

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Grado de instrucción como factor asociado a aceptación de la prueba Papanicolaou para detección de lesiones premalignas y/o cáncer uterino.

Tesis para optar el Título de Médico Cirujano

AUTORA:

Lucia Fernanda Galarreta Gálvez

ASESOR:

Dr. Luis Enrique Castañeda Cuba

Trujillo-Perú

2018

*El presente trabajo
es dedicado a mi familia;
por su apoyo continuo
en este largo camino
de la carrera médica.*

ÍNDICE

I. RESUMEN.....	04
II. INTRODUCCIÓN.....	05
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	11
IV. RESULTADOS.....	17
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	25
VI. CONCLUSIÓN.....	28
VII. RECOMENDACIONES.....	29
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
IX. ANEXOS.....	36

RESÚMEN

Título: “Grado de instrucción académica como factor asociado a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino.”

Objetivo: Determinar si el grado de instrucción académica es un factor asociado a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, en las mujeres que acudieron al consultorio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido de enero a junio del 2017.

Resultados: Se aplicó el anexo 1 a un total de 174 mujeres quienes tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvieron como muestra un total de 152, las cuales fueron divididas en dos grupos para la evaluación de las variables planteadas. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) de Mantel-Haenszel encontrando una fuerte asociación entre el grado de instrucción y la aceptación de la prueba Papanicolaou. Además se encontró una fuerte asociación entre la negativa a la prueba y la concepción de que la misma es un procedimiento traumático y la aceptación a la misma, cuando la evaluada tenía el antecedente familiar de neoplasia cervical aceptando la prueba 2.8 veces más que las demás evaluadas.

Conclusión: Existe asociación entre el grado de instrucción académica y la aceptación de la prueba de Papanicolaou.

Palabras clave: *Grado de instrucción académica, prueba de Papanicolaou.*

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es una alteración de la maduración celular del epitelio del cuello del útero, en la cual se aprecian anomalías nucleares compatibles con displasia que comprometen progresivamente todo el espesor del epitelio. Constituye un problema de salud pública en todo el mundo por su elevada incidencia y mortalidad, de acuerdo a Globocan 2012, a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el sétimo más común a nivel general entre hombres y mujeres, y el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) teniendo en cuenta que el 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos) ^{1, 2}.

Las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo: las tasas más altas están en las regiones del Este Africano, específicamente en Zimbabwe y Uganda, con tasas de incidencia estandarizada por edad (TEE) de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres respectivamente; y en América Latina, donde la ciudad de Trujillo en Perú reporta el nivel más alto en el continente (43.9 por 100,000) ^{3,4, 5}.

La historia natural de esta enfermedad implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras: NIC I, II y III o carcinoma in situ (CIS). Las mujeres con una mayor frecuencia de NIC están entre los 25 y 45 años de edad, progresando la NIC I a los siguientes estadios en un 70% de los casos ^{6, 7, 8, 9, 10}.

El diagnóstico de la neoplasia intraepitelial cervical es efectuado mediante Citología cervical, Colposcopia y Biopsia Histopatológica; no siempre encontrando concordancia en el diagnóstico de determinado estadio de esta patología. La citología y la colposcopia se han utilizado a través de los años con el objetivo de diagnosticar las afecciones premalignas y malignas del cérvix uterino; sin embargo, el estudio histológico es el que resulta concluyente para poder establecer el diagnóstico ^{11, 12, 13, 14, 15}.

El cáncer invasor de cuello uterino viene precedido por los estadios preinvasores mencionados, detectando los mismos mediante el examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión 16, 17, 18,19, 20.

La citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou (PAP) se considera la prueba de tamizaje para la detección del cáncer de cuello uterino más idónea. Queda claro que dicha intervención, el frotis por PAP, no es un método de diagnóstico definitivo por sí solo, siendo su objetivo poder identificar a esas mujeres que requieran procedimientos diagnósticos adicionales 21, 22, 23.

El Papanicolaou es un examen microscópico de las células exfoliadas o raspadas de una superficie mucosa se realiza para diagnosticar el cáncer cervicouterino esta prueba consiste en encontrar los cambios de las células del cuello que son precursores del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y permitiendo que los tratamientos sean eficaces y oportunos 24,25.

La última Guía de la Sociedad Americana de Cáncer para la detección temprana de Neoplasia de Cérvix y Cáncer, recomienda que el intervalo de tamizaje se realice tres años después del inicio de las relaciones sexuales vaginales (o después de los 21 años de edad), continuándose anualmente hasta los 30 años, edad en la cual, al tener 3 o más pruebas del Papanicolaou técnicamente satisfactorias, informadas como normales o citología negativa, el tamizaje puede ser realizado cada 2 o 3 años, hasta la edad de 70 años 26,27.

