

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

"FACTORES DE RIESGO PARA PRUEBA DE PAPANICOLAOU POSITIVA EN PACIENTES MUJERES DEL HOSPITAL I LA ESPERANZA"

Área de Investigación:

Cáncer y Enfermedades no transmisibles

Autora:

Br. Cruz Cruzado, Aurea Carolina

Jurado Evaluador:

Presidente: Vásquez Alvarado, Javier Ernesto

Secretario: Urteaga Vargas, Patricia

Vocal: Castañeda Cuba, Luis Enrique

Asesor:

Alarcón Gutiérrez, Javier Ernesto

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0403-6225>

Trujillo – Perú

2022

Fecha de sustentación: 2022/11/25

DEDICATORIA

A Dios, por ser el centro de todo, por ser siempre mi guía en cada paso que doy y por permitirme llegar hasta esta etapa de mi carrera.

A mis padres, Lino Rubén Cruz Florián y Deissy Victoria Cruzado Saldaña, porque siempre han sido y seguirán siendo mi ejemplo de cómo perseguir todas mis metas, por amarme incondicionalmente y motivarme siempre a ser mejor cada día.

A mis hermanos, José y Rubí, y al pequeño Fuser que estuvieron siempre ahí para acompañarme, ayudarme a disfrutar del camino y sobre todo alentarme a no rendirme nunca.

A mis abuelos, por todo su cariño, apoyo, lecciones de vida y por enseñarme a creer en mí todo el tiempo, con todos ustedes inicié esta carrera y aunque no todos están actualmente presentes físicamente, los llevo siempre conmigo.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente a Dios por todas sus bendiciones, en especial por mis padres y por la familia hermosa a la que pertenezco, por todo su apoyo y amor incondicional en cada paso de mi vida.

A todos mis docentes, que a lo largo de la carrera lograron dejar experiencias y enseñanzas imborrables. En especial a mi docente, el Dr. Javier Alarcón Gutiérrez, por su paciencia, dedicación y guía en la realización de este proyecto de investigación.

A todos mis verdaderos amigos, la familia que encontré en la universidad, que hasta el día de hoy siguen acompañándome.

Por último, un especial agradecimiento a todo aquel que formó parte de este proyecto, aportando sus conocimientos, tiempo y apoyo hasta la culminación de este trabajo.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva en el Hospital I La Esperanza.

Material y Métodos: Se presentó un estudio de casos y controles analítico, observacional, retrospectivo. La población de este estudio estuvo integrada por 399 mujeres; las cuales estuvieron divididas en: 133 pacientes con prueba de Papanicolaou positiva y 266 pacientes con prueba de Papanicolaou negativa.

Resultados: Se encontró que la multiparidad (OR = 1,64 IC 95% (1,01 – 2,65) con un valor P=0.003) y el antecedente de múltiples parejas sexuales (OR = 1,90 IC 95% (1,25 – 2,89) con un valor P=0.003) son factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva. El grupo sanguíneo A (OR=0.76), el antecedente de infecciones de transmisión sexual (OR=0.84), el inicio precoz de relaciones sexuales (OR=0.91) y el tabaquismo (OR= 1.95) no se consideraron como factores de riesgo para una prueba de Papanicolaou positiva, porque no tuvieron significación estadística ($p > 0,05$). Las variables intervinientes como el uso de anticonceptivos orales (0.000) y el antecedente familiar de cáncer (0.001) presentaron asociación con una prueba de Papanicolaou positiva ($p < 0,05$).

Conclusiones: El antecedente de múltiples parejas sexuales y la multiparidad son factores de riesgo para Prueba de Papanicolaou positiva en pacientes del Hospital I La Esperanza.

Palabras Clave: Factores de riesgo, prueba de Papanicolaou, cáncer cervicouterino.

ABSTRACT

Objective: Determine the risk factors for a positive Pap test at Hospital I La Esperanza.

Material and Methods: An analytical, observational, retrospective case-control study was presented. The population of this study was made up of 399 women; which were divided into: 133 patients with a positive Pap test and 266 patients with a negative Pap test.

Results: Multiparity (OR = 1.64 95% CI (1.01 – 2.65) with a P value = 0.003) and the history of multiple sexual partners (OR = 1.90 95% CI (1.25 – 2.89) with a P value = 0.003) were found to be risk factors for a positive Pap test. Blood group A (OR=0.76), history of sexually transmitted infections (OR=0.84), the early onset of sexual intercourse (OR=0.91) and smoking (OR= 1.95) they were not considered as risk factors for a positive Pap test, because they did not have statistical significance ($p > 0.05$). The intervening variables such as the use of oral contraceptives (0.000) and the family history of cancer (0.001) were associated with a positive Pap test ($p < 0.05$).

Conclusion: The history of multiple sexual partners and multiparity are risk factors for positive Pap test in patients of hospital I La Esperanza.

Key words: Risk factors, Pap test, cervical cancer.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MATERIAL Y MÉTODO.....	12
3. RESULTADOS.....	21
4. DISCUSIÓN.....	28
5. CONCLUSIONES.....	36
6. RECOMENDACIONES.....	37
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
8. ANEXOS.....	42

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Teórico

El cáncer cervical es una patología caracterizada por el crecimiento excesivo y desordenado de células de la zona de transformación, localizada entre el endocérvix y el exocérvix, por una interacción de las mismas con oncogenes del virus del Papiloma Humano(1). Es uno de los principales cánceres en mujeres en el mundo, siendo el cuarto en frecuencia con 569 847 casos incidentes y 311 365 defunciones en el año 2018, y el tercero en cuanto a los datos en América Latina y El Caribe, los cuáles abarcan el 10% de los casos incidentes y 9% de las defunciones del mundo(2). Según datos del MINSA en nuestro país, el cáncer cervical es el principal notificado en la población femenina (24.1% de los cánceres en las mujeres), aunque también posee un alto porcentaje en el conteo general (14.9% de todos los cánceres) y es el tercero que genera más defunciones por cáncer en mujeres (Tasa ajustada de mortalidad 5.6 por mil habitantes)(3). Aparte se sabe que hay predominancia en algunos departamentos, por ejemplo, La Libertad (7.1) ha estado por mucho tiempo entre los 10 departamentos con mayores tasas de mortalidad en el Perú, las cuales también, cabe resaltar, han estado siempre por encima del promedio del país(4). Es por estos datos alarmantes que se busca poder tener métodos de diagnósticos simples, rápidos y lo suficientemente eficaces que puedan identificar el cáncer en etapas tempranas. Por otro lado este cribado solo es eficaz si nos regimos a un sistema bien organizado de seguimiento y tratamiento. Para la detección del cáncer cervical actualmente ya se utilizan varios test diagnósticos, a pesar de esto, la prueba de Papanicolaou sigue siendo la principal pues en varios estudios con poblaciones considerables, se ha comprobado una importante reducción epidemiológica con el uso de ésta prueba(5) (6). Desde el año 1914 el Dr. George Nicolás Papanicolaou (padre de la citología exfoliativa), inició sus estudios mediante análisis citológicos del ciclo menstrual en cobayos. Por su perseverancia en estos estudios, en 1940 su trabajo es considerado de gran importancia ya que varios estudios de la época lograron reafirmar la eficacia sus análisis citológicos. Posteriormente logró incorporar su trabajo como cribado de cáncer cervical en varios hospitales, adquiriendo el nombre “Prueba de Papanicolaou” hasta la actualidad; George Papanicolaou, también la sistematizó con una buena

obtención de muestra, fijación, tinción y nomenclatura, iniciando así la citología clínica moderna. En 1946, la Sociedad Americana del Cáncer, la estandarizó e impulsó su uso mundial(7). La prueba de Papanicolaou se realiza con la paciente en posición de litotomía, luego con la ayuda de un espéculo, se utiliza un pequeño cepillo con la finalidad de hacer un suave raspado y extraer muestras del endo y exocérvix, con la cual se hace un frotis en una lámina portaobjetos para su tinción y ser examinadas en el microscopio; y diagnosticar si hay presencia de cáncer, sus lesiones pre malignas u otras afecciones(8)(9). Las lesiones precancerosas constituyen células en continua mutación, las cuales pueden involucionar espontáneamente o avanzar al estadio cáncer, relacionándose con la infección del virus del Papiloma Humano (VPH). Estas anomalías morfológicas tanto en células escamosas (células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), células escamosas atípicas que no descarta lesión de alto grado (ASC-H), lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LIE BG) que incluyen presencia de virus del Papiloma Humano o displasia leve, lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIE AG) que incluyen displasia moderada, displasia severa o carcinoma in situ, y carcinoma de células escamosas) como en células glandulares (anomalías de células glandulares atípicas (AGC))(10).

