexual	Número registrado en el formulario	1- 3 o menos 2- 4 o más
Métodos de anticoncepción	Técnicas usadas para evitar un embarazo	Tipo	Método usado	1- ACO 2- DIU 3- INYECT.3 M 4- INYECT.1 MES 5- PRESERVATIVO 6- OTRO 7- NINGUNO



ANEXO N°2

Instrumento: formulario

Introducción:

Este formulario está destinado a la recolección de datos de la ficha de resultados de Papanicolaou positivos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue cuyo objetivo es poder identificar los factores de riesgo y características en común de estas mujeres.

N° Historia Clínica :

Edad:

Distrito:

Estado Civil:

FACTORES DE RIESGO	
01.	Número de embarazos
02.	Número de partos
03.	Número de abortos
04.	Número de parejas sexuales
05.	Edad de inicio de Relaciones sexuales
06.	Uso de MAC: 1- ACO 2- DIU 3- INYECT.3 M 4- INYECT.1 MES 5- PRESERVATIVO 6- OTRO 7- NINGUNO
07.	Resultado de Papanicolaou: 1-NIC I 2-CONDILOMA VPH 3-NIC II 4-NIC III 5-CEL.CA.ESCAMOSAS 6-AIS 7-ADENOCARCINOMA 8-NIC I Y CONDILOMA VPH