Dentro de los factores de riesgo que contribuyen a la aparición y progresión del cáncer de cuello uterino, figuran la infección con ciertos tipos oncógenos de papilomavirus humanos (VPH), las relaciones sexuales a una edad temprana, la multiplicidad de compañeros sexuales, la multiparidad, el uso prolongado de anticonceptivos orales, el consumo de tabaco, la pobreza, la infección por Chlamydia trachomatis 13, 14, 15.

Siendo el examen de Papanicolaou una técnica costo efectiva adecuada, es de gran utilidad el estudio de los múltiples factores relacionados a la conducta desfavorable hacia el mismo; dentro de ellos sociales, económicos, educacionales y culturales. Las mujeres que nunca se han hecho una citología habitan especialmente en zonas rurales y en las zonas con menor índice de riqueza. Entre algunos de los factores propios del sistema de salud que dificultan la toma de la citología se encuentran: barreras asociadas a la edad, el estado civil, el nivel educativo, poner las necesidades de la familia primero, pena, miedo al dolor, fatalismo y vergüenza 28, 29.

La representación social de la mujer ante la toma de Papanicolaou se asocia con la información completa o incompleta que se tiene acerca de la prueba, ideas, desinformación, errores de información; acompañadas de barreras psicológicas para la acción como el miedo a un resultado adverso, al dolor del examen, el pudor si el examen fuese tomado por un varón o la presencia de personas extrañas al área 30, 31, 32.

María D, et al (México, 2011); llevaron a cabo una investigación con la finalidad de identificar los factores asociados con la falta de cumplimiento con el programa de tamizaje en mujeres con y sin cáncer de cérvix; por medio de un estudio de casos y controles. La falta de cumplimiento al tamizaje para cáncer de cérvix fue definido por el tiempo desde la última citología realizada (ausencia o ≥ 3 años); se encontró que la tasa de incumplimiento entre las mujeres con cáncer de cérvix fue de 76.7 % y de 29.6 % en aquellas sin cáncer. La edad > 65 años, el analfabetismo, y el desconocer la enfermedad, fueron los principales factores asociados con la falta de cumplimiento con el programa de tamizaje para cáncer de cérvix 33.

Morales E. et al (Bolivia, 2012); analizaron los factores asociados a la realización o no de despistaje de cáncer de cuello uterino por medio de un estudio descriptivo, encontrando diferencia estadísticamente significativa en la edad, con un valor promedio de 35,6 años en las que aceptaron el PAP sobre él 29,6 años de edad en las que no se lo realizaron y el grado de

instrucción valorado como años de estudio de la mujer evaluada, encontrando una media 10,41 años de estudio en las que no aceptaron el PAP y de 17,21 años de estudio en las que aceptaron ³⁴.

Tourinho L, et al (Brasil, 2012); estudiaron los factores biopsicosociales que interfieren en la realización del PAP, utilizando una muestra de 227 mujeres entre las cuales un 82,8% declaró haber realizado alguna vez el examen. En relación al grado de instrucción, la frecuencia de nivel educativo secundario y superior fue de 27% en el grupo de mujeres que aceptaron la prueba de despistaje y de solo 7% en el grupo que no acepto esta intervención ³⁵.

Garcés P, et al (Colombia, 2012); llevaron a cabo un estudio con el objetivo de reconocer los factores asociados al tamizaje por PAP en mujeres de nivel socioeconómico bajo/medio participando 81 mujeres entre 18 y 66 años; dividiendo a las mujeres en grupos focales segmentados por edades (18-33, 34-49 y 50-66); encontrando una mayor aceptación en las mujeres del grupo comprendido entre 50 y 66 años de edad, el inicio temprano de la actividad sexual y la promiscuidad; así mismo reconocieron como factores negativos a la aceptación, el miedo a practicarse la citología, la incomodidad/dolor, mala atención, y miedo al diagnóstico de cáncer ³⁶.

León S, et al (2013, Argentina); desarrollaron un estudio con la finalidad de de estimar la relación que tiene la realización de PAP con determinados factores sociodemográficos, encontrando mayor aceptación al PAP las mujeres entre 25 y 34 años de edad, la procedencia urbana, el mayor grado de instrucción, el tener algún tipo de seguro de salud y el no tener una pareja sexual estable ³⁷.

Justificación:

Considerando por la información mostrada que la realización del Papanicolaou es una técnica de tamizaje adecuada del cáncer de cuello uterino por ser la idónea en el diagnóstico precoz, resulta de interés precisar cómo influyen los factores demográficos, sociales y culturales en relación a la aceptación de la prueba; con la finalidad de evitar el aumento de la incidencia de

este tipo de cáncer o de diagnosticarlo en etapas más avanzadas, para poder replantear estrategias de intervención comunitaria oportunas de factores potencialmente modificables que permitan incrementar la tasa de cobertura en las mujeres que asisten a los servicios de salud, y de esta forma, lograr mejorar el diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino y la disminución de la mortalidad femenina por esta causa en el Perú y en especial es nuestra ciudad de Trujillo en donde esta patología se presenta con una muy alta morbimortalidad ⁴⁹.