1.2 Antecedentes

Cordero et al(11) Ejecutó un estudio analítico y retrospectivo de casos y controles. La población estudiada estuvo constituida por 500 casos (citología positiva) y 500 controles (citología negativa); observando que en el factor de riesgo relación sexual (durante la menstruación y el coito anal), evidenció que el riesgo aumentó 6,0 veces más para la citología positiva y que el 48,7 % de la población estudiada lo realizaba. Usando el riesgo relativo, se demostró que el tener al menos un antecedente de ITS, la citología aumenta en 6,7 veces más.

Cifuentes et al(12) Desarrolló un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles. Seleccionando 168 pacientes mediante muestreo aleatorio secuencial y agrupadas en dos grupos: 42 casos (reporte positivo de lesiones pre malignas) y 126 controles (reporte negativo de lesiones pre malignas) recolectando información de un registro institucional. Los factores encontrados significativamente

asociados con un resultado de citología positiva fueron: dos o más parejas sexuales (or = 85,0); primer gestación antes de los 18 años (or = 40,0); antecedente familiar de cáncer (or = 23,9); tabaquismo (or = 12,1); alcoholismo (or = 10,8); antecedente de infecciones vaginales (or = 10,1); ausencia de grado de instrucción (or = 3,49); antecedente de aborto (or = 2,87).

Cebrián(13) Elaboró un estudio transversal analítico, tipo caso control con una población de 481 pacientes seleccionados por muestreo aleatorio que conformaron dos grupos: 224 casos (resultado de algún grado de displasia en la prueba de Papanicolaou o colposcopia) y 257 controles (resultado negativo en ambas pruebas) recolectando información de la revisión de los archivos médicos y estadísticos. RESULTADOS: Las características demográficas fueron similares en todas las mujeres: edad, grado académico, estado civil y sistema integral de salud. Los factores de riesgo más frecuentes encontrados: actividad sexual precoz (57%), múltiples compañeros sexuales (43.4%), antecedente de ITS (54.5%). El análisis multivariado mediante regresión logística identificó al grado instrucción primaria (ORa = 2.31, IC al 95%: 1.18 – 4.53, P=0.015), múltiples parejas sexuales (OR = 2.76, IC al 95%: 1.71 – 4.43, P=0.000) y el antecedente de enfermedad de transmisión sexual (OR = 3.4, IC al 95%: 2.2 – 5.2, P=0.000) como factores de riesgo para displasia cervical.

Muñoz(14) En su estudio observacional transversal analítico retrospectivo de tipo casos y controles, con una población de 3 874 pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou. Encontró 398 pacientes registradas con Papanicolaou alterado, de las cuáles seleccionó a 165 mujeres, quienes cumplieron los criterios de inclusión. Constituyendo así el grupo de casos: 123 pacientes (Lesiones intraepiteliales de bajo grado) y 42 pacientes (Lesiones intraepiteliales de alto grado); y el grupo control con 495 pacientes cuyo resultado de Papanicolaou fue negativo. Los resultados obtenidos en relación a LIEAG fueron: La paridad (p = 0.000002 y OR = 4.474648), el antecedente de aborto (p = 0.024117 y OR = 2.051435), el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años (p = 0.023099 y OR = 2.369785) y la edad promedio fue 40 años.

Mora et al(15) Realizó una revisión especímenes quirúrgicos con alteraciones del cérvix uterino registrados en el Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología. Se recopilaron 125 casos, de los cuáles 84 pertenecían al grupo sanguíneo O (30 benignos y 54 malignos). 29 pertenecían al grupo sanguíneo A (12 benignos y 17 carcinoma); 10, al Grupo sanguíneo B (1 benigno y 9 malignos) y 2, al grupo sanguíneo AB (1 benigno y 1 maligno). También se halló que en la distribución de los grupos sanguíneos según el tipo histológico de CaCu, existe un predominio marcado del grupo sanguíneo A en el carcinoma adenoescamoso, con significancia estadística ($p= 0.02$).

1.3 Justificación

Por todo lo expuesto, en el presente estudio se desea identificar no solo la existencia de factores de riesgo para la prueba Papanicolaou positiva en la población estudiada sino también en qué grado estos factores de riesgo están asociados a los resultados positivos de Papanicolaou. Así poder generar una nueva base de datos, sobre todo actualizados, de este problema de salud en nuestra región; ya que revisando los antecedentes para este proyecto, puedo decir que hay una escases de estudios previos realizados en La Libertad y menos en Trujillo, que no dan actualización del verdadero estado en el que se encuentra la influencia de éstos factores con relación a la prueba de Papanicolaou positiva.

1.4 Enunciado del Problema

¿Cuáles son los factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva en el Hospital I La Esperanza?

1.5 Objetivos

General:

- Determinar si el grupo sanguíneo A, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, el inicio precoz de relaciones sexuales, el antecedente de múltiples parejas sexuales, la multiparidad y el tabaquismo son factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva en el Hospital I La Esperanza.

Específicos:

- Determinar si el grupo sanguíneo A es un factor de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva.
- Identificar si el antecedente de infecciones de transmisión sexual es un factor de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva.
- Evaluar si el inicio precoz de relaciones sexuales es un factor de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva.
- Determinar si el antecedente de múltiples parejas sexuales es un factor de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva.
- Identificar si la multiparidad es un factor de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva.
- Evaluar si el tabaquismo es un factor de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva.

1.6 Hipótesis:

- H0: El grupo sanguíneo A, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el antecedente de múltiples parejas sexuales, la multiparidad y el tabaquismo, no son factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva en el Hospital I La Esperanza.
- H1: El grupo sanguíneo A, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el antecedente de múltiples parejas sexuales, la multiparidad y el tabaquismo, son factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva en el Hospital I La Esperanza.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 Población

Población: Pacientes que se atendieron en el Hospital I La Esperanza, Trujillo.

- Población Diana:

Historias clínicas de las pacientes que se atendieron en el Servicio de Ginecología del Hospital I La Esperanza.

- Población de estudio:

Integrada por las historias clínicas de pacientes que se atendieron en el Servicio de Ginecología del Hospital I La Esperanza - ESSALUD, atendidas en el período: enero 2016 – diciembre 2018, que cumplieron con los criterios de selección establecidos.

2.2 Criterios de Selección

- Criterios de Inclusión

- Historias clínicas de las pacientes con prueba Papanicolaou positiva o negativa.
- Historias clínicas de pacientes que facilitaron la identificación de las variables en estudio.

- Criterios de Exclusión

- Historias clínicas de pacientes con cáncer de órganos pélvicos.
- Mujeres con histerectomía total o subtotal por patología benigna.
- Historias clínicas incompletas o mal conservadas.
- Pacientes con malformación genital.

2.3 Muestra y muestreo:

Unidad de Análisis:

Historias clínicas de cada una de las pacientes que se atendieron en el Servicio de Ginecología del Hospital I La Esperanza durante enero

2016 – diciembre 2018.

Unidad de Muestreo:

Es la misma unidad de análisis es decir la historia clínicas de cada una de las pacientes que se atendieron en el Servicio de Ginecología del Hospital I La Esperanza durante el período de enero 2016 - diciembre 2018, y que cumplieron los criterios de selección correspondientes.