Enunciado del problema

¿Es el grado de instrucción académico un factor asociado a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo?

1.1. Hipótesis

El grado de instrucción académico es un factor asociado a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

1.2. Objetivos

Objetivo General:

- Determinar si el grado de instrucción académico es un factor asociado a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

Objetivos Específicos:

- Determinar el grado de asociación que tiene el estado civil y la aceptación de la prueba Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar el grado de asociación que tiene el lugar de procedencia y la aceptación de la prueba Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar el grado de asociación que tiene el número de parejas sexuales y la aceptación de la prueba Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar el grado de asociación que tiene el antecedente de un familiar con cáncer y la aceptación de la prueba Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.
- Determinar el grado de asociación que tiene el considerar que el procedimiento es traumático y la aceptación de la prueba Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino en las pacientes que acuden al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. MATERIALES

2.1.1 Unidad de análisis

Mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

2.1.2 Unidad de muestreo:

Ficha de recolección de datos de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017 (ANEXO 1).

2.1.3 Tamaño de la muestra:

Para efectos del presente estudio se calculó la muestra basada en el estudio de Lucena L, et al en Brasil en el 2012, donde observaron que la frecuencia de nivel educativo secundario y superior fue 27% en el grupo que aceptó la prueba de despistaje y 7% en el grupo que no acepto, cálculo que es descrito en el ANEXO 2.

2.1.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión (Casos):

- Mujeres con aceptación de la prueba Papanicolaou.
- Mujeres en edad fértil.
- Mujeres con vida sexual activa.
- Mujeres mayores de 15 años.

- Mujeres en quienes pueda definirse con precisión las variables en estudio.

Criterios de inclusión (Controles):

- Mujeres sin aceptación de la prueba Papanicolaou.
- Mujeres en edad fértil.
- Mujeres con vida sexual activa.
- Mujeres mayores de 15 años.
- Mujeres en quienes pueda definirse con precisión la las variables en estudio.

Criterios de exclusión (Casos y controles):

- Mujeres con agenesia de cuello uterino o que hayan sido hysterectomizadas.
- Mujeres que al momento de la prueba presente ginecorragia.
- Mujeres con historia de cáncer de cuello uterino.
- Mujeres en tratamiento para cáncer de cuello uterino.
- Mujer que no haya iniciado relaciones coitales.

1.1.5 Variables y escala de medición:

VARIABLE DEPENDIENTE	TIPO	ESCALA	INDICADORES	INDICES
Aceptación de la prueba de Papanicolaou	Cualitativa	Nominal	Entrevista a paciente	Si-No
INDEPENDIENTE:				
Estado civil	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Conviviente – No conviviente
Grado de instrucción				
Procedencia	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Analfabeta-Primaria
Número de parejas sexuales				Secundaria- Superior
Antecedente familiar	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Rural - Urbana
Considerarlo procedimiento traumático	Cuantitativa	Discreta	H. clínica	Uno - varias
	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si - No
	Cualitativa	Nominal	H. clínica	Si - No

2.1.6 Definiciones operacionales:

1. Aceptación del despistaje de cáncer de cuello uterino mediante la prueba de Papanicolaou: mujer mayor de 15 años que acepta libremente la toma de la prueba de Papanicolaou para el despistaje de lesiones de cuello uterino.
2. Estado civil: Corresponde a la relación de la evaluada con su pareja, considerando para el presente estudio, la cohabitación con la pareja mayor o igual a un año.
3. Nivel de instrucción académico: Se considerara a aquel grado en donde la mujer haya aprobado satisfactoriamente por lo menos un grado de estudios, considerando actualmente: analfabeta, primaria, secundaria, superior. Para el presente estudio esta variable fue agrupada en dos categorías.
4. Procedencia: Para el presente estudio se dividirá a la variable en dos categorías : rural, cuándo no cuente con los servicios básicos de luz , agua y desagüe y urbano cuando cuente con los antes mencionados.
5. Número de parejas sexuales: Se considerará al número de parejas sexuales que haya tenido la mujer en el transcurso del último año, dividiendo a la variable en dos categorías; una pareja o varias.
6. Antecedente familiar: Se considerará cuando el paciente haya tenido familiares en primer grado de consanguinidad con diagnóstico de cáncer de cuello uterino.
7. Considerarlo procedimiento traumático: Se considerará cuando el paciente afirme percibir a la prueba de Papanicolaou como un procedimiento traumático, expresado como desprotegida al momento de realizarse el examen, dolor al momento de realizarse el mismo , posibilidad de transmisión de algún tipo de enfermedad de otra mujer en la que utilizaron el mismo material para el examen, vergonzoso ante la realización del examen por personal del sexo opuesto o posibilidad de sangrado ante la realización del mismo.

2.2 MÉTODOS

2.2.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo.

2.2.2 Proceso de captación de información:

- El investigador realizó la recolección de la información mediante una ficha de recolección de datos (Anexo 1), diseñada por el autor del proyecto.
- Se acudió a la oficina de Investigación y Docencia del Hospital Belén de Trujillo donde se me autorizó la toma de muestra según los valores calculados para cada grupo de estudio.
- Se aplicó la ficha de recolección de datos en el consultorio externo de Ginecología y Obstetricia en el periodo comprendido entre enero y junio del 2017, eligiendo a cada una de las participantes utilizando la tabla de números aleatorios.

2.2.3 Análisis e interpretación de la información:

- Una vez captada la información, se creó una base de datos para efecto de tabulación y procesamiento de datos.
- Se introdujo los datos en tablas de cuatro casillas para realizar el análisis univariado.
- Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) de Mantel-Haenszel para determinar si existía relación entre el grado de instrucción académica y la aceptación de la toma de la prueba de Papanicolaou y posteriormente se calculó el riesgo relativo para cada una de las variables estudiadas, según los resultados de la prueba de Chi Cuadrado.
- La información fue procesada con la ayuda de una hoja de cálculo Excel.

2.2.4 Aspectos éticos de la investigación:

La presente investigación se realizó con la autorización de las oficinas antes mencionadas y con la seguridad de que la información recolectada se utilizó únicamente para fines científicos, conservando el anonimato de cada una de las mujeres evaluadas.⁴¹

III.RESULTADOS

- Se evaluó según el anexo 1 a un total de 174 mujeres a quienes tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se obtuvo como muestra un total de 152, las cuales fueron divididas en dos grupos para la evaluación de las variables planteadas. El criterio de exclusión que más fue utilizado fue la presencia de ginecorragia al momento de que se les planteó la realización de la prueba de Papanicolaou.
- Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) de Mantel-Haenszel con la finalidad de encontrar la asociación entre las variables estudiadas con la aceptación o no de la prueba de Papanicolaou.
- Se encontró un porcentaje estadísticamente significativo en el rechazo a realizarse la prueba en aquellas mujeres con grado de instrucción primario o analfabetas reflejando el 61.8 % de las mujeres que no aceptaron la prueba, por ende el rechazo fue bajo en las mujeres con grado de instrucción secundario o superior. Así mismo, existe una ligera mayor proporción en aceptar la prueba por aquellas mujeres con alguna pareja estable que representó el 56.6 % de las mujeres que aceptaron la prueba con estado civil de convivientes, aunque no dista demasiado de su contraparte de mujeres que no poseen pareja con la cual conviven, sin ser esta diferencia estadísticamente significativa (ver tablas 01 y 02).
- En la tabla 03 se observa una diferencia estadísticamente significativa en la aceptación de la prueba por las mujeres que procedían de zona urbana en cuanto a su vivienda, que representó el 60.5%. Además se encontró que las mujeres que tuvieron más de una pareja sexual en el último año aceptaban la prueba en un 53.9%. Ambas variables tuvieron diferencias estadísticamente significativas reflejadas en la tabla 03 y 04.

- Finalmente al evaluar la aceptación de la prueba en relación a la concepción de que el procedimiento es traumático, se encontró que el 77.6% de mujeres que aceptaron el procedimiento no lo consideraba un procedimiento traumático; y al evaluar la aceptación de la prueba en relación al antecedente familiar de neoplasia, se encontró que la aceptación era mayor si la paciente evaluada tenía algún familiar con cáncer previo representando en un sí a la prueba en el 80.3% ,siendo esta diferencia estadísticamente significativa y multiplicando en 2.8 veces la aceptación de la prueba en comparación con las que no tenían el mencionado antecedente (ver tablas 05 y 06).

TABLA 01: ASOCIACIÓN DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICO Y LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2017.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU				Total
	SI		NO		
	n	%	n	%	n
ANALFABETA A PRIMARIA	20	26.3	47	61.8	67
SECUNDARIA A SUPERIOR	56	73.7	29	38.2	85
Total	76	100.0	76	100.0	152

$\chi^2 = 19.4571$

$p = 0.0000$

OR = 0.22

IC 95% (0.11 - 0.44)

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

TABLA 02: ASOCIACIÓN DEL ESTADO CIVIL Y LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2017.

ESTADO CIVIL	ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU				Total
	SI		NO		
	N	%	n	%	n
CONVIVIENTE	43	56.6	44	57.9	87
NO CONVIVIENTE	33	43.4	32	42.1	65
Total	76	100.0	76	100.0	152

$X^2 = 0.0269$

$p = 0.8698$

OR = 0.95

IC 95% (0.50 - 1.80)

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

TABLA 03: ASOCIACIÓN DEL LUGAR DE PROCEDENCIA Y LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2017.