Tipo de Muestreo:

Muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Tamaño Muestral:

Para determinar el número de casos y de controles se aplicó la fórmula del muestreo probabilístico, que permitió determinar el número de casos.

$$n = \frac{\left(Z_{\alpha/2} \sqrt{(c+1)pq} + Z_{\beta} \sqrt{cp_1q_1 + p_2q_2} \right)^2}{c(p_1 - p_2)^2}$$

$$p = \frac{p_1 + c p_2}{1 + c}, \quad q = 1 - p$$

$$p_2 = \frac{p_1}{p_1 + OR(1 - p_1)}$$

- α : Probabilidad de cometer error de tipo I
- β : Probabilidad de cometer error de tipo II
- Z : Coeficiente normal asociado a un tipo de error.
- p_1 : Proporción de expuestos en los casos ($q_1 = 1 - p_1$) (Referencia)
- p_2 : Proporción asumida de expuestos en los controles ($q_2 = 1 - p_2$)
- OR : Odds ratio que se desea detectar ($OR > 1$)
- c : Número de controles por caso

Para el cálculo de la muestra en el presente estudio se consideró una confianza del 95% ($\alpha=0.05$ $Z=1.96$), una potencia de prueba del 90% ($\beta=0.10$ $Z=1.282$), una proporción de expuestos del 57% en los casos (Cebrián 13), ($p_1=0.57$, $q_1=0.43$), y un riesgo $OR=2.0$, respecto a los pacientes expuestos en los controles, según literatura ,con dos controles por cada caso($c=2$), se obtiene el número de casos.

$$p_2 = \frac{0.57}{0.57 + 2.0(1 - 0.57)} = 0.399 \quad q_2 = 0.601$$

$$p = \frac{0.57 + 2 * 0.399}{3} = 0.456 \quad q = 0.544$$

$$n = \frac{(1.96\sqrt{(2+1)pq} + 1.282\sqrt{2p_1q_1 + p_2q_2})^2}{2(p_1 - p_2)^2}$$

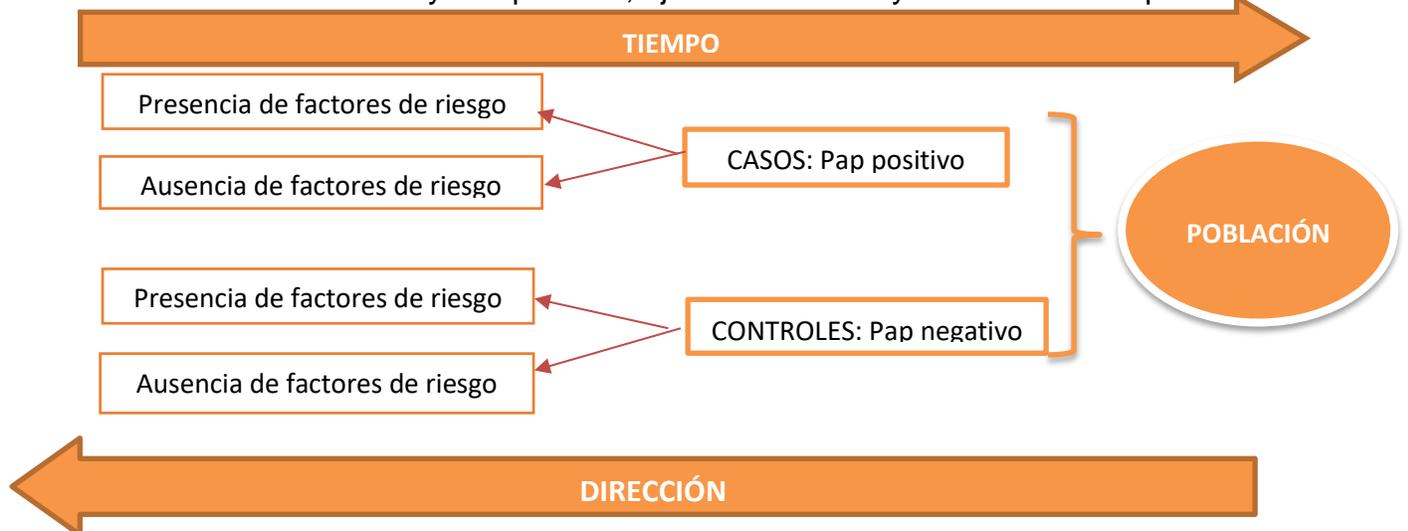
$$n = 133$$

Es decir 133 casos y 266 controles

2.4 Métodos

Tipo de estudio:

- Este estudio fue de tipo analítico, retrospectivo, de corte transversal, observacional y comparativo, ajustado a casos y controles. El esquema:



2.5 Variables y escalas de medición

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADORES	CRITERIO
GRUPO SANGUÍNEO A	Tipo de sangre registrado en su historia clínica, según la existencia del antígeno A de superficie en los eritrocitos (16)(17).	Cualitativa	Nominal	SI NO	Sí: grupo sanguíneo A, No: grupo sanguíneo B y grupo sanguíneo O
ANTECEDENTE DE ITS	Diagnóstico de una o más (Gonorrea, Tricomoniasis, Sífilis, Chancro Blando, Herpes, Candidiasis, Clamidia) registrados en su historia clínica(18).	Cualitativa	Nominal	SI NO	Sí: Gonorrea, Tricomoniasis, Sífilis, Chancro Blando, Herpes, Candidiasis, Clamidia / NO
INICIO PRECOZ DE RELACIONES SEXUALES	Actividad sexual en la adolescencia (10 a 18 años) referido por la paciente (19) (20).	Cualitativa	Nominal	SI NO	Sí: Inicio de Relaciones sexuales antes de 18 años
MÚLTIPLES PAREJAS SEXUALES	Número igual o mayor a 2 parejas con las que la paciente refiere haber mantenido	Cualitativa	Nominal	SI NO	SI: ≥ 2 NO: < 2

	relaciones sexuales (coital, oral, anal) (21).				
MULTIPARIDAD	Número igual o mayor a 2 partos en el registro de antecedentes obstétricos en su historia clínica. (22) (23).	Cualitativa	Nominal	SI NO	Sí: Multípara: >=2
TABAQUISMO	Adicción al tabaco, por la nicotina (24).	Cualitativa	Nominal	SI NO	Sí: Fumador regular, fumador ocasional, ex fumador No: Fumador pasivo, no fumador.
VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADORES	CRITERIO
PRUEBA DE PAPANICOLAOU	Registro en la historia clínica de prueba Pap con resultado positivo: ASC-US, ASC-H, LIE BG, LIE AG, Carcinoma, AGC o Adenocarcinoma (25).	Cualitativa	Nominal	SI NO	POSITIVA: ASC-US, ASC-H, LIE BG, LIE AG, Carcinoma, AGC o Adenocarcinoma / NEGATIVA

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADORES	CRITERIO
EDAD	Años de vida desde su nacimiento indicado en el documento de identidad (26).	Cuantitativo	Discreta	Documento de identidad	Años
PROCEDENCIA	Lugar dónde ha vivido los últimos 3 meses indicado en la filiación de la historia clínica(27).	Cualitativo	Nominal	Provincias de Trujillo	-
USO DE ANTICONCEPTIVOS	Uso de anticonceptivos a base de estrógenos (AOC: anticonceptivos orales combinados) registrados en la historia clínica(28).	Cualitativa	Nominal	SI NO	-
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER	Diagnósticos de cáncer (cualquier tipo) presentes en el registro de antecedentes familiares de la historia clínica(29).	Cualitativa	Nominal	SI NO	-

ESTADO CIVIL	Condición en función de si tiene o no pareja(30).	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Conviviente Viuda Divorciada	-
GRADO ACADÉMICO	Nivel de estudio académico culminado (31).	Cualitativa	Nominal	Hasta primaria Secundaria Universidad	-

2.6 Procedimientos

1. Se gestionó la resolución expedida por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Privada Antenor Orrego para la ejecución del proyecto, así como la autorización del Hospital I La Esperanza para la obtención de las historias clínicas. Adjuntándole una copia del proyecto, asimismo coordinando fecha y hora establecida de acuerdo al cronograma de actividades propuesto.
2. Luego de obtener la aprobación de la solicitud, acudimos al Servicio de Ginecología de la institución citada del cual seleccionamos a las pacientes comprendidas entre el periodo de enero 2016 - diciembre 2018, que fueron registradas en el cuadernillo de pruebas de Papanicolaou del mismo servicio. Se recopiló las historias clínicas de las pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos en este trabajo. Por último se realizó una pequeña encuesta telefónica a las pacientes seleccionadas sobre los datos no hallados en sus respectivas historias clínicas.
3. Se usó una ficha de recolección de datos. (ver anexo 1)
4. Con la información recolectada se elaboró una base de datos en el programa Excel 2013.

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó el programa SPSS versión 24 para Windows para procesar la información obtenida en las ficha de recolección de datos.

2.8 Procesamiento y análisis estadístico

Estadística descriptiva:

Se calculó las medidas de tendencia central (media, mediana) y las medidas de dispersión (la desviación estándar) para las variables cuantitativas. Y para las variables cualitativas se obtuvo datos de distribución de frecuencias.

Estadística analítica:

Para determinar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la prueba de chi cuadrado y para las variables cuantitativas, la prueba de t de student; las cuales fueron consideradas significativas si la posibilidad de equivocarse fue menor al 5% ($p < 0.05$).

Estadígrafo propio del estudio:

Al ser este un estudio de casos y controles, se calculó el odds ratio (OR) del factor en estudio entre las variables cualitativas dicotómicas respecto al desarrollo de prueba de Papanicolaou positiva. Luego se calculó el intervalo de confianza de 95%. Se consideró factor de riesgo si la prueba chi cuadrado fue significativa y el Odds ratio fue mayor a 1; Se consideró factor protector si la prueba chi cuadrado fue significativa y el Odds ratio fue menor a 1. Si la prueba chi cuadrado no fue significativa se consideró que el factor en estudio no incidió de manera sustantiva en el resultado de la prueba.

		PRUEBA DE PAPANICOLAOU POSITIVA	
		SI	NO
Factores de riesgo	SI	a	B
	NO	c	D

ODSS RATIO: $a \times d / b \times c$

2.9 Aspectos éticos

En el presente estudio contó con la resolución de la Universidad Privada Antenor Orrego y la autorización propia del Hospital I La Esperanza. Cabe mencionar que la recolección de datos registrados en las historias clínicas de cada paciente fue realizada en base a la declaración de Helsinki II (Nº: 11,12, 14, 15, 22 y 23), la ley general de salud (D.S. 017-2006-SA y D.S.006-2007-SA) y el código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú.

3. RESULTADOS

Tabla 1

Variables independientes y resultado de prueba de Papanicolaou positiva en pacientes mujeres del Hospital I La Esperanza.

Variables	Prueba de Papanicolaou positiva				Prueba estadística
	Si		No		
	N.º	%	N.º	%	
Grupo sanguíneo A					
Si	15	11.3	38	14.3	$\chi^2 = 0.70$
No	118	88.7	228	85.7	$p = 0.404$
OR= 0.76 IC 95%: 0.41 < OR < 1.43					
Antecedente de ITS					
Si	11	8.3	50	18.8	$\chi^2 = 0.46$
No	122	91.7	216	81.2	$p = 0.496$
OR = 0.84 IC 95%: 0.59 < OR < 1.39					
Inicio precoz de RS					
Si	39	29.3	83	31.2	$\chi^2 = 0.15$
No	94	70.7	183	68.8	$p = 0.701$
OR = 0.91 IC 95%: 0.58 < OR < 1.44					

Múltiples parejas sexuales					
Si	72	54.1	102	38.3	$\chi^2 = 8.99$
No	61	45.9	164	61.7	p = 0.003
OR = 1.90 IC 95%: 1.25 < OR < 2.89					
Multiparidad					
Si	103	77.4	180	67.7	$\chi^2 = 4.10$
No	30	22.6	86	32.3	p = 0.043
OR = 1.64 IC 95%: 1.01 < OR < 2.65					
Tabaquismo					
Si	17	12.8	23	8.6	$\chi^2 = 1.68$
No	116	87.2	243	91.4	p = 0.195
OR = 1.95 IC 95%: 0.80 < OR < 2.99					
Total pacientes	133	100.0	266	100.0	

En tabla 1 se observa la relación entre las variables independientes y el resultado positivo en la prueba de Papanicolaou: se puede distinguir que del total de pacientes con resultado positivo el 11.3% presentaban grupo sanguíneo A y con cierta similitud porcentual, el grupo de pacientes mujeres con resultado negativo el 14.3% también presentaban grupo sanguíneo A, es decir con similar proporción de pacientes en ambos grupos, lo que permite señalar que el riesgo de que una paciente con grupo sanguíneo A reporte un resultado positivo o negativo para Papanicolaou es similar. Esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado que no encuentra evidencias suficientes de significación estadística. Si bien es cierto el odds ratio es menor a 1; sin embargo, por resultar la prueba estadística no significativa no constituye una magnitud

significativa diferente de 1; si evaluamos el intervalo de confianza, este contiene al $OR= 1$ por lo que se puede inferir que si se repitiera el estudio bajo las mismas condiciones el valor quedaría dentro de este intervalo incluyendo al valor 1 por lo que este factor no reporta una diferencia entre tener o no tener el grupo sanguíneo A.

También se puede observar que del total de pacientes mujeres con resultado positivo el 8.3% presentaban el antecedente de ITS y con cierta diferencia porcentual, del grupo de pacientes mujeres con resultado negativo el 18.8% también presentaban el mismo antecedente. Esta situación es descartada por la prueba chi cuadrado que no encuentra evidencias suficientes de significación estadística, es decir la presencia de antecedente ITS no aumenta significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva. Si bien es cierto el odds ratio es menor a 1; sin embargo, por resultar la prueba estadística no significativa no constituye una magnitud significativa diferente de 1; si evaluamos el intervalo de confianza, este contiene al $OR= 1$ por lo que se puede inferir que si se repitiera el estudio bajo las mismas condiciones el valor quedaría dentro de este intervalo incluyendo al valor 1 por lo que este factor no reporta una diferencia entre tener o no tener el antecedente ITS

Del total de pacientes mujeres con resultado positivo el 29.3% presentaban inicio precoz de relaciones sexuales; mientras en el grupo de pacientes mujeres con resultado negativo el 31.2% también presentaban inicio precoz de relaciones sexuales, con cierta similitud porcentual, es decir con similar proporción de pacientes en ambos grupos, lo que permite señalar que el riesgo de una paciente con inicio precoz RS reporte un resultado positivo o negativo para Papanicolaou es similar. Esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado que no encuentra evidencias suficientes de significación estadística. Si bien es cierto el odds ratio es menor a 1 sin embargo por resultar la prueba estadística no significativa no constituye una magnitud significativa diferente de 1; si evaluamos el intervalo de confianza, este contiene al $OR= 1$ por lo que se puede inferir que si se repitiera el estudio bajo las mismas condiciones el valor quedaría dentro de este intervalo incluyendo al valor 1 por lo que este factor no reporta una diferencia entre tener o no tener el inicio precoz RS.

Con respecto a la variable múltiples parejas sexuales, se puede resaltar que del total de pacientes mujeres con resultado positivo el 54.1% han tenido dos o más parejas sexuales; mientras en el grupo de pacientes mujeres con resultado negativo el 38.3% también señalaban haber tenido por lo menos dos parejas sexuales, con una diferencia porcentual sustantivamente diferente, es decir con diferente proporción de pacientes en ambos grupos. Esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado que encuentra evidencias suficientes de significación estadística; lo que permite señalar que la condición de haber tenido múltiples parejas sexuales aumenta significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva. Con el odds ratio $OR=1.90$ mayor a 1 podemos estimar que las pacientes mujeres con al menos dos parejas tienen 1.90 veces el riesgo de presentar un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou respecto a las mujeres con a lo más una sola pareja ; si evaluamos el intervalo de confianza, este no contiene al $OR= 1$ y es mayor a 1, por lo que se puede inferir que si se repitiera el estudio bajo las mismas condiciones el valor estaría dentro de este intervalo $1.25 < OR < 2.89$ con un valor superior a 1 lo que asegura que la condición de tener al menos dos parejas aumenta el riesgo de positividad de la prueba constituyendo un factor de riesgo.