PROCEDENCIA	ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU				Total
	SI		NO		
	n	%	N	%	n
RURAL	30	39.5	43	56.6	73
URBANA	46	60.5	33	43.4	79
Total	76	100.0	76	100.0	152

$$X^2 = 4.4543$$

$$p = 0.0348$$

$$OR = 0.50$$

$$IC\ 95\% (0.26 - 0.95)$$

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

TABLA 04: ASOCIACIÓN DEL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2017.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAU				Total
	SI		NO		
	n	%	N	%	n
VARIAS	41	53.9	55	72.4	96
UNA	35	46.1	21	27.6	56
Total	76	100.0	76	100.0	152

$X^2 = 5.5417$

$p = 0.0186$

OR = 0.45

IC 95% (0.23 - 0.88)

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

TABLA 05: ASOCIACIÓN DEL ANTECEDENTE DE UN FAMILIAR CON CÁNCER Y LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2017.

ANTECEDENTE DE UN FAMILIAR CON CÁNCER	ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU				Total
	SI		NO		
	n	%	n	%	n
NO	31	40.8	15	19.7	46
SI	45	59.2	61	80.3	106
Total	76	100.0	76	100.0	152

$X^2 = 7.9803$

$p = 0.0047$

OR = 2.80

IC 95% (1.35 - 5.80)

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

TABLA 06: ASOCIACIÓN DEL CONSIDERAR QUE EL PROCEDIMIENTO DE TOMA ES TRAUMÁTICO Y LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO, EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL BELÉN DE TRUJILLO DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO Y JUNIO DEL 2017.

CONSIDERAR QUE EL PROCEDIMIENTO ES TRAUMÁTICO	ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU				Total
	SI		NO		
	n	%	n	%	n
SI	17	22.4	33	43.4	50
NO	59	77.6	43	56.6	102
Total	76	100.0	76	100.0	152

$\chi^2 = 7.6298$

$p = 0.0057$

OR = 0.38

IC 95% (0.19 - 0.76)

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

IV.DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al analizar los resultados y tras la revisión de la bibliografía del presente trabajo hemos encontrado que la aceptación de la realización de la prueba de Papanicolaou ha venido y viene siendo relacionada principalmente con seis factores los cuales han sido evaluados en nuestro trabajo , teniendo en cuenta que los resultados que han encontrado los distintos autores no siempre han sido similares incluso en algunos casos totalmente antagónicos, lo cual refleja la importancia de tener una estadística local para cada uno de ellos. Al analizar el grado de instrucción y su relación con la aceptación de la prueba de Papanicolaou como tamizaje de lesiones del cuello uterino, se encontró un porcentaje mayor de rechazo en el grupo de mujeres con grado de instrucción primario o analfabetas. Tourinho (Brasil 2011) en su estudio de factores que influyen en la realización del examen preventivo cervicouterino en Porto Velho Brasil no encontró dicha relación llegando a esta conclusión tras evaluar a un total de 227 mujeres y clasificando su grado de instrucción de manera similar a la realizada en nuestro estudio, a pesar de que la bibliografía que el cita concuerda con nuestro estudio. En un estudio mas reciente, Ogilvie (Canadá 2016) plantea un estudio de cohorte de cuatro años de evolución en mujeres a partir de los 25 años de edad con una muestra de 981 mujeres encontrando una relación altamente significativa entre la negativa de realizarse el estudio de Papanicolaou y el grado de instrucción bajo. Por lo anterior descrito y por los múltiples estudios que Ogilvie refiere, de manera general la mayoría de autores ha encontrado una relación entre ambas variables especialmente cuando han utilizado muestras muy significativas 33, 34, 35, 36, 37, 42,43.

Con respecto a aceptar la prueba o no según el estado civil de la evaluada, no hemos encontrado una asociación entre ambas variables al igual que la mayoría de autores citados, incluso a pesar de que en algunos estudios como en el de Ogilvie (Canadá 2016) donde clasificaron a la variable en cinco subgrupos no encontraron relación con ninguno de ellos 33, 34, 35, 36, 37, 44, 45,46.

Al analizar el lugar de procedencia como factor asociado a la aceptación o no de la prueba encontramos una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables, reflejado en una aceptación a la prueba de 60.5% en aquellas mujeres con procedencia urbana. Similares hallazgos se han descrito en múltiples estudios siendo el más relevante el de León (Argentina 2013) quien realizó un estudio transversal y ecológico sobre la encuesta nacional de factores de riesgo de dicho país y en donde analizo a 19704 mujeres encontrando con respecto a la variable mencionada una diferencia significativa expresada en un 71% de aceptación a la prueba a mujeres con procedencia urbana 34, 35, 36, 37,45, 46, 47,48.