Con respecto a la variable multiparidad, se puede distinguir que del total de pacientes mujeres con resultado positivo el 77.4% han tenido dos o más hijos; mientras en el grupo de pacientes mujeres con resultado negativo el 67.7% también señalaban haber tenido por lo menos dos hijos, con una diferencia porcentual sustantivamente diferente, es decir con diferente proporción de pacientes en ambos grupos. Esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado que encuentra evidencias suficientes de significación estadística, lo que permite señalar que presentar la condición multiparidad aumenta significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva. Con el odds ratio $OR=1.64$ mayor a 1 podemos estimar que las pacientes mujeres con al menos dos hijos tienen 1.64 veces el riesgo de presentar un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou respecto a las mujeres con a lo más 1 solo hijo; si evaluamos el intervalo de confianza, este no contiene al $OR= 1$ y es mayor a 1, por lo que se puede inferir que si se repitiera el estudio bajo las mismas condiciones el valor estaría dentro de este intervalo $1.01 < OR < 2.65$ con un valor

superior a 1 lo que asegura que la condición de tener al menos dos hijos aumenta el riesgo de positividad de la prueba constituyendo un factor de riesgo.

Se puede distinguir también que del total de pacientes mujeres con resultado positivo el 12.8% presentaban tabaquismo; mientras en el grupo de pacientes mujeres con resultado negativo el 8.6% también presentaban tabaquismo, con cierta similitud porcentual, lo que permite señalar que el riesgo de una paciente con tabaquismo reporte un resultado positivo o negativo para Papanicolaou es similar. Esta situación es corroborada por la prueba chi cuadrado que no encuentra evidencias suficientes de significación estadística. Para evaluar la magnitud de esta relación, el odds ratio de $OR=1.95$ por ser un valor mayor a 1, se dice que el presentar tabaquismo tiende a constituir un factor de riesgo para presentar un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou; asimismo este valor indica que las mujeres con tabaquismo tienen 1.95 veces el riesgo de presentar un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou respecto a las mujeres sin tabaquismo, pero con una prueba no significativa, es decir la prueba no asegura que al repetir este estudio se va a encontrar siempre un valor mayor a 1. El intervalo de confianza, $0.8 < OR < 2.99$, corrobora esta situación y señala valores que pueden incluir al $OR=1$ o menor que 1, $OR < 1.0$.

Tabla 2

Variables intervinientes y resultado de prueba de Papanicolaou positiva en pacientes del Hospital La Esperanza.

Variables	Prueba de Papanicolaou positiva				Prueba estadística
	Si		No		
	N.º	%	N.º	%	
Edad (años)					t = 1.06
Media ± DE	44.1 ± 12.4		42.7 ± 12.7		p = 0.288

Procedencia					
Trujillo	55	41.4	138	51.9	
Ascope	12	9.0	14	5.3	$\chi^2 = 8.17$
Otuzco	4	3.0	16	6.0	p = 0.086
Gran Chimú	8	6.0	4	1.5	
Otras prov La Libertad	14	10.5	38	14.3	
Otra procedencia	40	30.1	56	21.0	
Uso de anticonceptivo					
Si	65	48.9	74	27.8	$\chi^2 = 17.31$
No	68	51.1	192	72.2	p = 0.000
Antecedente familiar cáncer					
Si	61	45.9	77	28.9	$\chi^2 = 11.22$
No	72	54.1	189	71.1	p = 0.001
Estado civil					
Casada	50	37.6	101	38.0	
Conviviente	49	36.8	99	37.2	$\chi^2 = 7.29$
Soltera	20	15.0	55	20.7	p = 0.063
Otro	14	10.5	11	4.1	
Grado de instrucción					

Primaria	22	16.5	37	13.9	$\chi^2 = 4.28$
Secundaria	49	36.8	127	47.7	p = 0.118
Superior	62	46.6	102	38.3	
Total pacientes	133	100.0	266	100.0	

En tabla 2 se observa la relación entre los factores intervinientes y el resultado positivo en la prueba de Papanicolaou: En lo que se refiere al uso de anticonceptivos orales, se puede distinguir una proporción del 48.9% en las mujeres con resultado positivo en la prueba de Papanicolaou mientras que en el grupo de mujeres con resultado negativo en la prueba de Papanicolaou el porcentaje alcanza solamente al 27.8% con una diferencia sustancial. La prueba chi cuadrado declara una diferencia altamente significativa, y que permite advertir que la condición del uso de anticonceptivos orales aumenta significativamente el riesgo de presentar un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou respecto al no uso de anticonceptivos orales. Asimismo, se puede apreciar que el antecedente familiar de cáncer también reporta una diferencia sustancial entre ambos grupos 45.9% en las mujeres con resultado positivo en la prueba de Papanicolaou que reportaron antecedente familiar de cáncer y 28.9% en las mujeres con resultado negativo en la prueba de Papanicolaou que reportaron antecedente familiar de cáncer, situación que también es corroborada por la prueba chi cuadrado señalando una diferencia estadística altamente significativa y que permite señalar que aquellas pacientes con antecedente familiar de cáncer se asocian con mayor riesgo a un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou.

4. DISCUSIÓN

En este estudio se encontró que en las mujeres la distribución del grupo sanguíneo A tiene cierta similitud porcentual tanto en casos como controles, lo que nos hace suponer que la presencia de grupo sanguíneo A no aumenta significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva; difiriendo con el estudio realizado por Mora et al(15), donde se realizó una revisión de pacientes quirúrgicos con alteraciones del cérvix uterino registrados en el Departamento de Patología del Instituto Nacional de Cancerología en México. Dónde se halló que en la distribución de los grupos sanguíneos según el tipo histológico de CaCu, existe un predominio marcado del grupo sanguíneo A en el carcinoma adenoescamoso, con significancia estadística ($p= 0.02$). Esta discordancia puede estar relacionado con el hecho de que nuestro trabajo no diferenció entre tipos histológicos de cáncer cervicouterino, sino simplemente en poseer una prueba positiva de Papanicolaou, situación que nos apoya el mismo estudio de Mora et al(15) al declarar también que en otros tipos histológicos el grupo sanguíneo marcado no fue el de tipo A.

Se describió también la distribución de las pacientes mujeres según el antecedente de infecciones de transmisión sexual y el resultado positivo de la prueba de Papanicolaou; y se observó que aunque ambos grupos de mujeres tanto con prueba Papanicolaou positiva y negativa presentaban el antecedente con cierta diferencia porcentual, la prueba chi cuadrado no encontró significancia estadística; nuestros resultados son similares a los hallados por Muñoz(14) en su tesis de pregrado, el que realizó un estudio analítico retrospectivo de tipo casos y controles con una muestra final de 660 pacientes; en la que reportó que el grupo de casos en su gran mayoría no tenían antecedentes de ITS (97%), por lo que no encontró ningún tipo de asociación. Por otro lado, nuestros resultados distan de las tendencias descritas por Cordero et al(11), quienes ejecutaron un estudio analítico y retrospectivo de casos y controles, con el objetivo de relacionar los factores de riesgo para el cáncer cervicouterino con el resultado de algunas citologías alteradas, donde se halló, usando el riesgo relativo, que el tener al menos un antecedente de ITS, el riesgo de presentar citología alterada aumenta en 6,7 veces más. Este hecho puede deberse al mayor tamaño de muestra presentado en el estudio de Cordero et al(11) cuyo número sobrepasa al nuestro con

500 casos, en cambio el estudio de Muñoz(14) cuenta con una cifra similar a la nuestra, de 165 casos. Ambos estudios presentan el mismo diseño de estudio al nuestro.

Nuestros resultados también encontraron que la presencia de inicio precoz relaciones sexuales no aumenta significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva, discrepando con el estudio analítico, tipo caso control, realizado por Cebrián et al (13) en Lima, Perú. Con el objetivo de asociar factores de riesgo con algún grado de displasia en la prueba de Papanicolaou o colposcopia. Según sus resultados encontrados, se puede interpretar que las pacientes con algún grado de displasia cervical empezaron su actividad sexual precozmente (57.6%), a diferencia de las pacientes del grupo control (43.6%) ($P=0.002$). Puede que la diferencia entre los resultados de Cebrián et al (13) con los nuestros se deba a las diferencias socioeconómicas de cada población estudiada, mientras que nuestra población pertenece a la red Essalud, la del estudio contrario pertenece a la red Minsa, la cual también se caracteriza mayoritariamente por tener grado de instrucción secundaria. También refuta nuestros resultados el estudio realizado por Cabrera et al (29) quienes al realizar su estudio analítico del tipo de casos y controles, con el objetivo de identificar factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino, encontraron que el inicio de las relaciones sexuales precoces (antes de los 17 años) sí es un factor de riesgo para desarrollar CCU, por haber obtenido un valor de OR significativamente mayor de 1 (OR 4.07; IC 95%: 1.89-8.76; $p=4.059 \times 10^{-4}$). A parte del diferente tipo de clasificación de la variable que tienen el estudio de Cabrera et al (29)) con respecto al nuestro, sus autores también defienden su resultado basándose en la tendencia general de la precocidad sexual: mientras más temprano se inicia la actividad sexual, mayor será el riesgo a desarrollar afecciones como cervicitis o enfermedades ginecológicas inflamatorias e infecciosas (ejm. VPH).

Con respecto a la variable múltiples parejas sexuales, permite señalar que las pacientes con la condición de haber tenido dos o más parejas sexuales aumenta significativamente el riesgo para que el resultado de la prueba Papanicolaou resulte positiva. Estos reportes coinciden con el estudio de Cifuentes et al(12) en Colombia quienes desarrollaron un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y

controles, donde se seleccionaron 168 pacientes (42 casos con reporte positivo de lesiones pre malignas y 126 controles con reporte negativo), recolectando información de un registro institucional. Donde hallaron, mediante la prueba exacta de Fisher, como factor significativamente asociado ($p < 0.001$) a una citología positiva el tener dos o más parejas sexuales con un OR de 85 (IC 95%: 11.2 – 639). De la misma manera en el estudio de Cebrián(13) quien elaboró un estudio transversal analítico, tipo caso control con una población de 481 pacientes seleccionados, donde asociaba factores de riesgo con algún grado de displasia en la prueba de Papanicolaou o colposcopia. En donde se encontró que las mujeres del grupo de casos tuvieron un mayor número de parejas sexuales, con diferencia significativa entre los grupos ($P=0.000$) y que las mujeres que presentaban 4 o más parejas sexuales tuvieron relación con los casos de displasia cervical ($P=0.000$); justificado porque se correlaciona el hecho de tener un mayor número de parejas sexuales con una mayor frecuencia de exposición a microorganismos precancerosos y que comprometan directamente la salud de las mismas. Así mismo nuestros resultados difieren a los hallados por Cabrera et al (29) quienes al realizar su estudio analítico del tipo de casos y controles; en el que concluyeron que el factor de haber tenido 3 o más compañero sexuales se constituyó un factor de riesgo para desarrollar CCU, aunque no de forma significativa al realizar el análisis univariado (OR 1.39; $p=0.4054$). Lo que podemos diferenciar de nuestro estudio con el de Cabrera et al (29) es el número de muestra reducido que tuvo (50 casos), la relación caso:control de 1:4 y que el grupo de mujeres que él analizó eran de edad ≥ 25 y nosotros consideramos a pacientes ≥ 18 años, lo cual pudo haber influido en los diferentes resultados obtenidos.

Con respecto a la variable multiparidad, permite señalar que el riesgo de una paciente con al menos dos hijos reporte un resultado positivo para Papanicolaou es mayor en relación a las pacientes con a lo más 1 hijo. Lo encontrado en este estudio es respaldado por Cifuentes et al (12), quienes desarrollaron un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, con el objetivo de asociar factores al hallazgo de lesiones pre neoplásicas detectadas en citología vaginal, contaron con una muestra total de 168 pacientes e informaron que luego de realizar la estimación del odds ratio y sus respectivos intervalos de confianza al 95% junto al valor p mediante

la prueba exacta de Fisher, el factor paridad está relacionado estadísticamente de manera altamente significativa ($p < 0.001$) con un resultado positivo de citología y con un OR de 4.52 [1.7 – 11.5], entonces se puede decir que el tener 3 o más hijos tiene 4.52 veces más riesgo de presentar una lesión pre neoplásica en la citología vaginal; los autores refieren que aunque no haya un mecanismo fisiopatológico totalmente esclarecido para esta asociación, la probabilidades de que influyan factores hormonales vinculados con el embarazo o también los múltiples traumatismos cervicales asociados con el parto pueden estar influyendo en la aparición de cáncer cervical. Otro estudio con resultado similares pero también con una distinta forma de categorizar la variable multiparidad fue el realizado por Muñoz(14) en su estudio observacional transversal analítico retrospectivo de tipo casos y controles, y con una muestra final de 660 pacientes; donde se categorizó la variable en tener 4 o más hijos frente a tener una paridad de 3 o menos, de todos modos halló que sí existe una relación estadística altamente significativa ($p = 0,001$) del factor paridad con respecto a tener una prueba Papanicolaou positiva y se pudo estimar con el OR que 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. A diferencia de los estudios mencionados (12) (14), en nuestros antecedentes tenemos otro estudio que por el contrario refuta lo hallado: Cabrera et al (29) realizaron un estudio analítico del tipo de casos y controles en Cuba, con el objetivo de identificar factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino, para lo que recolectaron una muestra total de 50 pacientes mujeres todas mayores de 25 años y encontraron que el factor multiparidad, denominado como mujeres con 3 o más partos, no estaba estadísticamente asociado con la aparición de CCU al obtener un valor de OR menor a 1 ($OR = 0.35$); los autores de este estudio (29) afirman nuevamente que los desgarros producidos por los partos pueden generar células atípicas al momento la de reepitelización y a pesar de que la mayor parte del grupo en estudio presentó dos o más hijos no llegó a ser considerado como factor de riesgo por la categorización de multiparidad que ellos usaron (3 o más partos), también informan que este hecho pudo estar relacionado con la disminución del número de partos en su área de salud.

Los resultados arrojaron que la distribución del factor tabaquismo tuvo similitud porcentual tanto en el grupo de estudio casos como en el grupo de estudio controles, resultados que fueron corroborados por la prueba chi cuadrado que no encontró evidencias suficientes de significancia estadística; nuestros resultados son similares al encontrado por Cebrián(13) quien en su tesis de pregrado elaboró un estudio transversal analítico, tipo caso control con una población total de 481 pacientes mujeres mayores de 17 años y con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la presencia de displasia de cérvix; concluyó que la mayoría de las pacientes en estudio no consumía tabaco (53%), y el porcentaje de consumo fue similar entre los casos y controles, lo que señala una falta de significancia estadística y fue corroborado mediante la prueba chi cuadrado con un valor $P=0.552$; por lo que Cebrián (13) advierte que una posible causa a esta igualdad en sus grupos de estudio se deba a que el consumo de tabaco es una práctica cotidiana en su actual población, lo que significa tener las mismas probabilidades de encontrar tanto a una mujer con displasia que fume, al igual que a una mujer sin displasia que fume. En cambio tenemos el estudio analítico retrospectivo de tipo casos y controles de Muñoz(14), con una muestra final de 660 pacientes; en el que se halló que casi en su totalidad, las pacientes del grupo casos no fumaban (99,94%). Los resultados de Muñoz (14) se parecen bastante a los nuestros, ya que en nuestra población la mayoría tampoco presentaba el hábito de fumar (solo el 12.8% de casos y el 8.6% de controles). Luego, difiriendo con nuestro estudio, encontramos el estudio de Cordero et al (11), quienes al precisar la asociación entre algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino y la presencia de citología alterada mediante un estudio analítico y retrospectivo de casos y controles, sus resultados reportaron que el factor de hábito de fumar destacaba en más del doble de las mujeres del grupo de estudio de casos, en comparación del grupo control. Se concluyó así, mediante el cálculo de razón de productos cruzados, que las fumadoras aumentaban más de 2,85 veces las probabilidades de presentar citologías alteradas. Otro estudio que también difiere del nuestro en sus resultados es el realizado por Cifuentes et al (12), quienes en su estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, con una muestra total de 168 pacientes informaron que entre los factores significativamente asociados

($p < 0.001$) con un resultado positivo de citología se encontraba la variable tabaquismo con un OR de 12,1 [4 – 36.3]. Ambos autores (11) (12) sostienen sus hallazgos por los mecanismos conocidos que relacionan la nicotina con el cáncer cervical, así pues mencionan que el metabolito de la nicotina que llega por el torrente sanguíneo al cuello uterino es altamente oncógeno, capaz de inducir cambios mitóticos en las células cervicales, aparte de disminuir la capacidad inmunológica local; además sostienen que se asocia directamente a tener cambios importantes en la conducta sexual, del estado nutricional e inmunológico de jóvenes y adolescentes que se derivan de su consumo. Así pues podemos inferir que probablemente nuestros resultados sean diferentes debido a que los datos fueron obtenidos de poblaciones distintas.