Se encontró con respecto al número de parejas sexuales que las mujeres que tuvieron más de una pareja sexual en el último año aceptaban la prueba en un 53.9%, con resultados similares y con asociación estadísticamente significativa encontrado en los estudios de Ogilvie (Canadá 2016) y Garcés (Colombia 2012) en donde evidenciaron que a mayor cantidad de parejas mayor porcentaje de aceptación a realización de la prueba, multiplicando la aceptación en 1.63 veces cuando tenían dos o más parejas sexuales según estudio realizado por Bayu et al (Etiopia 2015) 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47, 48.

La percepción de que el procedimiento es un procedimiento traumático, es uno de los factores asociados la realización del examen de Papanicolaou con mayor énfasis de estudio en los últimos cinco años debido a que este es un factor modificable. En nuestro estudio encontramos que las mujeres aceptaban el procedimiento en un 77.6% cuando no consideraban al mismo como un procedimiento traumático con resultados similares y estadísticamente significativos encontrados por Topister (Uganda 2016) y Bayu (Etiopia 2016) quienes estudian este factor en dos de los países con mayor incidencia de cáncer de cuello uterino similar a la que se presenta en esta ciudad de Trujillo 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47, 48..

Finalmente la aceptación de la prueba en relación al antecedente familiar de neoplasia, se convirtió en nuestro estudio en un factor con una asociación muy estadísticamente significativa y llegando a multiplicar la posibilidad de aceptar la prueba 2.8 veces más con respecto a las mujeres que no tenían el mencionado antecedente. Si bien es cierto, esta variable no cuenta con estudios diseñados en poblaciones similares a la nuestra, creemos que posee un resultado lógico por lo que decidimos evaluarla para encontrar la cantidad de veces que multiplicaría la asociación al mencionado factor encontrando el valor mencionado 35, 36, 37, 44, 45, 46, 47, 48.

V. CONCLUSIONES

- El grado de instrucción académica es un factor asociado a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino.
- Los factores como la procedencia urbana de la mujer, el tener más de una pareja sexual en el año y el poseer un familiar con antecedente de neoplasia, son también factores asociados a la aceptación de la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino.
- El que la mujer conciba a la prueba como un procedimiento traumático, es un fuerte factor de rechazo a la prueba de Papanicolaou para la detección de lesiones de cuello uterino, siendo muy importante este hallazgo al ser un factor modificable.

VI. RECOMENDACIÓN

- Recomendamos reproducir el presente estudio en poblaciones adscritas a establecimientos de salud de los tres niveles de atención con la finalidad de valorar la influencia de los mismos factores en poblaciones con mayor nivel de variedad del grado de instrucción y procedencia.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza L, Pedroza M, Micolta P. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* 2012; 77(2): 129-136.
2. Agüero A, Castillo K, González, M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2012; 72(2): 89-102.
3. Romero I, Ceballos C, Monterrosa Á. Lesiones Premalignas y malignas de cérvix en adolescentes y mejeeres jóvenes Clínica Maternidad Rafael Calvo, Cartagena. *MedUNAB*, 2012; 12(1): 4-9.
4. Lau D, Millán M, Fajardo y. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2012; 38(3): 366-377.
5. González M. Infección genital por virus de papiloma humano:¿ Cómo abordar el diagnóstico?. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela* 2014; 74(4): 217-221.
6. Clavijo L, García L, Bautista M. Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono leep. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2015; 56(1): 39-43.
7. Cardona J. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012. *Revista CES MEDICINA Volumen* 2014; 28(1): 6-11.
8. Torriente S, Valdés O, Villarreal A. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2012; 37(1):42-53.

9. Sánchez E. Infección del virus del papiloma humano y cáncer de cuello uterino: distribución de genotipos en mujeres conizadas por lesión escamosa intraepitelial de alto grado (CIN 2-3) y análisis de los cofactores de cáncer de cérvix en Málaga. 2012; 5 (1):3-12.
10. Printz C. New cervical cancer screening guidelines published. *Cancer* 2012; 118(10): 2565-2565.
11. Campos G, Cruz L, Marroquín P. Regresión de las lesiones escamosas cervicales intraepiteliales de alto grado en gestantes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 2012; 60(1): 45-52.
12. Al-Halal H, Kezouh A, Abenhaim H. Incidence and obstetrical outcomes of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer in pregnancy. *Archives of gynecology and obstetrics* 2013; 287(2): 245-250.
13. Solórzano Ó, Rojas G, Velásquez J. Esferolisis como tratamiento de las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado del cuello del útero. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2012, 17(1): 20-23.
14. Grimm C, Brammen L, Sliutz G. Impact of conization type on the resected cone volume: results of a retrospective multi-center study. *Archives of gynecology and obstetrics* 2013; 288(5): 1081-1086.
15. Al-Awadhi R, Chehadeh W, Al-Jassar W, Al-Harmi J. Phylogenetic analysis of partial L1 gene of 10 human papillomavirus types isolated most commonly from women with normal and abnormal cervical cytology in Kuwait. *Archives of virology* 2013; 158(8): 1687-1699.
16. Carrillo F, Regil D, Jiménez M. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología* 2015; 14(3): 157-163.

17. Salcedo M, Pina P, Vallejo V. Human papillomavirus genotypes among females in Mexico: a study from the Mexican institute for social security. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP* 2013; 15(23): 10061-10066.
18. Machado L, Alcaine R, Rodriguez Y. La atención primaria como factor fundamental en la prevención del cáncer cervicouterino. *Acta Médica del Centro* 2014; 8(3): 113-116.
19. Okada M, Gonçalves M, Geraldo P. Epidemiologia e patogênese do papilomavírus humano (HPV). In: Oyakama N, Carvalho J. *I Consenso Brasileiro de HPV: Papilomavirus humano*. São Paulo: BG Cultural. 2012; 4 (2):1-6.
20. Baseman J, Koutsky L. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol*. 2011;32 (1):S16-24.
21. Sánchez J, Huerta I, Rivera J, Rosales M. Infección por VPH y cáncer cervicouterino. *Rev Mex Patol Clin* 2011; 52(4):222-233.
22. Stark A, Gregorie L, Pilarski R, Zarbo A. Human papillomavirus, cervical cancer and women's knowledge. *Cancer Detect Prev* 2010; 32(1):15-22.
23. Hernández I, Álvarez O. Correlación Colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. *Rev Cubana de Obstetricia y Ginecología*; 2010 30(1)23-41.
24. De San José S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, et al. World prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2011; 7(3):453-459.
25. Wright T. Natural history of HPV infections. *J Fam Pract*. 2011; 58(9):S3-S7.

26. Safaeian M, Solomon D. Cervical cancer prevention – cervical screening: Science in evolution. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2012; 34(4):739.
27. Rodríguez O, Pichardo R, Escamilla G, Hernández M. Estudio de la patología citológica del cérvix. *Perinatol Reprod Hum* 2011; 23:12-17.
28. Hernández. D, Linaldi F, Apresa T. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix, *RevMedInstMex Seguro Soc* 2010; 45 (4): 313-320.
29. Urrutia T. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de, cáncer cervicouterino auge. *Chile revchilobstetginecol* 2010; 73(2): 98-103.
30. Bazán F, Posso M, Gutiérrez C. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la prueba de Papanicolaou, *AnFacMed Lima* 2011; 68(1): 45 – 49.
31. Zeferino LC, Derchain SF. Cervical cancer in the developing world. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2012;20(3):339-54.
32. Oliveira M, Silva A, Brito L, Coimbra L. Cobertura e fatores associados à não realização do exame preventivo de papanicolau em São Luís, Maranhão. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;9(3):325-328.
33. María D, Linaldi F. Factores asociados con incumplimiento para tamizaje en cáncer de cérvix. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 45(4): 313-320.
34. Morales E. Factores Asociados a la Realización del PAP a las Mujeres Red de Salud Cercado-CBBA 2012; 4 (1): 2-7.

35. Tourinho L, Zãn D, Crispim P. Fatores que influenciam a realizaçãõ do exame preventivo do câncõr cõrvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondõnia, Brasil. *Revista Pan-Amazõnica de Saõde* 2012; 2(2): 45-50.
36. Garcés P, Isabel C, Rubio L, Diana C, Scarinci I. Factores asociados con el tamizaje de câncõr de cuello uterino en mujeres de nivel socioeconõmico medio y bajo en Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Põblica* 2012; 30(1): 7-16.
37. Leon S, Calli R. Papanicolaou-Related Factors and Mortality from Cervical Cancer in Argentina, 2009-2011. *Rev Argent Salud Põblica*, 2013; 4(15):20-25.
38. Kleinbaun. D. *Statistics in the health sciences : Survival analysis*. New York: Springer – Verlag publishers; 2011 p. 78.
39. Declaraciõn de Helsinki de la Asociaciõn Mõdica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Mõdica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Mõdica Mundial, Tokio, Japõn, octubre de 1975, la 35 Asamblea Mõdica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Mõdica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2012.
40. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S.N° 007-98-SA. Perõ :20 de julio de 2012.
41. Colegio Mõdico del Perõ. Cõdigo de Ètica y Deontologõa del Colegio Mõdico Del Perõ. Lima: CMP; 2007.
42. Lia M, Nyabigamboc A, Navvugad P, Nuwamanyad E, Nuwasiimad A. Acceptability of cervical cancer screening using visual inspection among women attending a childhood immunization clinic in Uganda. *Papillomavirus Research* 4 (2017) 17–21.