Con respecto a las características generales de las pacientes, en la Tabla N°2 se comparó las que consideramos como variables intervinientes: edad, procedencia, uso de anticonceptivos orales, antecedente familiar de cáncer, estado civil y grado de instrucción. A pesar de ello, no se logró verificar diferencias significativas en relación a todas las variables entre las pacientes de un grupo u otro grupo del estudio. No obstante, sí se comprobó diferencias estadísticas en relación a las variables de uso de anticonceptivos orales y antecedente familiar de cáncer de un grupo u otro.

En lo referente a la variable uso de anticonceptivos, se pudo distinguir una gran diferencia porcentual entre casos y controles (48.9% y 27.8% respectivamente) del estudio, diferencia corroborada por la prueba chi cuadrado, que permite advertir que la condición del uso de anticonceptivos orales aumenta significativamente el riesgo de presentar un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou. Estos resultados se apoyan en lo encontrado por Muñoz (14), que con su estudio observacional transversal analítico retrospectivo de tipo casos y controles, con una muestra final de 660 pacientes a quienes se les realizó la prueba de Papanicolaou (165 casos con resultado positivo y 495 el grupo control cuyo resultado fue negativo). Llegó a obtener resultados similares en la variable de uso de anticonceptivos orales: las pacientes mujeres con prueba positiva que si toman ACO fueron el 15,7% y las pacientes con resultado negativo fueron un 2,8%, por lo que concluyó, al realizar la prueba de chi cuadrado ($p = 0.000005$) que el ser usuaria de anticonceptivos orales está relacionado

con tener una prueba de Papanicolaou positivo, y al obtener el OR se supo que las mismas pacientes tienen 6.406 veces más riesgo de tener un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou que las pacientes que no son usuarias de ACO. Por otro lado nuestros reportes no coinciden con Cordero et al(11), donde se realizó un estudio analítico y retrospectivo de casos y controles, y encontrando que si bien el consumo de anticonceptivos de tipo hormonal fue más importante en el grupo estudio que en el control, el incremento del riesgo de neoplasia cervical entre quienes utilizaron dichos anticonceptivos no tuvo significación estadística; cabe mencionar que Cordero et al (11) catalogó a la variable ACO solo si se usó por 5 o más años, clasificación que no fue usada en nuestro estudio y tampoco utilizada en el estudio de Muñoz (14).

Con respecto a la siguiente variable interviniente, el antecedente familiar de cáncer, también se puede apreciar una diferencia sustancial entre ambos grupos (45.9% en mujeres con resultado positivo y 28.9% en las mujeres con resultado negativo en la prueba de Papanicolaou), situación que también es corroborada por la prueba chi cuadrado señalando una diferencia estadística altamente significativa. Así también coincide con Cifuentes et al(12) en Colombia quienes desarrollaron un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, donde se buscó asociar un grupo de factores al hallazgo de lesiones pre neoplásicas detectadas en citología vaginal en 168 pacientes. Y hallaron, utilizando la prueba exacta de Fisher, como factor significativamente asociado ($p < 0.001$) el antecedente familiar de cáncer para una citología positiva con un OR de 23.9 (IC 95%: 8.9 – 66.7). Así también coincide con Cordero et al(11) quienes al ejecutar un estudio analítico y retrospectivo de casos y controles; observaron que el factor de riesgo el antecedente familiar de CCU se presentaba en el 14.8% de mujeres del grupo casos y sólo en el 4.2% del grupo control. Y a través de la RPC, se permitió concluir que toda paciente mujer con antecedentes familiares de cáncer cervical es 3.13 veces más susceptible de tener un resultado citológico alterado que el resto de la población femenina sin tal antecedente; así también los autores (11) hacen mención a la tendencia familiar como causa de una condición hereditaria que hace que las mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras.

Las limitaciones que tuvo este estudio fueron las desventajas relacionadas a cualquier estudio de tipo casos y controles retrospectivo; como por ejemplo, el sesgo de información, refiriéndonos a los insuficientes datos que nos dieron las historias clínicas en cierto casos, así también como a los posibles errores al ser registrados los mismos en las historias clínicas de las pacientes, por hacer otra mención tuvimos también el sesgo de memoria pues algunas pacientes no lograban recordar con exactitud los datos pasados solicitados. Y como es de todo conocimiento la pandemia COVID-19 ocurrida durante estos años fue una dificultad agregada a la recolección de nuestra muestra por la disminuida accesibilidad a los servicios de salud en los años 2020 y 2021.

En concordancia a todo lo expuesto, no se acepta nuestra hipótesis alterna, la cual decreta que “el grupo sanguíneo A, el antecedente de infecciones de transmisión sexual, el inicio precoz de las relaciones sexuales, el antecedente de múltiples parejas sexuales, la multiparidad y el tabaquismo son factores de riesgo para prueba de Papanicolaou positiva en el Hospital I La Esperanza”, en vista de que no se pudo comprobar que todas las variables ya citadas son factores de riesgo para una prueba de Papanicolaou positiva. Los factores de riesgo que sí fueron hallados en este estudio de investigación son: la multiparidad y el antecedente de múltiples parejas sexuales, ya que nuestros resultados mostraron que existe mayor riesgo de poseer una prueba Papanicolaou positiva en las mujeres que presenten este factor. Sin embargo, hubo cuatro variables que no llegamos a considerar como factores de riesgo, por no presentar resultados significativos, las cuales fueron: el grupo sanguíneo A, el antecedente de ITS, el inicio precoz de relaciones sexuales y el tabaquismo; por lo tanto, es necesario realizar nuevas investigaciones para esclarecer definitivamente si los factores mencionados no tienen relación de riesgo en cuanto a cáncer cervical en la pacientes mujeres peruanas. Partiendo de nuestros resultados, sí aceptamos las variables multiparidad y antecedente de múltiples parejas sexuales como factores de riesgo para tener una prueba Papanicolaou positiva.

5. CONCLUSIÓN

1. El antecedente de múltiples parejas sexuales y la multiparidad son factores de riesgo para que se reporte un resultado positivo en la prueba de Papanicolaou.

6. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar más estudios para poder corroborar lo hallado en este estudio, considerando no solo el tener una población más amplia y también más variada, sino también el realizarlos de manera prospectiva, de manera que permita obtener resultados con una mayor validez y el poder conocer la conducta del riesgo de éstas variables en el tiempo con una mayor exactitud.
2. La asociación encontrada entre las variables de nuestro estudio se pueden implementar y ser consideradas en próximas estrategias preventivas, haciendo hincapié en una adecuada educación en salud sexual y reproductiva, desarrolladas con el propósito de disminuir la incidencia de cáncer cervical en la población del Hospital I La Esperanza.
3. Continuar promoviendo la importancia de la vacuna contra el VPH y las pruebas screening del cáncer de cuello uterino en la población femenina, para así continuar con los programas de chequeos ginecológicos de manera periódica para la realización de las pruebas de Papanicolaou y/o IVAA.
4. Acentuar la importancia dada a esta enfermedad; que a pesar de los esfuerzos realizados por el personal de salud de nuestro país y siendo uno de los cánceres, no solo con un fácil método de cribado, sino también con una tasa de supervivencia sumamente alta si es detectado en etapas tempranas; continúa en la cima de los cánceres notificados en nuestra población femenina, aparte de ser uno de los que genera un mayor número de defunciones.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López J, Ruíz G, Organista-Nava J, Gariglio P, García-Carrancá A. Human papillomavirus infections and cancer stem cells of tumors from the uterine cervix. *Open Virol J*. 2012;6:232-40.
2. OMS. International Agency for Research on Cancer: Cervix Uteri. GLOBOCAN. 2018:1-2. Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf> [citado 1 de abril de 2019]
3. MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Guía técnica [Internet]. 2017;1:12-14. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/guia-de-practica-clinica-para-la-prevencion-y-manejo-del-cancer-de-cuello-uterino-guia-tecnica> [citado 1 de abril de 2019]
4. MINSA. Plan nacional para la prevención y control de cáncer de cuello uterino 2017- 2021. Documento Técnico [Internet]. 2017;1:9-13. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.insnsb.gob.pe/plan-nacional-para-la-prevencion-y-control-de-cancer-de-cuello-uterino-2017-2021> [citado 12 de agosto de 2019].
5. Dušková J. What is new in cervical precanceroses cytodiagnosics?. *Cesk Patol*. January 2012;48(1):22-9.
6. Peirson L, Fitzpatrick-Lewis D, Ciliska D, Warren R. Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. May 2013;2(1):35.
7. Herrera YA, Piña-Sánchez P. History of the development of screening tests for cervical cancer. *Rev Medica Inst Mex Seguro Soc*. Diciembre de 2015;53(6):670-7.
8. Angeleri AA, Díaz LB, Coliva G, Guerra F, Palaoro LA, Rocher AE. Quality of the exo-endocervical sampling in the prevention of uterine cervix cancer. *Medicina (Mex)*. 2017;77(6):512-4.

9. National Cancer Institute of USA. Diccionario de cáncer: Definición conceptual de Prueba de Papanicolaou. CANCERGOV [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario> [citado 3 de abril de 2019].
10. ESSALUD. Detección Temprana del Cáncer de Cuello Uterino. Guía técnica [Internet]. Lima 2016:17-30. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/DIREC_DETECCION_TEMP_CANCE RCUELLOUTERINO.pdf/ [citado 3 de abril de 2019].
11. Cordero Martínez J, García Pimentel M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Rev Cuba Obstet Ginecol. Diciembre de 2015;41(4):350-64.
12. Cifuentes LY, Abril FGM, Díaz JMO. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. Av. Enferm 2014;32(1): 63-71.
13. Cebrián E, Pamela E. Factores de riesgo asociados a la displasia de cérvix en pacientes atendidas en la unidad de displasia del hospital San José en el año 2016. Univ Ricardo Palma [Internet]. 2018:43-60 Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/1159> [citado 15 de abril de 2019]
14. Muñoz C, Carlos R. Papanicolaou anormal y factores de riesgo en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2015: 30-56. <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1184> [citado 30 de agosto de 2019]
15. Mora et al. Grupo Sanguíneo e Isoantígenos de Grupo Sanguíneo AB Relacionados con Tipo Histológico en Cáncer de Cérvix. Rev Incan Mex 1983; 28(1):15-22.
16. Rivera-Londoño S, Garrido-Zea EF. Relación entre la especie de plasmodium y el grupo sanguíneo ABO: revisión sistemática. Med & Lab. 2016;22(8):343-54.

17. Bejerano Pérez N, García Bejerano D, Pimentel Figueroa CA. Discrepancias en el agrupamiento del sistema de grupos sanguíneos ABO. *Rev Cienc Med Pinar Rio*. 2016;20(1):142-6.
18. Del Romero J, García-Pérez JN, Espasa-Soley M. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en personas con alto riesgo, incluyendo pacientes infectados por el VIH. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica*. 1 de febrero de 2019;37(2):117-26.
19. Mendoza T LA, Arias G M, Pedroza P M, Micolta C P, Ramírez R A, Cáceres G C, et al. Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2012;77(4):271-9.
20. Güemes Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. *Pediatr Integral* 2017; 21(4): 233–244.
21. Pérez Ferreiro Y del C, Apupalo Chisag MM, Creagh Bandera I. Funcionamiento familiar y conducta sexual de riesgo en adolescentes de la comunidad de Yanayacu, 2015-2016. *Rev Habanera Cienc Méd*. 2018;17(5):789-99.
22. Monleón-Sancho J, Baixauli C, Mínguez J, Ródenas JJ, Plana A, Monleón J. Edad y paridad de la mujer en el momento del parto. *Clínica E Investig En Ginecol Obstet*. 1 de enero de 2001;28(7):273-9.
23. Caffo Aguilar R. Paridad y tipo de parto como factores de riesgo asociados a prolapso genital en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Docente de Trujillo. *Rep Univ Priv Antenor Orrego*. 25 de Septiembre de 2017:18-27. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/3042> [citado 30 de agosto de 2019]
24. Palencia M A, Romero B G, Domínguez L, Ereú M. Nivel de dependencia a la nicotina en personal de Centros Asistenciales de Salud del Municipio Naguanagua, Estado Carabobo. *Mem Inst Invest Cienc Salud*. 2019; 17(1):32-8.

25. Roque Agapito C. Conocimientos y actitudes sobre cáncer de cuello uterino relacionados con la toma de Papanicolaou en las usuarias del Centro de Salud San Fernando. Rep Univ Nac May San Marcos. Julio-Agosto 2014:7-19.
26. RAE. Definición Conceptual de Edad [Internet]. Madrid. Edición del Tricentenario. 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/> [citado 11 de septiembre de 2019].
27. ASALE RAE. Definición Conceptual de Procedencia [Internet]. Madrid. Edición del Tricentenario. 2018. Disponible en: <https://dle.rae.es/> [citado 8 de mayo de 2019].
28. Cascales Angosto M. Anticonceptivos. An Real Acad Farm. 13 septiembre 2015; 81(3):221-223.
29. Cabrera Guerra II, Ortíz Sánchez Y, Suárez Gómez L, Socarrás Rodríguez R, Vázquez Rosales N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. Mul Med 2016; 20(5):110-28.
30. RAE. Definición Conceptual de Estado civil [Internet]. Edición Digital del Diccionario panhispánico del español jurídico. 2018. Disponible en: <https://dej.rae.es/lema/estado-civil> [citado 12 de mayo de 2019].
31. Escalante Morales EM. Satisfacción laboral en profesionales de enfermería, Área de Emergencia Hospital Nacional Santa Gertrudis, El Salvador. CEDOC - CIES UNAN Managua. Julio 2018:44-9.

ANEXO 01

“FACTORES DE RIESGO PARA PRUEBA DE PAPANICOLAOU POSITIVA EN EL HOSPITAL I LA ESPERANZA”

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CASO: ()

CONTROLES: ()

I. Datos Generales

Historia Clínica N°:

Fecha:/...../..... Hora:.....

N° asignado:

Dirección:.....

Teléfono:.....

1.-DATOS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE:

- **GRUPO SANGUÍNEO:** A B O

- **ITS PREVIAS:** SI NO
 - Clamidia.
 - Gonorrea.
 - Tricomoniasis.
 - Herpes.
 - Sífilis.
 - Chancro Blando.
 - Candidiasis.

- **RELACIONES SEXUALES:** Inicio: <18años NO >= 18años SI

- **PAREJAS SEXUALES:** Número de parejas sexuales: <2 NO >=2 SI

- **MULTIPARIDAD:** Número de partos: <2 NO >=2 SI

- **TABAQUISMO:** Grados: I-III-IV SI Grados: II-V NO

- () ○ FUMADOR REGULAR: Refiere fumar al menos una vez al día, o que lo ha dejado hace menos de un año.
- () ○ EX FUMADOR: Ex fumador regular que lo dejó hace más de un año.
- () ○ FUMADOR OCASIONAL: Fuma uno o más cigarrillos, pero en días alternos.
- () ○ FUMADOR PASIVO: Inhala involuntariamente del humo del tabaco expirado de fumadores cercanos.
- () ○ NO FUMADOR: Nunca fumó en su vida.

2.-DATOS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE:

PRUEBA DE PAPANICOLAOU:

Resultados: POSITIVA NEGATIVA

- Célula escamosa atípica de significado indeterminado (ASC-US)
- Célula escamosa atípica que no descarta lesión de alto grado (ASC-H)
- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LIE BG)
- Lesione escamosa intraepitelial de alto grado (LIE AG)
- Carcinoma de células escamosas
- Anomalías de células glandulares atípicas (AGC)
- Adenocarcinoma

3.- DATOS DE LAS VARIABLES INTERVINIENTES:

- **EDAD:**
- **PROCEDENCIA:**
- **USO DE ANTICONCEPTIVOS:** AOC..... SI () NO()
TIEMPO:.....
- **ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER:SI ()NO()**
TIPO:.....

- **ESTADO CIVIL:**

Soltera () Casada () Conviviente () Viuda () Divorciada ()

- **GRADO**

ACADÉMICO:.....