43. Deniz S, Kurt B, Ferdane A, Nazlican E, Muhsin A, Nayir T. Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. *Plos ONE* 11 (2017) 1–10.
44. Ogilvie G, Smith L, Van Niekerk D, Khurshed F, Pedersen H, Taylor D. Correlates of women's intentions to be screened for human papillomavirus for cervical cancer screening with an extended interval. *BMC Public Health* (2016) 16:213.
45. Bayu H, Berhe Y, Mulat A, Alemu A. Cervical Cancer Screening Service Uptake and Associated Factors among Age Eligible Women in Mekelle Zone, Northern Ethiopia, 2015: A Community Based Study Using Health Belief Model. *PLoS ONE* 11(2016) 1-13.
46. Luque J, Opoku S, Ferris D, Guevara W. Social network characteristics and cervical cancer screening among Quechua women in Andean Peru. *BMC Public Health* (2016) 16:181.
47. Cetin O, Ferda F, Keskin S, Zebitay A, Deregozu A, Usta T. Knowledge levels of adolescent girls about human papilloma virus and its vaccine. *Turkish Pediatric Association*. 49 (2014) 142–147.
48. Topister O, Berggren V, Sematimba D, Nabirye R, Kumakech E. Beliefs, perceptions and health-seeking behaviours in relation to cervical cancer: a qualitative study among women in Uganda following completion of an HPV vaccination campaign. *Glob Health Action* 2016, 9: 29336.
49. Albújar-Baca, P. Mortalidad por cáncer en Trujillo 2003-2010. *Acta Med Per*. 2014;31(3):150-156.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA TESIS “GRADO DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA COMO FACTOR ASOCIADO A LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO.”

Fecha..... N°.....

DATOS GENERALES:

1.1. Número de historia clínica: _____

1.2. Edad: _____

1.3. Paridad: _____

DATOS DE VARIABLE DEPENDIENTE:

Aceptación despistaje de cáncer de cuello uterino: Si () No ()

DATOS DE VARIABLE INDEPENDIENTE:

Estado civil: Convive () No convive ()

Procedencia: Rural () Urbano ()

Grado de instrucción: Analfabeta () Primaria ()

Secundaria () Superior ().

Número de parejas sexuales: _____

Antecedente familiar: Si () No ()

Considerarlo procedimiento traumático: Si () No ()

Fuente: Historias clínicas de las mujeres atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el periodo comprendido entre enero y junio del 2017.

ANEXO 2

PROCEDIMIENTO REALIZADO PARA EL CÁLCULO DE LA MUESTRA

Se utilizara la siguiente fórmula para estudio de casos y controles ³⁸.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 P(1-P)(r+1)}{d^2 r}$$

Donde: $P = \frac{P_2 + r P_1}{1 + r}$ = Promedio ponderado de P_1 y P_2 .

P_1 = Proporción de casos que estuvieron expuestos a uno de los factores de riesgo en estudio.

P_2 = Proporción de controles que estuvieron expuestos a uno de los factores de riesgo en estudio.

r = Razón de números de controles por caso.

d = Diferencia de las proporciones P_1 y P_2 .

$Z_{\alpha/2} = 1.96$ (para $\alpha = 0.05$).

$Z_{\beta} = 0.84$ (para $\beta = 0.20$).

$P_1 = 0.27^{35}$.

$P_2 = 0.07^{35}$.

$R = 1$

Tourinho L, et al en Brasil en el 2012 observaron que la frecuencia de nivel educativo secundario y superior fue 27% en el grupo que aceptó la prueba de despistaje y 7% en el grupo que no aceptó.

Reemplazando los valores, se tiene:

$$n = 55$$

CASOS: (Mujeres que aceptan despistaje de cáncer de cuello uterino) = 55 pacientes

CONTROLES: (Mujeres que no aceptan despistaje de cáncer de cuello uterino) = 55 pacientes

CONSTANCIA DE ASESORÍA

El que suscribe, doctor LUIS ENRIQUE CASTAÑEDA CUBA, catedrático del departamento de Ginecología y Obstetricia de Universidad Privada Antenor Orrego,

CERTIFICA:

Haber asesorado la tesis para obtener el grado de Bachiller en Medicina titulada: **“GRADO DE INSTRUCCIÓN ACADÉMICA COMO FACTOR ASOCIADO A LA ACEPTACIÓN DE LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU PARA LA DETECCIÓN DE LESIONES DE CUELLO UTERINO”**, de la autora Lucia Fernanda Galarreta Galvez, alumna de la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego.

Hago constar por medio del presente documento que dicho trabajo se ha concluido.

Luis Enrique Castañeda Cuba

CMP: