

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO  
Y LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS  
EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**VANESSA MAGALY SÁNCHEZ RIVAS**

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

**LIMA - PERÚ**

**2018**

**ASESOR**

DR. VALLENAS PEDEMONTE FRANCISCO ANTONIO

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi cordial y profundo agradecimiento a la Dra. **ROSSANA PAJUELO BUSTAMANTE** por su asesoramiento y comprensión en el desarrollo de esta tesis, al personal de Gineco-Obstetricia que labora en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, que me han brindado su apoyo, enseñanzas y sabios consejos durante este período universitario.

## **DEDICATORIA**

A Dios, porque es la luz que guía mi camino.

A mi papá Fausto, por ser un maravilloso padre, la razón de mí vivir, mi guía, un ejemplo para seguir y por haberme brindado todo el apoyo necesario en esta aventura universitaria.

A mi hermano Juan, por haber estado siempre a mi lado, brindándome su apoyo incondicional.

A la memoria de mi mamá Diana por el amor que me brindó y que desde el cielo me guía e ilumina.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la correlación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**Metodología:** La investigación fue de tipo: Cuantitativo, Observacional, Descriptivo, Correlacional, Transversal y Retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 198 historias clínicas de mujeres cuyo resultado de papanicolaou fue patológico. La información se obtuvo usando como técnica la revisión de documentos, basándonos en historias clínicas completas y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, cuyo procedimiento se realizó llenando una ficha de recolección de datos que viene a ser el instrumento que fue elaborado por el investigador y validado por 3 expertos en el área. En la contrastación de la hipótesis se usó la prueba estadística de chi cuadrado y para confirmar la correlación se usó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

**Conclusión Principal:** Existe una correlación significativa entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**Palabras Claves:** Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LEIBG), Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (LEIAG), ASCUS.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the correlation between risk factors and squamous intraepithelial lesions in patients attending the Gynecology service of the National Hospital Hipólito Unanue.

**Methodology:** The research was of type: Quantitative, Observational, Descriptive, Correlational, Transversal and Retrospective. The sample consisted of 198 clinical histories of women whose papanicolaou result was pathological. The information was obtained using a document review technique, based on complete medical records and meeting the inclusion and exclusion criteria, the procedure of which was performed by filling in a data collection form that is the instrument that was developed by the Researcher and validated by 3 experts in the area. The chi-square statistical test was used to test the hypothesis and the Spearman rho correlation coefficient was used to confirm the correlation.

**Main Conclusion:** There is a significant correlation between risk factors and squamous intraepithelial lesions in the patients of the Gynecology Service of the National Hospital Hipólito Unanue.

**Keywords:** Low Grade Squamous Intraepithelial Lesions (L-SIL), High Grade Squamous Intraepithelial Lesions (H-SIL), ASC-US.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que por año son diagnosticados 466,000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y de ellos mueren 231,000 mujeres debida a esta causa; casi el 80% de ellas provienen de países en vías de desarrollo. En los países de América Latina y el Caribe, las tasas de incidencia oscilan entre 30% y 40%; fallecen más de trescientas mil mujeres por esta causa<sup>(1)</sup>.

En América Latina y el Caribe se llevan a cabo varios exámenes de detección como el de Papanicolaou desde hace más de 30 años, ya sea mediante el tamizaje en la consulta externa o en forma de programas de tamizaje organizados. Sin embargo, estos países no han experimentado las mismas disminuciones de las tasas de mortalidad que Estados Unidos y Canadá. Las fallas de estos programas de tamizaje pueden atribuirse no solo a factores relacionados con las técnicas de detección, sino también al acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres y la comunidad. Las consideraciones de género son particularmente importantes, ya que la situación sociocultural y económica de las mujeres, sus creencias religiosas, su grado de instrucción y su grupo étnico influyen en su acceso a la información y en la demanda y la utilización de servicios de prevención del cáncer de cuello uterino<sup>(2)</sup>.

El Perú, ocupa el primer lugar con cáncer de cuello uterino más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, con un padrón cercano a 4,695 casos entre los años 2012 y 2014. Según los datos estadísticos de Cáncer de Lima y Trujillo han convergido en explicar que el Cáncer de Cuello Uterino, es una de las incidencias más altas del mundo. Basados también en los datos de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer se ha estimado que el número de casos que se espera por este Cáncer en la población femenina del Perú para el 2015 fue de 6,473, y que este número irá en crecida para el año 2020 aproximadamente 7,468<sup>(3,4)</sup>.

En todo este contexto no podemos desvincular la relación que existe con la presencia de los factores de riesgo y el desarrollo del cáncer de cuello uterino como son: el inicio en la adolescencia de las relaciones sexuales, multiparidad, usos de anticonceptivos orales, promiscuidad, entre otros. Las infecciones cérvico-vaginales originan diferentes cambios citológicos en el epitelio cervical y son un gran inductor del cáncer de cuello uterino, de ahí que varios estudios han indicado que el virus de Papiloma Humano (VPH) es una causa determinante para el desarrollo de éste cáncer, siendo aislado en un 97% de los casos de cáncer de cuello uterino y lesiones intraepiteliales<sup>(5)</sup>.

Éste trabajo está estructurado como sigue:

- a. Capítulo I: Conformado por el planteamiento y formulación del problema de estudio, la justificación del problema a nivel teórico, práctico, metodológico y económico-social, delimitación del área de estudio, limitaciones, los objetivos y el propósito.
- b. Capítulo II: Describe los antecedentes bibliográficos tanto internacionales y nacionales, la base teórica abarca Conceptos sobre Lesiones precursoras del Carcinoma de Cuello Uterino, evolución natural, sistema Bethesda, tipo de lesiones precursoras, técnicas diagnósticas, medidas de prevención y factores de riesgo; además trata sobre la formulación de la hipótesis y variables y definición operacional de términos.
- c. Capítulo III: Comprende el tipo de estudio, Cuantitativo, Observacional, Descriptivo, Correlacional, Transversal y Retrospectivo; el sitio de estudio; la población y muestra conformados por las muestras tomadas de Papanicolaou en el consultorio N°5 del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, además abarca las técnicas e instrumentos, diseño de recolección de datos, y procesamiento y análisis de datos.



- d. Capítulo IV: Abarca los resultados a los que se arribaron durante la investigación además la discusión del estudio comparando con los antecedentes recopilados.
- e. Capítulo V: Incluye las conclusiones y recomendaciones del estudio.

## ÍNDICE

	PÁGINA
<b>CARÁTULA.....</b>	<b>I</b>
<b>ASESOR .....</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>IV</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>V</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE .....</b>	<b>X</b>
<b>LISTA DE TABLAS.....</b>	<b>XII</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>XVII</b>
<b>LISTA DE ANEXOS .....</b>	<b>XXI</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....</b>	<b>1</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	1
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1. GENERAL.....	2
1.2.2. ESPECÍFICOS.....	2
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	2
1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO .....	3
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
1.6. OBJETIVOS .....	4
1.6.1. GENERAL.....	4
1.6.2. ESPECÍFICOS.....	4
1.7. PROPÓSITO .....	5
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>6</b>
2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.....	6
2.2. BASE TEÓRICA .....	8
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	22
2.4. HIPÓTESIS .....	24
2.4.1. GENERAL.....	24

2.4.2. ESPECÍFICAS .....	24
2.5. VARIABLES.....	25
2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.....	25
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>28</b>
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	28
3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	28
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA .....	29
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	31
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS .....	32
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
4.1. RESULTADOS .....	34
4.2. DISCUSIÓN.....	94
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>106</b>
5.1. CONCLUSIONES .....	106
5.2. RECOMENDACIONES.....	108
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>114</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>PÁGINA</b>
TABLA 1: EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	37
TABLA 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	39
TABLA 3: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	41
TABLA 4: DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	44
TABLA 5: EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	46
TABLA 6: EDAD DE INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	48
TABLA 7: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	50

TABLA 8: NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	52
TABLA 9: NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	54
TABLA 10: NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	56
TABLA 11: USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	58
TABLA 12: ÚLTIMO PAPANICOLAOU REALIZADO POR LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	60
TABLA 13: CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	61
TABLA 14: GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	63

TABLA 15: NÚMERO DE PARTOS SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	65
TABLA 16: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	67
TABLA 17: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	69
TABLA 18: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	71
TABLA 19: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	73
TABLA 20: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	75

TABLA 21: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	77
TABLA 22: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	79
TABLA 23: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	81
TABLA 24: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	83
TABLA 25: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	85
TABLA 26: DIMENSIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO CON EL RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO	87

TABLA 27: DIMENSIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO Y  
LA EDAD DE LA PACIENTE CON EL RESULTADO DE  
PAPANICOLAOU PATOLÓGICO

89



## LISTA DE GRÁFICOS

	PÁGINA
GRÁFICO 1: EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	37
GRÁFICO 2: GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	39
GRÁFICO 3: ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	41
GRÁFICO 4: PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	43
GRÁFICO 5: DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	44
GRÁFICO 6: EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	46

GRÁFICO 7: EDAD DE INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	48
GRÁFICO 8: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	50
GRÁFICO 9: NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	53
GRÁFICO 10: NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	54
GRÁFICO 11: NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	56
GRÁFICO 12: USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	58
GRÁFICO 13: CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	61

GRÁFICO 14: GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	64
GRÁFICO 15: NÚMERO DE PARTOS SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	66
GRÁFICO 16: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	68
GRÁFICO 17: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	70
GRÁFICO 18: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	72
GRÁFICO 19: RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015	74

GRÁFICO 20: RESULTADO DE PAPANICOLAOU  
PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE INICIO DE LAS  
RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO 76  
DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO  
UNANUE, 2015

GRÁFICO 21: RESULTADO DE PAPANICOLAOU  
PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES 78  
DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015

GRÁFICO 22: RESULTADO DE PAPANICOLAOU  
PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS 80  
PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015

GRÁFICO 23: RESULTADO DE PAPANICOLAOU  
PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE ABORTOS DE LAS 82  
PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015

GRÁFICO 24: RESULTADO DE PAPANICOLAOU  
PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE PARTOS DE LAS 84  
PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL  
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015

## LISTA DE ANEXOS

	<b>PÁGINA</b>
ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	115
ANEXO 2: INSTRUMENTO	118
ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS	120
ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	121
ANEXO 5: MAPA GEOPOLÍTICO Y PLANO DE ACCESO AL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE	123
ANEXO 6: BASE DE DATOS DE LA TESIS TITULADA “CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE”	124
ANEXO 7: FOTOGRAFÍAS RECOLECTANDO DATOS EN ARCHIVO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE	128

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer de cuello uterino constituye una preocupación dentro de la salud pública; se ubica como el tercero más prevalente en el mundo, y el segundo en mujeres luego del cáncer de mama, con elevada mortalidad en países subdesarrollados. Si bien ésta neoplasia es una de las patologías más frecuente, las neoplasias precursoras de esta, lo son aún más. Justificando que el de tipo invasor y las pre-malignas, están coligadas con una elevada proporción de casos con la existencia del virus del papiloma humano (VPH). La mayor parte de estas infecciones tienden a resolverse de forma espontánea y sin ninguna consecuencia. La permanencia de éste virus sucede en un 5% de las mujeres después de los 35 - 40 años. Siendo este subgrupo el de mayor riesgo para el desarrollo de éstas lesiones<sup>(6,7)</sup>.

El tamizaje basado en citología cérvico-uterina ha disminuido la mortalidad por cáncer de cuello uterino en los países desarrollados no obstante estos resultados no se pudo replicar en aquellos países del tercer mundo como el nuestro. Existe múltiples argumento que se atribuyen a la falta de efectividad de este tamizaje como los bajos recursos, además de las condiciones socioeconómicas, a problemas en la organización de éstos programas<sup>(8)</sup>.

En el Perú, a medida que van pasando los años éste cáncer ha ido escalando posiciones hasta convertirse en el primer tipo de cáncer más frecuente que se presenta en las mujeres y en especial en aquellas que han presentado algún factor de riesgo ya sea reproductivo, socioeconómico o demográfico, reflejando altas tasas de incidencia y mortalidad como lo demuestran las estadísticas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)<sup>(3)</sup>.

## 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por todas las consideraciones antes mencionadas se planteó la siguiente interrogante:

### 1.2.1. GENERAL

¿Cuál es la Correlación entre los Factores de Riesgo y las Lesiones Intraepiteliales Escamosas en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015?

### 1.2.2. ESPECÍFICOS

- a. ¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentan en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue?
- b. ¿Cuáles son las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue?

## 1.3. JUSTIFICACIÓN

El desarrollo del presente estudio se justifica en lo siguiente:

- a. **Justificación Teórica:** Esta investigación tiene valor teórico porque servirá como antecedente para futuros trabajos, además que brindará datos estadísticos sobre la correlación entre los factores de riesgo y presencia de lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue y su jurisdicción.
- b. **Justificación Práctica:** La realización de esta investigación es conveniente, porque mediante este estudio se conocerá cuáles son los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de éstas

lesiones pre malignas, además de su relación con la salud sexual y reproductiva para así poder disminuir los valores estadísticos de este tipo de cáncer.

- c. Justificación Metodológica:** Esta investigación tendrá datos válidos y confiables que van desde un adecuado diseño de investigación hasta los resultados que se obtendrán.
- d. Justificación Económica-Social:** La relevancia social de esta investigación se fundamenta en los beneficios que brindará a la población en relación al conocimiento de los factores de riesgo que favorecen el desarrollo de éstas lesiones pre malignas y así generar en esta población cambios de conducta sexual. A su vez poder implementar charlas y talleres sobre estos temas que involucran la salud sexual y reproductiva desde la educación secundaria y así disminuir los valores estadísticos de este tipo de cáncer en esta población.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

##### **A. ESPACIAL:**

Este trabajo de investigación se realizó en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, situado en la avenida César Vallejo N° 1390, en el distrito de El Agustino; el mismo que se ubica en la provincia y departamento de Lima-Perú; entre las coordenadas 12° 4' 0" S, 77° 1' 0" W (en decimal-12.066667°,-77.016667°) con UTM 8665267 280480 18L<sup>(37)</sup>. (Anexo 5)

##### **B. TEMPORAL:**

Los datos necesarios para esta investigación fueron tomados de enero a diciembre del año 2015.



**C. SOCIAL:**

El Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue tiene en total 6 consultorios por consiguiente la población de estudio quedó conformada por las mujeres cuyo resultados de papanicolaou fue patológico y fue revisada en el consultorio N°5.

**D. CONCEPTUAL:**

La investigación abordó los temas relacionados a las lesiones pre-malignas del cáncer de cuello uterino y los factores de riesgo relacionados a éstos.

**1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Dentro de las limitaciones que se encontraron en el desarrollo de la investigación fueron:

Dificultad para el acceso a las historias clínicas.

Dificultad para encontrar datos estadísticos.

**1.6. OBJETIVOS**

**1.6.1. GENERAL**

Determinar la correlación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

**1.6.2. ESPECÍFICOS**

1. Conocer las características socio-demográficas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

2. Identificar la distribución de los factores de riesgo de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
3. Clasificar las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
4. Correlacionar las características socio-demográficas como edad, grado de instrucción y distrito de residencia y los factores de riesgo con el resultado del papanicolaou patológico de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## **1.7. PROPÓSITO**

La motivación principal para la realización de esta investigación fue conocer la correlación entre los factores de riesgo y la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas para poder así identificarlas y poder prevenir la aparición de éstas lesiones y su progresión a cáncer de cuello uterino en la población femenina.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Las investigaciones internacionales que se han podido recopilar referentes al tema en estudio fueron los siguientes:

□ López A. en su estudio del año 2011, para optar el grado de Licenciada en Enfermería; de tipo descriptivo, cuantitativo/retrospectivo y de corte transversal, teniendo como conclusiones que el grupo más afectado está entre 25 a 39 años, con una paridad entre 2 a 4 hijos, además del grupo de estudio se encontró que en aquellas mujeres que ya tenían cáncer de cuello uterino habían iniciado su vida sexual a los 19 años y con respecto a la educación de las usuarias un porcentaje significativo son analfabetas<sup>(9)</sup>.

□ Peláez L. y Pinos J. en su estudio del año 2013, para optar el título de Médico; de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, teniendo como conclusiones que con mayor frecuencia se presentó LEIAG, seguida por el LEIBG, adenocarcinoma y ASCUS, ubicándose con mayor prevalencia en mujeres adultas, multíparas, con inicio de relaciones sexuales temprana edad, uso de anticonceptivos oral e inyectable y con partos vaginales<sup>(10)</sup>.

□ Analuisa C. en su estudio del año 2013, para obtener el título de Obstetrix; de tipo documental y analítico, tuvo como conclusiones principales que las mujeres en edad fértil (37 a 39 años) presentan con mayor frecuencia el NIC I con el 19,09% y el 28,18% de las usuarias se ocupan en los quehaceres domésticos<sup>(11)</sup>.

□ Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. en su estudio publicado en la Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014, de tipo descriptivo y transversal. En este estudio se formaron dos grupos: uno de 177

mujeres con diagnóstico citológico de presencia del virus del papiloma y otro de 165 pacientes que no la tenían, con el objetivo de estudiar una posible asociación de diferentes variables con la infección de referencia, teniendo como resultados que el 68,4 % con infección viral tenía entre 40 y 49 años. Más del 85 % en los dos grupos, tuvo inicio de relaciones sexuales entre los 15 y 17 años. La multiparidad y el número de parejas fueron encontradas con mayor frecuencia en las mujeres con infección<sup>(12)</sup>.

Las investigaciones nacionales que se han recopilado fueron:

□ Ramos J. en su estudio del año 2015, para optar el título de Médico Cirujano; de tipo retrospectivo, Casos y Controles, tuvo como conclusiones que la lesión que se presentó con mayor frecuencia fue la de bajo grado, el grupo de estudio se ubicó entre las edades de 30 a 49 años, se encontró analfabetismo, situación de convivencia, procedentes del área rural, multiparidad, no uso de anticonceptivos orales combinados, inicio de relaciones sexuales a temprana edad (15-25 años), múltiples parejas sexuales (4 o más)<sup>(13)</sup>.

□ Lazo E. y Aguilar F. en su estudio del año 2012, para obtener el título de Obstetra; de tipo descriptivo, retrospectivo, correlacional de corte transversal, presentaron las siguientes conclusiones que el 52% tenían Ca insitu, seguido de NIC I (29%), luego NIC II con el 14% y un 5% solo tenía NIC III, con respecto a los factores de riesgo reproductivo, 93% presentaron la menarquia entre los 12 a 14 años, 50% inició su vida sexual en los rangos de 11 a 15 años, número de parejas sexuales el 78% tuvo entre 2 - 3, el 47.62% tenían de 3 - 5 partos, el 33.33% del grupo de estudio se encontraba entre 35 a 54 años y el 64.29% poseía primaria completa<sup>(14)</sup>.

□ Gómez J. en su estudio del año 2013, para optar el grado de Bachiller en Medicina; de tipo casos y controles, tuvo como

conclusiones con respecto al inicio de relaciones sexuales y parto en la adolescencia, multiparidad y el bajo grado de educación constituyen un grupo de factores de riesgo substanciales para el desarrollo de éste tipo de cáncer, asimismo no ocurrió lo mismo con el uso de anticonceptivos orales (ACO), el tabaquismo y la presencia de múltiples parejas sexuales<sup>(15)</sup>.

□ Conde A. en su estudio del año 2014, para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia; de tipo casos y controles, retrospectivo, tuvo como conclusiones que existe asociación significativa de riesgo el tener antecedente familiar; tabaquismo; intervalo entre las tomas de Papanicolaou mayor a dos años; inicio de la relación sexual en la adolescencia (14 a 16 años); tener más de dos partos; el uso de anticonceptivo hormonales, de tipo oral (píldoras) por más de tres años<sup>(16)</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

### **2.2.1. Lesiones Precursoras del Carcinoma de Cuello Uterino:**

#### **A. Definición:**

Son lesiones puramente intraepiteliales, es decir, se encuentran por encima de la membrana basal que separa el epitelio escamoso del estroma. Se localizan en la zona de transformación, esto es, en la mucosa endocervical (pliegues glandulares), pero con metaplasia pavimentosa del epitelio de revestimiento. En este epitelio metaplásico se producen las lesiones. Histológicamente se caracterizan por: hiperplasia epitelial (que se manifiesta en aumento del número de capas del epitelio), anaplasia (desdiferenciación celular) y atipias celulares: el conjunto de estas alteraciones constituyen la displasia epitelial. Existen

desorden celular (no se reconocen las capas propias del epitelio escamoso), aumento de la relación núcleo-citoplasma, anisocariosis (diferentes tamaños nucleares), hipercromasia nuclear y mitosis.

Las lesiones precursoras del carcinoma invasor del cuello uterino se localizan en la zona de transformación (debido a que es más frecuente en edad fértil, de 20/40 años). El promedio de edad para la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) I está entre 25/28 años; para NIC II y III en conjunto, entre 31 y 33 años, para el carcinoma invasor está por encima de los 50 años.

Al hablar de neoplasia intraepitelial cervical indica que el comienzo de procesos neoplásicos y que posteriormente progresaran desde el grado I al III y así, al carcinoma invasor. Pero es posible que se produzca la invasión a partir de lesiones menos avanzadas que el carcinoma in situ<sup>(17)</sup>.

#### **B. Historia Natural de las Lesiones Pre malignas:**

Pese a la exposición constante al Virus Papiloma Humano (VPH), la formación de la neoplasia cervical es casi rara. La gran parte de estas anomalías producidas por el contagio del VPH poseen escasa posibilidad de progresar a NIC o a cáncer de cuello uterino de alto grado, ya que la gran parte de éstas regresan por sí mismas. El tiempo que transcurre entre el inicio de la infección y la presencia de la lesión ya establecida nos demuestra que existen ciertos cofactores (efectos hormonales, diferencias genéticas, tabaquismo o inflamación crónica) necesarios con la finalidad que progrese la lesión.

Varios trabajos han abarcado la evolución de éstas lesiones, insistiendo en la regresión, persistencia y

progresión de la enfermedad. Gran parte de las lesiones de bajo grado son temporales; ya que retornan a la normalidad en términos muy cortos o no llegan a progresar a formas más graves. A diferencia de la NIC de alto grado es más factible que cambie a un cáncer invasor, aunque también se ha visto que algunas de estas lesiones persisten como tales o retroceden. El intervalo promedio para que los precursores progresen a cáncer invasor va de 10 a 20 años. Algunos estudios han intentado resumir las tasas de regresión, persistencia y progresión de la NIC, aunque tengan muchas limitaciones, proporcionan ciertas pistas sobre el comportamiento biológico de tales lesiones. La posibilidad que todos los grados de NIC investigados tanto por citología como por histología es de 45% de regresión, 31% de persistencia y 23% de progresión<sup>(18)</sup>.

PROBABILIDAD DE REGRESIÓN, PERSISTENCIA Y PROGRESIÓN DE NIC				
Categoría NIC	Regresión	Persistencia	Progresión a NIC 3	Progresión a carcinoma invasor
NIC 1	57%	32%	11%	1%
NIC 2	43%	35%	22%	1,5%
NIC 3	32%	56%	-	12%

**Fuente:** La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes<sup>(18)</sup>.

### C. Sistema Bethesda:

#### a) Definición:

Este sistema se instituyó para notificar la citología cervical, elaborado por un grupo de especialistas en 1988 y a lo largo del tiempo ha cursado con 2 revisiones, además se hizo con objetivo de informar las muestras de

forma clara, proveer información relevante al médico y a su vez mantener una comunicación entre el médico y patología.

El informe abarca lo siguiente:

1. Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad: cuando no existe ninguna anomalía de las células epiteliales.
2. Anomalía en Células Epiteliales: cuando se identifica alteraciones celulares de lesiones pre malignas o malignas en las células escamosas o en las células glandulares. En esta se incluyen únicamente dos categorías para las lesiones intraepiteliales escamosas y son:
  - Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo grado (LIEBG) que incluye infección por VPH y NIC I (displasia leve) y,
  - Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) que incluye NIC II y NIC III (displasia moderada, displasia severa y carcinoma in situ).

Esta clasificación también introduce la categoría Células Escamosas Atípicas que utiliza el término ASCUS (células escamosas atípicas con significado indeterminado) la cual muestra las limitaciones inherentes al examen y la dificultad para interpretar ciertos cambios celulares con precisión y reproducibilidad, que se presentan en ciertos casos, y por lo tanto no se puede ofrecer un diagnóstico concluyente. La categoría Carcinoma Escamoso es



definida como un tumor maligno invasor que presenta diferenciación escamosa de las células<sup>(20)</sup>.

## **b) Nomenclatura:**

Anomalías celulares epiteliales:

**EN CÉLULAS ESCAMOSAS:**

Células escamosas atípicas (ASC)

- de significado indeterminado (ASC-US).
- no puede excluirse H-SIL (ASC-H).
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG), comprendiendo:
  - displasia leve/NIC 1.
  - infección por VPH.
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG), comprendiendo:
  - displasia moderada, severa y CIS/NIC II y III.
  - con características sugestivas de invasión (si se sospecha invasión).
- Carcinoma de células escamosas.

**EN CÉLULAS GLANDULARES:**

- Células glandulares atípicas (AGC)
  - endocervicales.
  - endometriales.
  - glandulares.
- Células atípicas, sugestivas de neoplasia.
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS).
- Adenocarcinoma
  - Endocervical.

- Endometrial.
- Extrauterino.
- No específico (NOS)<sup>(21)</sup>.

#### **D. Tipos de Lesiones Precursoras:**

##### **a) Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LIEBG):**

Abarca a la displasia leve, NIC I o condilomas ordinarios. En su conjunto estas lesiones muestran características de condilomas ordinarios con presencia de coilocitos. Existe un subgrupo de LIEBG que abarca a la metaplasia papilar inmadura o condiloma inmaduro. Variante casi rara o tal vez no establecida como cervicitis o pólipo cervical. Su asociación con esta infección es únicamente realizada por medio de la colposcopia<sup>(19)</sup>.

##### **b) Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEAG):**

Comprende a la displasia moderada; carcinoma epidermoide in situ, NIC II, III y condiloma atípico. También presencia de coilocitosis en algunos casos con el 60% del epitelio inmaduro, o sin coilocitosis y bajo grado de pleomorfismo nuclear (NIC III). Regularmente son de difícil clasificación sin un estudio inmunohistoquímico o identificación molecular de VPH. De acuerdo al grado de atipia, puede relacionarse a una lesión de bajo grado o alto grado<sup>(19)</sup>.

**c) Atipia Escamosa de significado indeterminado (ASCUS):**

El reporte de atipias escamosas de significado indeterminado (ASCUS) surgió en la clasificación de Bethesda debido a la necesidad de disminuir el reporte de atipias en la clasificación de Papanicolaou.

Éstas se detallan como aquellas anomalías de células cuya característica no se aplica a los cambios reactivos empero cuanti o cualitativamente y por ende no cubren los criterios para el diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa. Los cambios celulares en la categoría ASCUS pueden reflejar un cambio benigno exuberante o una lesión potencialmente seria que no es posible clasificar con seguridad. También contiene los cambios citológicos altamente anormales, pero en los cuales solamente se observan una o dos células diagnósticas (cuantitativamente insuficientes para hacer un diagnóstico de alto grado).

El pronóstico de esta atipia obedece al grado de anormalidad inspeccionado en el cérvix, que incluye ya sea procesos inflamatorios cuyo curso será benigno, como lesiones de alto grado e invasivas. Un porcentaje significativo (10% y 20%) se ubican entre NIC II y III, y uno de cada mil reportan carcinoma invasivo<sup>(22)</sup>.

**d) Carcinoma in situ (CIS):**

De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestran el aspecto celular de carcinoma. No existe invasión del estroma subyacente<sup>(23)</sup>.

## **E. Técnicas Diagnósticas:**

**a) Citología cérvico-vaginal:** George Papanicolaou planteó ésta técnica hace 50 años por. Con el objetivo de detectar precozmente los tumores malignos cervicales. Planteado como una señal de alarma y requiriendo ratificación por medio de la histología<sup>(24)</sup>.

**b) Colposcopia:** Fue desarrollado por Hinselmann en 1925, cuyo propósito fue de ubicar las lesiones frente a una citología anormal, evaluando y en cuyo caso si fuera necesario se hacía una biopsia dirigida<sup>(24)</sup>.

**c) Detección de VPH:** La presencia del virus del papiloma humano dentro del epitelio cervical, se efectúa mediante técnicas de biología molecular.

Existen dos grandes grupos:

- Detección de ADN viral: No transcriben actividad vírica, sólo ratifican la presencia del virus. Además no permiten conocer carga viral.
- Detección de ARNm E6/E7 viral: Constituyen la actividad vírica oncogénica y reconocen la carga viral<sup>(24)</sup>.

**d) Diagnóstico escisional:** Se fundamenta en extirpar toda la zona sospechosa. En ocasiones su uso también puede ser terapéutico.

Existen dos modalidades más usadas:

- LLETZ/LEEP (Conización con asa de diatermia) Emplea un asa de diatermia para extirpar toda la zona de transformación. Los términos LLETZ y LEEP significan lo mismo. La diferencia estriba en

que LLETZ es un término que se usa en Europa y LEEP en Estados Unidos. LLETZ (Large Loop Excision of the Transformation Zone). LEEP (Loop Electrosurgical Excision Procedure).

- Conización quirúrgica (bisturí frío, láser CO2). Es indicada ante la sospecha de lesiones que afectan la parte profunda del canal endocervical, legrado endocervical con alteraciones y sospecha de enfermedad microinvasora. La diferencia fundamental con la anterior es que se obtiene un fragmento de tejido mucho mayor, lo cual hace que sea una técnica con más riesgo de sangrado y mucho más mutilante<sup>(24)</sup>.

## **F. Medidas de Prevención:**

### **a) Formas de Evaluación:**

- Únicamente citología
- Citología y colposcopia
- Únicamente test de VPH
- Cotest: test de VPH + citología

### **Momentos de Evaluación:**

#### **1. Hasta los 29 años:**

Papanicolaou anual: Seguidamente de dos papanicolaou contiguos cada año negativos, se realizará el examen cada 3 años. Se consideraría hacerlo antes de los 3 años solo en caso de que el médico así lo crea conveniente.

No se usa el test de VPH en este grupo debido a su elevada frecuencia de infección por este virus.

2. Desde los 30 hasta los 69 años:

- Papanicolaou en un intervalo de 3 años hasta llegar a los 69 años. Inmediatamente de dos papanicolaou contiguos cada año negativos, se realizará el examen cada 3 años. Se consideraría hacerlo antes de los 3 años solo en caso de que el médico así lo crea conveniente.
- Se realiza el Test de VPH cada 3 años.
- Cotest (test de VPH + citología) cada 5 años.

3. A partir de los 70 años:

En este rango de edad se sugiere la suspensión del papanicolaou exceptuado en aquellas mujeres que, según su historia clínica, el médico lo considere. Aquellas mujeres que tengan al menos dos papanicolaou seguidos previos negativos en los dos controles, sin lesiones de alto grado o de tipo glandular en los últimos 20 años<sup>(25)</sup>.

**b) Vacunas:**

A medida que han pasado los años se desarrolló dos tipos de vacunas con el propósito de prevenir las enfermedades que ocasionaba determinados serotipos del virus Papiloma Humano. Estos son:

**Gardasil:**

Vacuna tetravalente recombinante (Específicos para los tipos 6, 11, 16, 18 del virus del papiloma humano), elaborada mediante el ensamblaje, por

ingeniería genética de las VLP (partículas semejantes a virus), conformadas por las proteínas L1 de las cápsulas de los Papilomavirus humanos de tipo 6 (VPH 6), 11 (VPH 11), 16 (VPH 16) y 18 (VPH 18).

□ **Cervarix:**

Esta vacuna se hizo específicamente para combatir las enfermedades producidas por serotipos 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH). Vacuna recombinante compuesta por partículas VLP tipo L1 de la cápside de los Papilomavirus humanos de tipo 16 y 18. La vacuna ha sido formulada con un nuevo sistema adyuvante, el AS04, que contiene 500 µg de hidróxido de aluminio y 50 µg de Monofosforil Lípido A 3-desacilado (MPL) con el objetivo de inducir una respuesta inmunitaria más potente y duradera. De la misma manera que la anterior vacuna, al no llevar material genético, no causa infección en el huésped<sup>(26)</sup>.

**2.2.2. Factores de Riesgo:**

Consideramos factores de riesgo a todas las costumbres o circunstancias que elevan la probabilidad de manifestar una enfermedad. Actualmente a través de varios estudios se encontraron varios factores que conllevan al desarrollo de las lesiones intraepiteliales y por ende al Cáncer de cuello uterino. Mencionando la más relevante para esta infección al VPH (virus papiloma humano)<sup>(13)</sup>.

Entre ellos se citan:

#### **A. Infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH):**

Constituye la infección de transmisión sexual más usual. Encontrando una elevada prevalencia en los jóvenes sexualmente activos. Identificando que en la segunda década de la vida los jóvenes se llegan a infectar cerca al 70%. Así mismo este porcentaje baja a medida que aumenta la edad o se mantiene próximo a los 5%. La transmisión se da por contagio sexual, mediante las erosiones mínimas de la piel y mucosas siendo el cuello uterino muy sensible a la infección, posiblemente por la estructura de su epitelio<sup>(27)</sup>.

Esta relación se estableció hace muchos años atrás cuando se observaron sus cambios morfológicos y a medida que paso el tiempo y gracias a la tecnología se pudo identificar el genoma del VPH<sup>(19)</sup>.

El predominio de 15 tipos principales de VPH de alto riesgo, en tejidos de carcinoma epidermoide invasor en mujeres de diferentes regiones geográficas, y la escasa frecuencia (<10%) del de bajo riesgo ha permitido considerar dos tipos de enfermedad por dicho virus: aquella producida por VPH que no se encuentra en el cáncer invasor y, en consecuencia, el riesgo de transformación cancerosa es mínima (enfermedad por VPH de bajo riesgo); y la otra corresponde a la producida por un virus de mayor potencial oncogénico detectado en pacientes con cáncer (enfermedad por VPH de alto riesgo). Esta nueva visión de la enfermedad obliga a reordenar el significado de las lesiones pre malignas de acuerdo a este contexto.<sup>(19)</sup>

Según el riesgo oncogénico se clasifica en<sup>(13)</sup>:

- **Serotipos de alto riesgo:** 16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82, asociados



etiológicamente con lesiones preneoplásicas y cáncer de cérvix.

- **Serotipos de bajo riesgo:** 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81 encontrados en verrugas genitales (condilomas).

#### **B. Edad de la primera relación sexual:**

Las características histológicas de la zona de transformación escamoso-cilíndrica en el exocérnix de las mujeres jóvenes, pueden revelar el mayor riesgo de infección entre las mujeres que inician tempranamente la actividad sexual. La inmadurez cervical, las deficiencias de flujo cervical protector y la ectopia cervical aumentada pueden conducir a una mayor susceptibilidad para la adquisición de una infección por el VPH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes<sup>(27)</sup>.

Cuando la primera relación sexual se da a los 17 años o menos existe 2,4 veces más riesgo de lesión intraepitelial que cuando éste se inicia a los 21 años<sup>(28)</sup>.

#### **C. Número de parejas sexuales:**

La relación entre el número de parejas sexuales y la posibilidad de hallar el virus del papiloma humano es muy consistente ya que el tiempo que acontece entre una pareja y otra, siendo un factor importante, debido a que existe más riesgo de infección si este tiempo es corto<sup>(27)</sup>.

Esta relación es directamente proporcional y se basa en la posibilidad de exposición al VPH. Podemos citar como prototipos, aquellas mujeres solteras, viudas o separadas que presentan riesgo elevado de infectarse por VPH debido a que tendrán más compañeros sexuales<sup>(28)</sup>.

**D. Anticoncepción hormonal oral:**

Cuando el uso se da por 5 años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo. La región larga de control (LCR por las siglas en inglés), en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona<sup>(29)</sup>.

**E. Métodos de barrera:**

El preservativo como el diafragma y hasta los espermicidas constituyen métodos que reducen la probabilidad de cáncer cuello uterino, debido a su efecto de barrera sobre la transmisión del VPH<sup>(28)</sup>.

**F. Tabaquismo:**

Se han encontrados algunas sustancias carcinogénicas del tabaco en el moco cervical, pero no se ha estudiado la dinámica de esta interacción. En promedio las fumadoras tienen el doble de riesgo de lesión Intraepitelial con respecto a las no fumadoras<sup>(29)</sup>.

**G. Paridad:**

Las mujeres con 2 o más hijos poseen un elevado riesgo cerca al 80% de presentar alguna lesión intraepitelial en relación a las que nunca han tenido hijos; después de 4 hijos este riesgo es 3 veces mayor, y luego de 7 se incrementa a 4 veces y si llegamos a 12 se incrementa en cinco veces<sup>(30)</sup>.

#### **H. Edad del primer parto:**

Según Bosch señaló cómo la presencia de 1 o más partos previos a los 22 años incrementa el riesgo 4 veces de cáncer de cuello uterino<sup>(30)</sup>.

#### **I. Partos vaginales:**

Existe cerca del 70% riesgo de presentar alguna lesión intraepitelial si el parto se da por vía vaginal<sup>(14)</sup>.

#### **J. Nivel Educativo:**

Se encontró en un estudio en donde las mujeres con menor nivel académico acuden en busca de ayuda o de prevención sobre su salud alrededor de 2,5 veces menos que las que sí tienen educación básica. Esto se debe que en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de papanicolaou hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso presentara lesiones de bajo grado<sup>(13)</sup>.

### **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

**A. CÁNCER DE CUELLO UTERINO:** Es una tumoración maligna de origen en el cuello uterino o cérvix, capaz de invadir estructuras cercanas y/o lejanas al cérvix.

**B. CITOLOGÍA CERVICAL:** Es el método que se usa para la prevención y detección de lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino.

**C. CUELLO UTERINO:** Es parte del útero ubicado en la zona inferior, midiendo aproximadamente de 3 a 4 cm de longitud y 2,5 cm de diámetro, variando según la edad, el número de partos, el momento del ciclo menstrual de la mujer y el uso de anticonceptivos orales.

**D. DISPLASIA CERVICAL:** Representa aquellos cambios anormales en las células que están ubicadas en la superficie del cuello uterino.

**E. FÓRMULA OBTRÉTRICA:** Término usado para referirse al estado de gravidez y paridad de una paciente. Se expresa haciendo uso de la siguiente abreviatura:

G:a P:b-c-d-e, donde:

G: Gravidez

- a= número total de embarazos, incluyendo embarazo actual, los abortos, molas hidatiformes y embarazos ectópicos.

P: Paridad

- b= número total de recién nacidos a término.
- c= número total de recién nacidos prematuros.
- d= número total de abortos.
- e= número de hijos vivos en la actualidad.

**F. MENARQUÍA:** Se refiere a la primera menstruación comprendida entre las edades 10 a 17 años aproximadamente.

**G. NEOPLASIA:** Se refiere al crecimiento nuevo y anormal de cualquier tumor ya sea benigno o maligno.

**H. NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL I (NIC I):** Presencia de displasia en el tercio inferior del epitelio, con capacidad de

regresión a los 2 años, y progresión a un grado mayor en aproximadamente 10%.

- I. NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL II (NIC II):** Presencia de displasia en los dos tercios inferiores del epitelio.
  
- J. NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL III (NIC III):** Presencia de displasia en la totalidad del epitelio, son conocidos como carcinoma in situ; no regresionan espontáneamente y en aproximadamente 2 años el 10% se transformará en carcinoma invasor.

## **2.4. HIPÓTESIS**

### **2.4.1. GENERAL**

**Hipótesis Alternativa (Hi):** Los Factores de riesgo si están correlacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

**Hipótesis Nula (Ho):** Los Factores de riesgo no están correlacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

### **2.4.2. ESPECÍFICAS**

1. La edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el número de partos son factores de riesgo principales presentes en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

2. Las características socio-demográficas como edad, grado de instrucción y distrito de residencia están correlacionados con la presencia de las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue.

## 2.5. VARIABLES

### Variable Independiente

Factores de riesgo.

### Variable dependiente

Lesiones intraepiteliales escamosas.

## 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

**A. EDAD:** Aquella registrada según su DNI y para fines de la investigación serán divididos según intervalos:

- <= 16 años
- 17-31 años
- 32-47 años
- 48-62 años
- >= 63 años

**B. GRADO DE INSTRUCCIÓN:** El nivel educativo alcanzado por la paciente al momento de la consulta.

**C. ESTADO CIVIL:** Condición de la paciente manifestada al momento de la consulta médica, como:

- Soltera
- Conviviente

- Casada
- Divorciada
- Viuda

**D. PROCEDENCIA:** Manifestado por la paciente ya sea urbano o rural.

**E. EDAD DE LA MENARQUIA:** Consiste en la edad que la paciente manifestará como inicio de su primera menstruación y para fines de la investigación será dividido en intervalos:

- 11-12 años
- 13-14 años
- 15-16 años

**F. EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES:** Manifestado por la paciente al momento de la consulta y para fines de la investigación serán divididos según intervalos:

- 14-16 años
- 17-19 años
- 20-24 años
- 25-29 años

**G. NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:** Cantidad de parejas sexuales declarado por la mujer desde el inicio de su vida sexual.

**H. NÚMERO DE EMBARAZOS:** La cantidad de embarazos que la paciente ha presentado hasta el momento de la consulta y serán plasmados en la fórmula obstétrica.

- I. NÚMERO DE ABORTOS:** La cantidad de abortos que la paciente ha presentado hasta el momento de la consulta y serán plasmados en la fórmula obstétrica.
- J. PARIDAD:** La cantidad de partos que la paciente ha presentado hasta el momento de la consulta y serán plasmados en la fórmula obstétrica.
- K. USO DE ANTICONCEPTIVOS:** Se especificará el tipo de anticonceptivo que usa la paciente al momento de la consulta.
- L. LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS:** Se clasificará según el tipo de lesión encontrada en los resultados de papanicolaou, como:
- ASCUS
  - Infección por VPH
  - NIC I
  - NIC II
  - NIC III
  - Carcinoma in situ



## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación realizada fue de tipo Cuantitativa, Observacional, Descriptivo, Correlacional, Transversal y Retrospectivo.

#### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

##### **A. OBSERVACIONAL:**

Debido a que el investigador no intervendrá o manipulará la variable<sup>(36)</sup>.

##### **B. DESCRIPTIVO:**

Debido a que se describe las características de la población escogida<sup>(36)</sup>.

##### **C. CORRELACIONAL:**

Debido a que se conocerá la relación o grado de asociación que exista entre las dos variables de estudio planteadas en la hipótesis<sup>(36)</sup>.

##### **D. TRANSVERSAL:**

Debido a que el estudio recoge datos de la población en un momento puntual del tiempo<sup>(36)</sup>.

##### **E. RETROSPECTIVO:**

Debido al periodo en que se obtuvo la información<sup>(36)</sup>.

## **3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **3.2.1. POBLACIÓN:**

La población estuvo conformado por las mujeres cuyo resultado de papanicolaou fue patológico y fueron atendidas en el Consultorio N°5 del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, haciendo un total de N = 408 mujeres atendidas en el periodo de Enero a Diciembre del 2015, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

#### **a. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Historias Clínicas de pacientes que se atendieron en el consultorio N°5 del servicio de ginecología en el año 2015.
- Historias Clínicas de pacientes con resultados de papanicolaou patológicos del año 2015.

#### **b. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Historias Clínicas de pacientes con diagnóstico de Carcinoma invasor o microinvasor de cuello uterino.
- Historia Clínicas incompletas.
- Ficha de Resultado de Papanicolaou incompletas.

### **3.2.2. MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:**

#### **A. CÁLCULO DE LA MUESTRA:**

En concordancia con la composición de la población se usó el muestreo probabilístico, para lo cual la muestra se calculó con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{e^2(N - 1) + \sigma^2 Z^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra

z = Nivel de significancia o confianza 95% (1.96)

$\sigma$  = Desviación estándar de la población que, generalmente cuando no se tiene su valor, suele utilizarse un valor constante de 0.5.

e = Límite aceptable de error muestral (0.05)

N = Población a estudiar (408)

Reemplazando:

$$n = \frac{(408)(0.5)^2(1.96)^2}{(0.05)^2(408 - 1) + (0.5)^2(1.96)^2} = 198.110$$

Redondeando:

n = 198
---------

## B. TIPO DE MUESTREO:

El tipo de muestreo que se realizó fue Probabilístico.

### Unidad de Análisis:

Una muestra de Papanicolaou cuyo resultado fue patológico revisado en el Consultorio N° 5 del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

### Unidad de Muestreo:

Ficha de patología que informa el resultado de la muestra de papanicolaou del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

#### **Marco Muestral:**

La historia clínica de la paciente que se realizó el papanicolaou y fue revisado en el Consultorio N° 5 del Servicio de Ginecología del Hospital en mención.

### **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La información se obtuvo usando como técnica la revisión de documentos, basándonos en historias clínicas completas y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, cuyo procedimiento se realizó llenando una ficha de recolección de datos que viene a ser el instrumento (Anexo 2) que fue elaborado por el investigador y validado por 3 expertos en el área (Anexo 3). El instrumento consta de:

- I. Características socio-demográficas consta de 4 ítems.
- II. Antecedentes Ginecoobstétricos consta de 7 ítems.
- III. Resultado de Papanicolaou Patológico consta de 6 ítems.

### **3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

- A. Se presentó una solicitud dirigida Director del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el cual a su vez lo derivó al Comité de Docencia para su revisión y aprobación luego al Comité de Ética e Investigación donde aprobaron el proyecto, así mismo se solicitó autorización para acceder a los archivos de la institución para poder hacer uso de las historias clínicas.
- B. Luego de la autorización para el ingreso al archivo, se entregó la relación de números de historias clínicas según la muestra seleccionada previamente por un muestreo probabilístico, al encargado de archivo para que pueda buscar las historias solicitadas.

- C. Para este fin se contó con la ayuda de una persona para poder recolectar los datos, previamente se le capacitó minuciosamente en el llenado del instrumento para poder recabar íntegramente toda la información necesaria y que posteriormente no exista fallas en el vaciado de datos.
- D. El promedio de llenado de cada instrumento fue de 8 minutos y el total de días que se utilizó para completar el número de la muestra fue de 9 días.

### **3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

El procedimiento seguido fue:

De acuerdo con la naturaleza de las preguntas se usó el programa estadístico Statistical Package For the Social Sciences (SPSS) v. 22; y Microsoft Excel v. 2013.

Se usó la técnica estadística de análisis la distribución de frecuencias muestrales, cuadros de doble entrada y gráficos de frecuencia.

Para las variables demográficas se analizó con estadística descriptiva y se mostró los resultados en tabla de frecuencia. Se calculó: la media y la mediana de la variable edad y para las variables cualitativas se mostró la frecuencia de ellas.

Para analizar la relación de las variables implicadas en el estudio con la variable dependiente, se aplicó el análisis de correlación bivariada de Rho de Spearman.

Para determinar el nivel de concordancia entre la presencia de lesión y las distintas variables seleccionadas se empleó la prueba de Chi-cuadrado.

En la etapa de discusión de la información se contrastó con los antecedentes del trabajo y los resultados de la investigación y finalmente se arribó a conclusiones.

Todas las pruebas estadísticas se realizaron con un nivel de confianza del 95%. Un valor  $P < 0.05$  denotó diferencias estadísticamente significativas para el grupo de estudio.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

Los principales datos alcanzados mediante la ficha de recolección de datos de las pacientes motivo de estudio, se muestran a continuación:

La edad más frecuente se sitúa dentro del intervalo de 32 a 47 años, donde se puede apreciar que la media de edades constituye 43,46 años, el nivel educativo más frecuente encontrado en nuestra población fue “Secundaria Completa” con 42,4 % (84) y también se encontró un número significativo de analfabetas 7,6% (15); con respecto al estado civil la relación de “convivencia” ocupa el primer lugar con 37,9% (75) seguida por la de “casada” con 29,8% (59), se observa que las pacientes proceden mayoritariamente de la zona urbana con 64,6 % (128) pero se encontró un número significativo de mujeres que acuden de la zona rural 35,4% (70), se confirmó que el distrito que mayoritariamente acude al Hospital Nacional Hipólito Unanue pertenece a su ámbito de jurisdicción siendo éste el distrito de San Juan de Lurigancho con 36,9% (73), seguido por El Agustino con 21,2% (42).

En relación a los factores de riesgo tenemos que la edad de inicio de la menarquía fluctúa entre los 12 y 13 años con 65.1% (129), la edad más frecuente de inicio de la relación sexual se sitúa a los 15 años con 31,3% (62) seguida por la edad de 16 años con 24,7% (49), el número de parejas sexuales manifestado por las pacientes más frecuente se ubica entre 2 y 3 parejas con el 84,3 % (167), el número de embarazos más frecuente se sitúa entre 2 a 4 embarazos con una mediana de 3 embarazos, se encontró que el 39,4% (78) había presentado entre 1 a 4 abortos, acerca del número de partos el grupo “Multíparas” alcanzan el 59,6% (118) siendo el más frecuente; así mismo las mujeres que no

usan ningún método anticonceptivo representan un grupo mayoritario con un 35,4 % (70) seguida por las usuarias de inyectables y píldoras.

Dentro del resultado de Papanicolaou patológico hallado en este estudio encontramos a las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LEIBG) que representan porcentualmente el 53% (105) seguido de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (LEIAG) con un 34,4% (68) y finalmente con diagnóstico de ASCUS con un 12,6% (25).

En cuanto a los principales resultados obtenidos para la correlación se puede observar que: la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes, se puede apreciar que el intervalo de 15-16 años alcanza un porcentaje muy alto de 23,2% (46) en aquellas pacientes que fueron diagnosticadas como NIC I y un 16,7% (33) en aquellas con NIC II, cabe resaltar que en aquellas mujeres cuyo inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años están presentes en todas las lesiones pre malignas siendo el más frecuente el NIC I con un porcentaje de 6,1% (12) seguido por el NIC II con un 5,6% (11), la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el número de parejas sexuales podemos observar que las que han tenido 2 parejas sexuales presentaron como resultado de su Papanicolaou NIC I con un porcentaje de 27,3% (54) seguido de las que han tenido 3 parejas sexuales con un porcentaje de 12,6% (25); con resultados NIC II predomina las que han tenido 3 parejas con un porcentaje de 16,2% (32), en el extremo se observa al carcinoma in situ en aquellas pacientes que han tenido 4 parejas sexuales con 1,5% (3), la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el número de partos de las pacientes, se aprecia que aquellas mujeres catalogadas como "Multíparas" presentaron como resultado de su Papanicolaou con mayor frecuencia al NIC I con un porcentaje total de



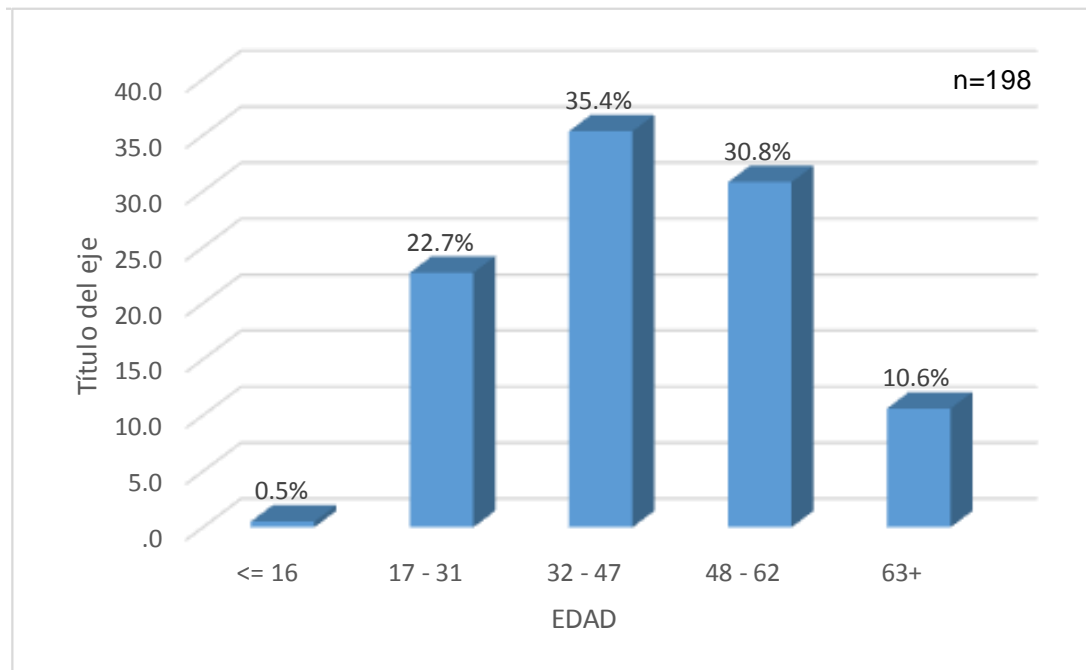
29,3% (58), seguido del NIC II con 15,2% (30), ASCUS con el 8,6% (17) y NIC III con 3% (6), cabe resaltar que el grupo de “Gran Múltiparas” tuvo como resultados más frecuentes al NIC II y NIC I con 6,1% (12) y 5,6% (11) respectivamente.

**TABLA 1**  
**EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL**  
**HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido <= 16	1	.5	.5	.5
17 - 31	45	22.7	22.7	23.2
32 - 47	70	35.4	35.4	58.6
48 - 62	61	30.8	30.8	89.4
63+	21	10.6	10.6	100.0
Total	198	100.0	100.0	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 1**  
**EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL**  
**HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 1 y Gráfico 1 observamos que la edad más frecuente de los pacientes se encuentra en el intervalo de 32 a 47 años con un porcentaje de 35,4% (70), además cabe resaltar el comportamiento de ambos extremos, teniendo al extremo superior el intervalo de 63 años a más se aprecia un porcentaje de 10,6% (21) y al extremo inferior el intervalo igual o menor a 16 años representando el 0,5% (1).

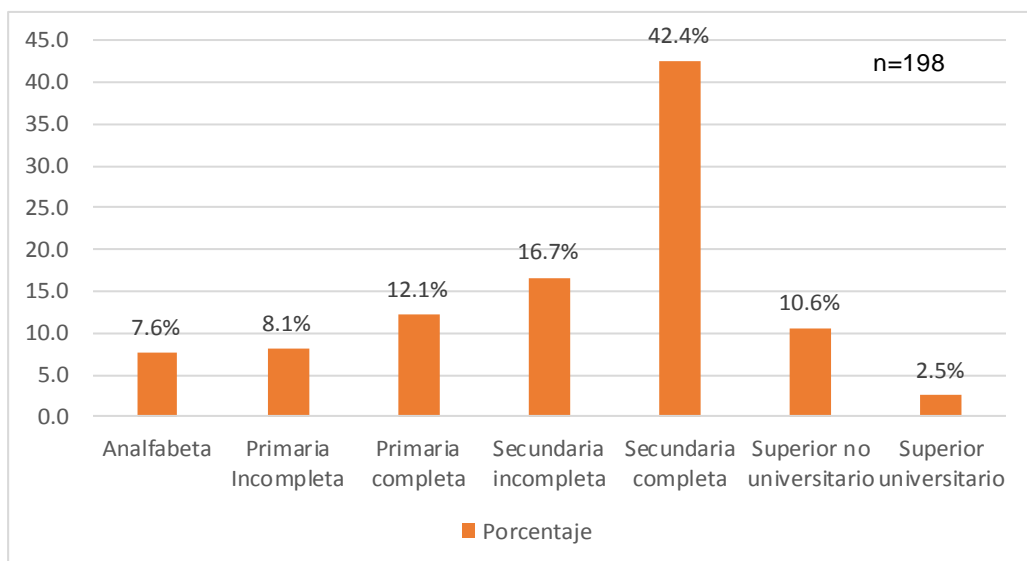
Así también podemos inferir que la media de la población estudiada fue de 43,46 años, con una mediana de 43 años.

**TABLA 2**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Analfabeta	15	7.6	7.6	7.6
Primaria Incompleta	16	8.1	8.1	15.7
Primaria completa	24	12.1	12.1	27.8
Secundaria incompleta	33	16.7	16.7	44.4
Secundaria completa	84	42.4	42.4	86.9
Superior no universitario	21	10.6	10.6	97.5
Superior universitario	5	2.5	2.5	100.0
Total	198	100.0	100.0	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 2**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

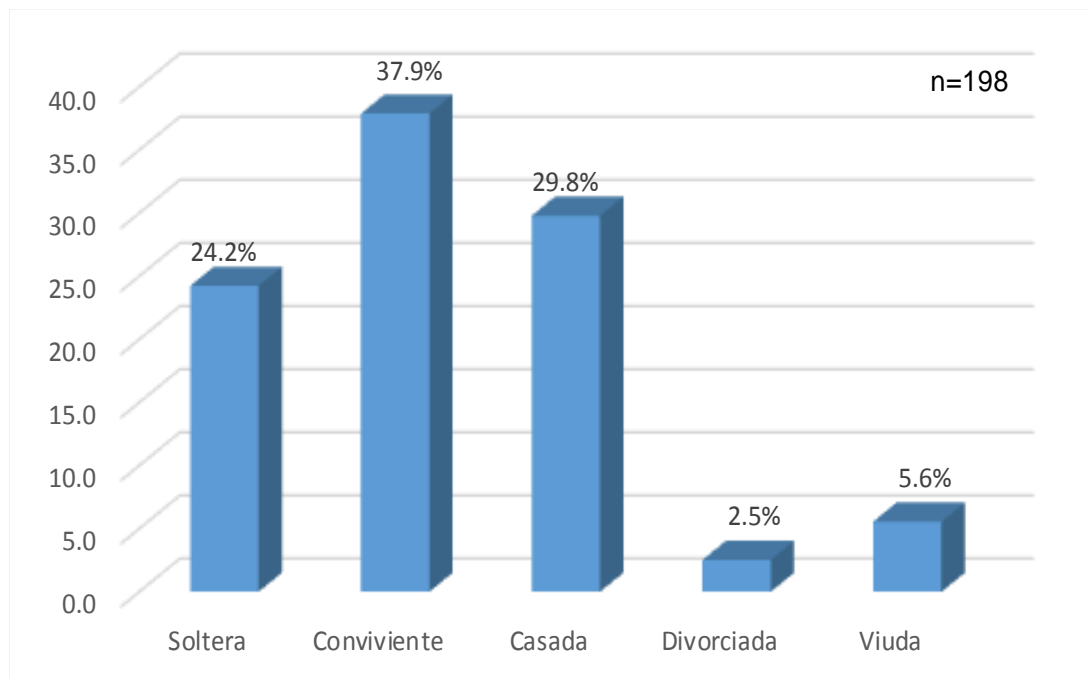
En la Tabla 2 y Gráfico 2 se observa una concentración del nivel educativo “Secundaria completa” con un porcentaje del 42,4% (84) le sigue Secundaria incompleta con sólo el 16,7% (33), con interposición al grupo de Analfabetas donde se aprecia que el 7,6% (15) pertenece a este grupo, siendo el resto de la información con datos de menor cuantía.

**TABLA 3**  
**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Soltera	48	24.2	24.2	24.2
Conviviente	75	37.9	37.9	62.1
Casada	59	29.8	29.8	91.9
Divorciada	5	2.5	2.5	94.4
Viuda	11	5.6	5.6	100.0
Total	198	100.0	100.0	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 3**  
**ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

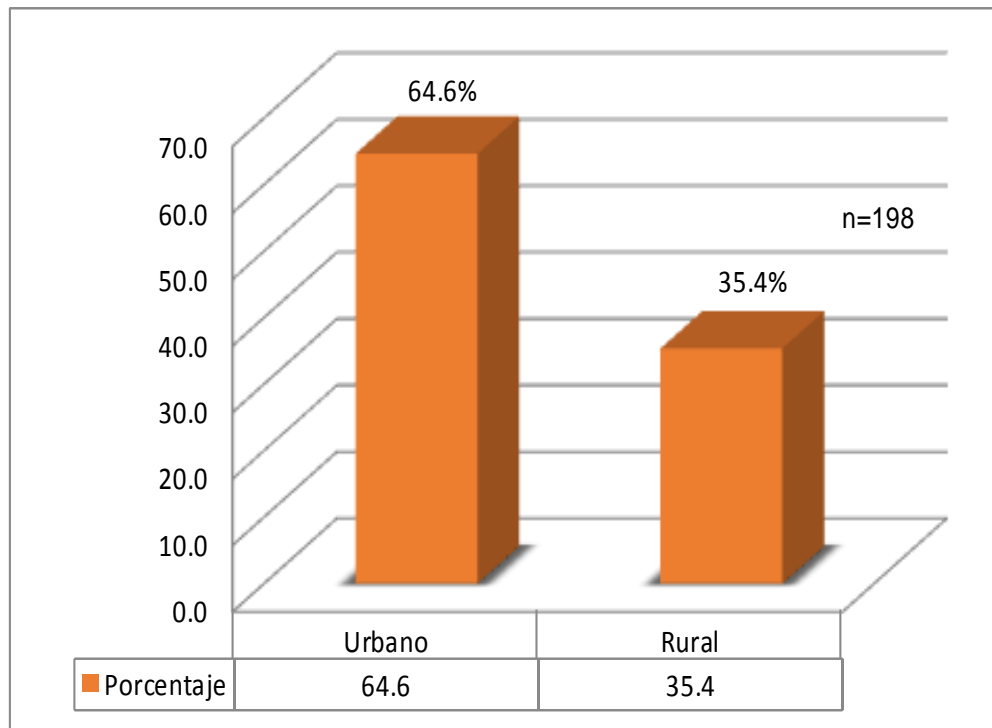


**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 3 y Gráfico 3, se observa que la relación de convivencia constituye el grupo con mayor frecuencia ocupando el más alto porcentaje con el 37,9% (75), le sigue la de casada con 29,8% (59), la soltera con 24,2% (48), la viuda con 5,6% (11) y siendo la más baja la Divorciada con el 2.5% (5).

**GRÁFICO 4**  
**PROCEDENCIA GEOGRÁFICA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**INTERPRETACIÓN:**

En el Gráfico 4 se observa la procedencia geográfica de las pacientes que fueron atendidas en el servicio de Ginecología encontrándose que el 64,6% (128) de las pacientes representan al área Urbana y el 35,4% (70) pacientes constituyen el del área Rural, pese a encontrarnos en Lima Metropolitana todavía hay zonas de pobreza consideradas como áreas rurales.

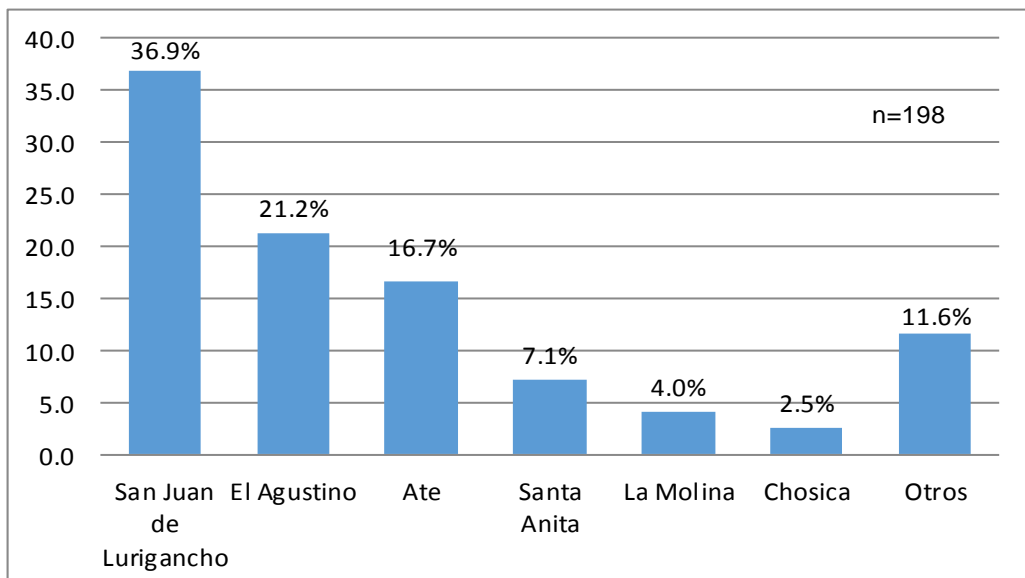


**TABLA 4**  
**DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
San Juan de Lurigancho	73	36.9	36.9	36.9
El Agustino	42	21.2	21.2	58.1
Ate	33	16.7	16.7	74.7
Santa Anita	14	7.1	7.1	81.8
La Molina	8	4.0	4.0	85.9
Chosica	5	2.5	2.5	88.4
Otros	23	11.6	11.6	100.0
<b>Total</b>	<b>198</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 5**  
**DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

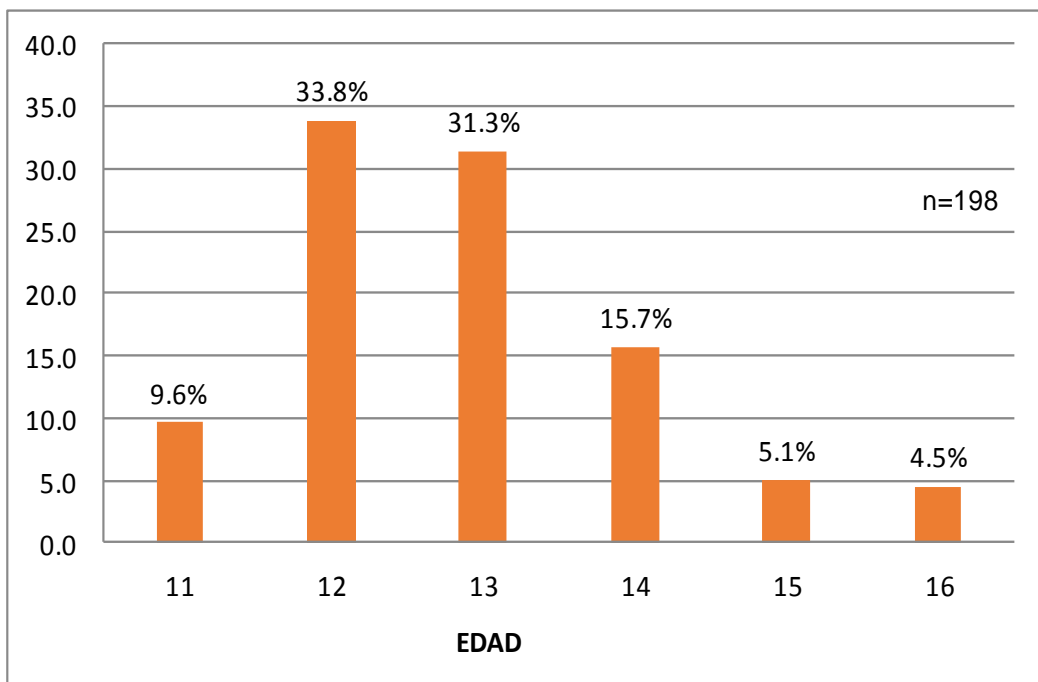
En la Tabla 4 y Gráfico 5, de conformidad al ámbito de jurisdicción del Hospital Nacional Hipólito Unanue el distrito de San de Lurigancho se observa que el 36,9% (73) de las pacientes proceden de este lugar, le sigue el distrito del El Agustino con un porcentaje de 21,2% (42) y le siguen los distritos de Ate, Santa Anita, La Molina y con 2,5% (5) el distrito Chosica, asimismo tenemos un considerable número de pacientes dispersos con un 11.6% (23) que radican en los distritos tales como Callao, Rímac, Pachacamac, Cieneguilla, entre otros que no son parte de la jurisdicción del Hospital de estudio.

**TABLA 5**  
**EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	11	19	9.6	9.6	9.6
	12	67	33.8	33.8	43.4
	13	62	31.3	31.3	74.7
	14	31	15.7	15.7	90.4
	15	10	5.1	5.1	95.5
	16	9	4.5	4.5	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 6**  
**EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

Se observa en la Tabla 5 y Gráfico 6 que se da una mayor concentración en las edades entre 12 y 13 años del inicio de la menarquía con una representación porcentual del 33,8% (67) y 31,3% (62) respectivamente, y en los extremos inferior y superior las edades fluctúan entre 11 y 16 años, con un porcentaje de 9,6% (19) y 4,5% (9) respectivamente.

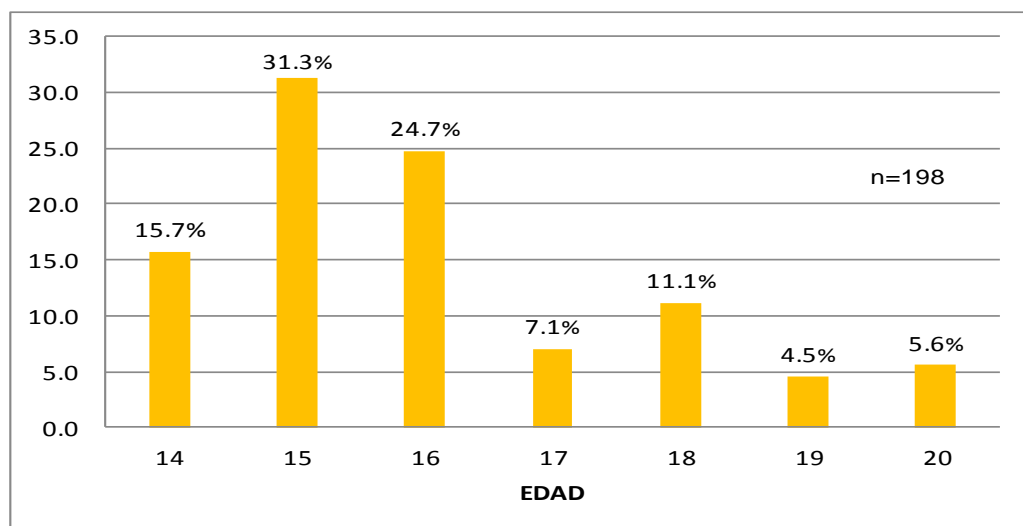
Así también podemos inferir que la media de la edad de inicio de la menarquía fue de 12,86 años, con una mediana de 13 años.

**TABLA 6**  
**EDAD DE INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	14	31	15.7	15.7	15.7
	15	62	31.3	31.3	47.0
	16	49	24.7	24.7	71.7
	17	14	7.1	7.1	78.8
	18	22	11.1	11.1	89.9
	19	9	4.5	4.5	94.4
	20	11	5.6	5.6	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 7**  
**EDAD DE INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 6 y Gráfico 7, en términos porcentuales tenemos que el 31,3% (62) y el 24,7% (49) representan a las edades de inicio de las relaciones sexuales más frecuentes fluctuando en orden ascendente entre las edades de 15 y 16 años; y 14 años constituye la edad mínima y 20 años la edad máxima, con una representación porcentual 15,7% (31) y 5,6% (11) respectivamente.

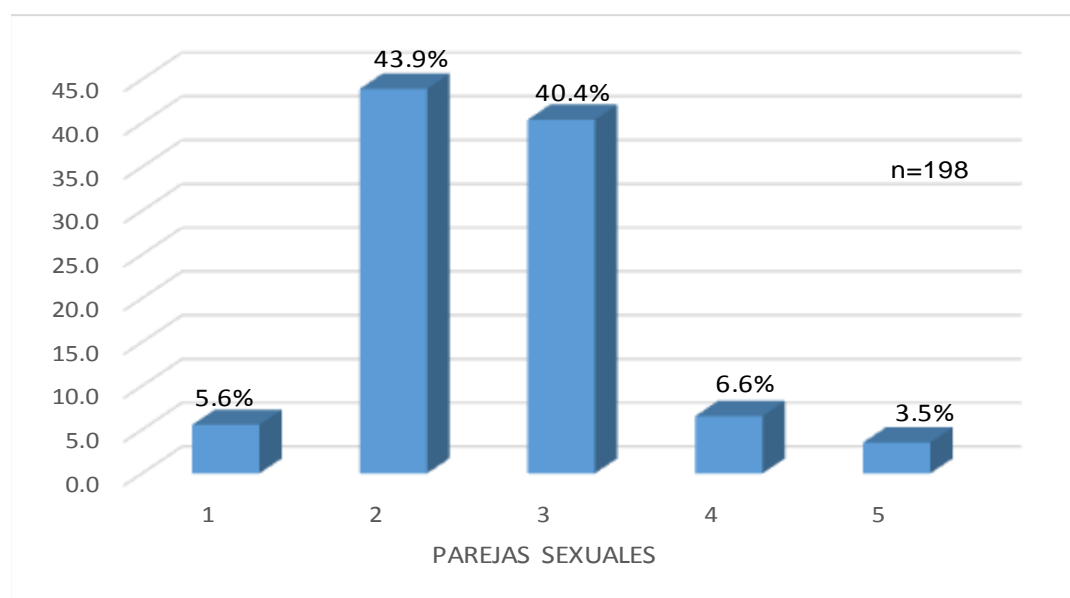
Así también podemos inferir que la media del inicio de las relaciones sexuales fue de 16,03 años, con una mediana de 16 años.

**TABLA 7**  
**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1	11	5.6	5.6	5.6
	2	87	43.9	43.9	49.5
	3	80	40.4	40.4	89.9
	4	13	6.6	6.6	96.5
	5	7	3.5	3.5	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 8**  
**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 7 y Gráfico 8, del total de pacientes que han asistido al Servicio de Ginecología, materia de esta investigación, se aprecia que el 43,9% (87) de las pacientes manifestaron haber tenido 2 parejas sexuales en su vida conyugal; seguido por el 40,4% (80) de las pacientes han acumulado 3 parejas sexuales. Y observando el extremo inferior, encontramos que el 5,6% (11) sólo han tenido una pareja sexual; en cambio en el extremo superior tenemos que el 3,5% (7) de las pacientes han sumado 5 parejas sexuales.

Así también podemos inferir que la media del número de parejas sexuales fue de 2,59 parejas y con una mediana de 3 parejas.

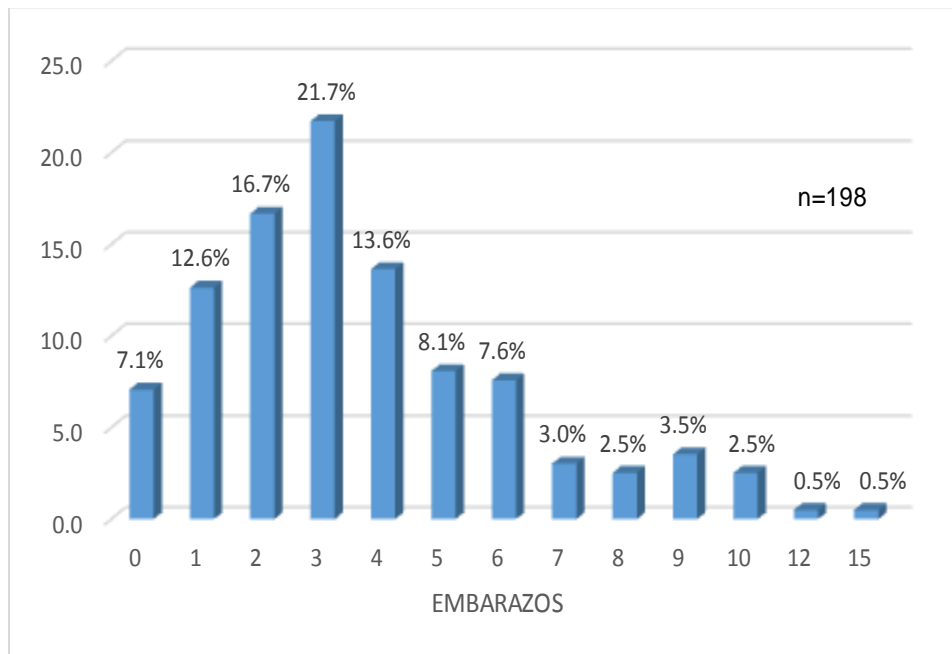


**TABLA 8**  
**NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 0	14	7.1	7.1	7.1
1	25	12.6	12.6	19.7
2	33	16.7	16.7	36.4
3	43	21.7	21.7	58.1
4	27	13.6	13.6	71.7
5	16	8.1	8.1	79.8
6	15	7.6	7.6	87.4
7	6	3.0	3.0	90.4
8	5	2.5	2.5	92.9
9	7	3.5	3.5	96.5
10	5	2.5	2.5	99.0
12	1	.5	.5	99.5
15	1	.5	.5	100.0
Total	198	100.0	100.0	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 9**  
**NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 8 y Gráfico 9, el número de mayor incidencia en este tratado es 3 embarazos ocurridos con un porcentaje del 21,7% (43), le sigue 16,7% (33) y 13,6% (27) hechos que se repiten entre 2 y 4 embarazos respectivamente haciendo una sumatoria de 52% (103) y observamos un notorio 12,6% (25) que han tenido 1 solo embarazo; y es pertinente hacer notar el comportamiento estadístico de los extremos, pues en el inferior tenemos que el 7,1% (14) han tenido 0 embarazos y en el otro extremo superior notamos que el 0,5% representa a las que han tenido 12 y 15 embarazos respectivamente.

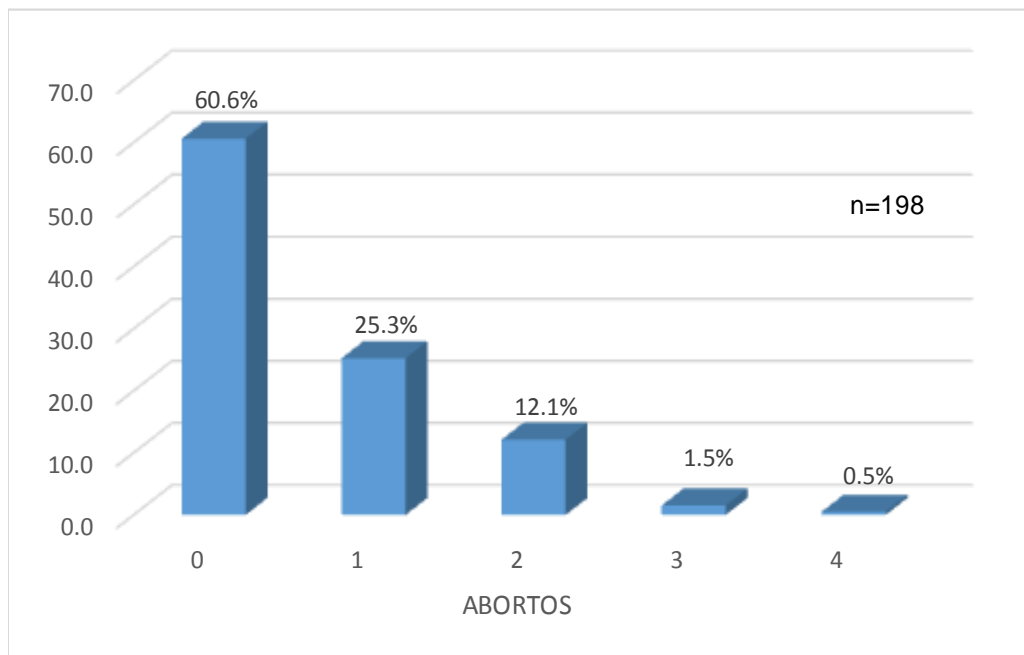
Así también podemos inferir que la media del número de embarazos fue de 3,64 embarazos y con una mediana de 3 embarazos.

**TABLA 9**  
**NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	120	60.6	60.6	60.6
	1	50	25.3	25.3	85.9
	2	24	12.1	12.1	98.0
	3	3	1.5	1.5	99.5
	4	1	.5	.5	100.0
	Total	198	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 10**  
**NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

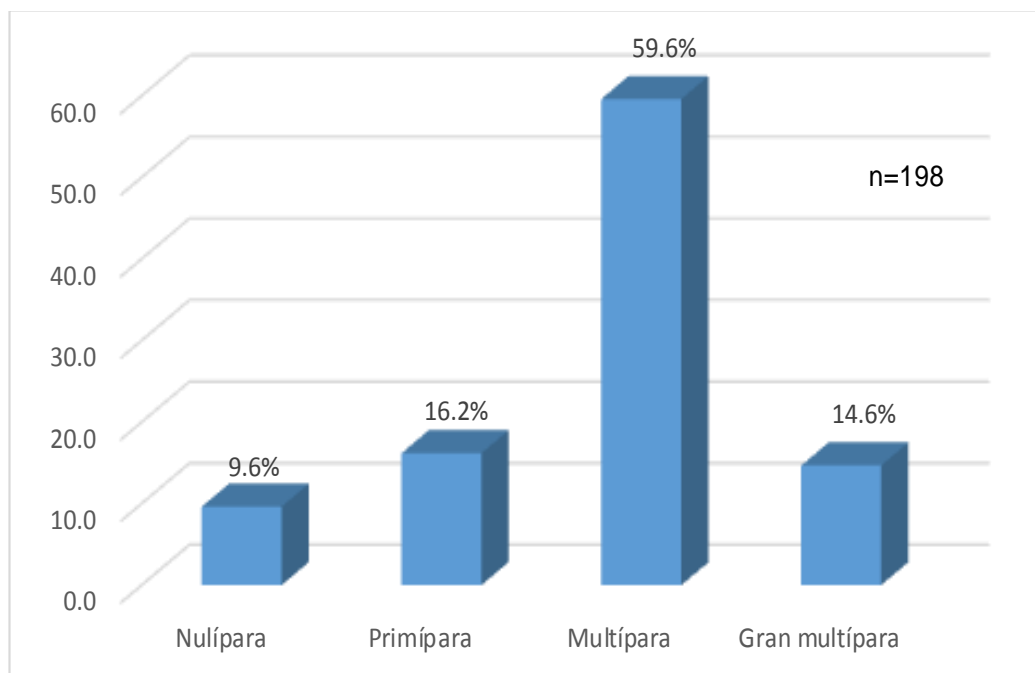
En la Tabla 9 y Gráfico 10, apreciamos que el 60,6% (120) han culminado su periodo de gestación, representando 0 abortos, en cambio el 39.4% (78) ha presentado en algún momento de su etapa reproductiva algún aborto siendo el más predominante las que presentaron 1 aborto con 25,3% (50) seguido por el 12,1% (24) con 2 abortos, el 1.5% (3) de las pacientes han presentado 3 abortos y finalizando el 0.5% (1) ha tenido 4 abortos.

**TABLA 10**  
**NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Nulípara	19	9.6	9.6	9.6
Primípara	32	16.2	16.2	25.8
Múltipara	118	59.6	59.6	85.4
Gran múltipara	29	14.6	14.6	100.0
Total	198	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 11**  
**NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

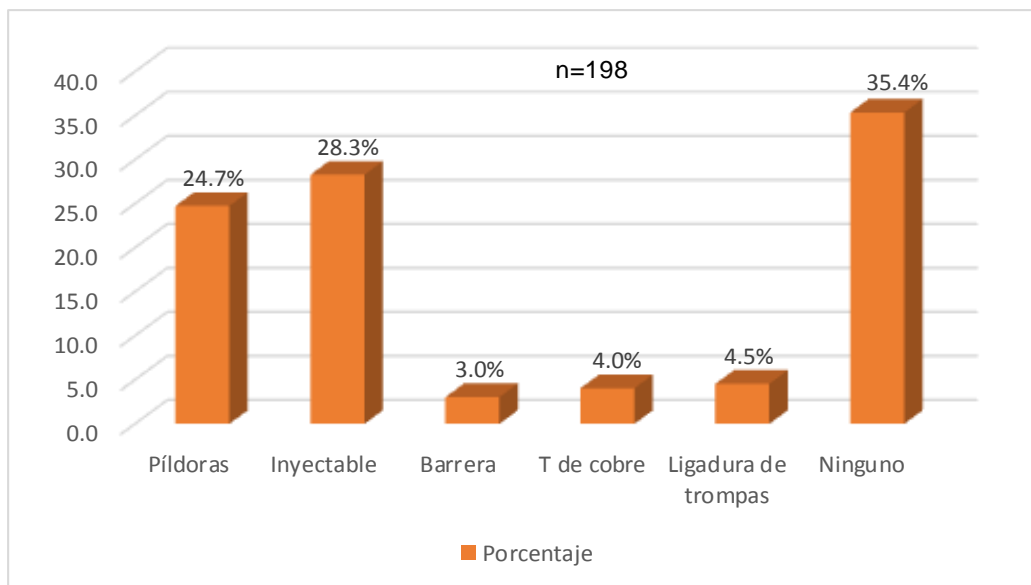
En la Tabla 10 y Gráfico 11, se aprecia que el grupo de “Multíparas” representado por las mujeres que han tenido numerosos partos generalmente entre 2 a 5, alcanzan el 59,6% (118) le sigue las mujeres “Primíparas” que suman un 16,2% (32) y en los extremos podemos mencionar que las mujeres “Nulíparas” que no han tenido ningún parto representan el 9,6% (19) y finalmente encontramos a las “Gran multíparas” es decir las mujeres que han acumulado 6 ó más partos, alcanzando un 14,6% (29) del total.

**TABLA 11**  
**USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Píldoras	49	24.7	24.7	24.7
	Inyectable	56	28.3	28.3	53.0
	Barrera	6	3.0	3.0	56.1
	T de cobre	8	4.0	4.0	60.1
	Ligadura de trompas	9	4.5	4.5	64.6
	Ninguno	70	35.4	35.4	100.0
Total		198	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 12**  
**USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 11 y Gráfico 12, se aprecia que el 35,4% (70) de las mujeres que constituye la muestra no usan ningún anticonceptivo, en contraste con aquellas mujeres que si usan algún tipo de anticonceptivo, observando que el 28,3% (56) han utilizado Inyectables, le sigue el 24,7% (49) que utilizan Píldoras, y las restantes se diluyen en términos porcentuales, como es 4,5% (9) Ligadura de Trompas, 4,0% (8) T de Cobre y 3,0% (6) Barrera.



**TABLA 12**  
**ÚLTIMO PAPANICOLAOU REALIZADO POR LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**HIPÓLITO UNANUE, 2015**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	31	15.7	15.7
1990	3	1.5	1.5	17.2
1995	6	3.0	3.0	20.2
2000	5	2.5	2.5	22.7
2004	5	2.5	2.5	25.3
2005	12	6.1	6.1	31.3
2008	7	3.5	3.5	34.8
2009	13	6.6	6.6	41.4
2010	23	11.6	11.6	53.0
2011	16	8.1	8.1	61.1
2012	20	10.1	10.1	71.2
2013	26	13.1	13.1	84.3
2014	31	15.7	15.7	100.0
<b>Total</b>	198	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 12, siendo el Papanicolaou un mecanismo determinante para colegir la presencia de cáncer al cuello uterino o cambios en las células que puedan producir este cáncer; en este estudio encontramos que el 15,7% (31) no ha efectuado este examen, pero, con el mismo porcentaje el año 2014 si se han examinado, y el porcentaje baja según los años que pasen, así tenemos el 2013 con el 13,1% (26), el 2012 con 10,1% (20), el 2011 con el 8,1% (16), pero, el 2010 se aprecia un alza con el 11,6% (23); y el año 1990 el 1.5% (3) se han efectuado este examen, de allí no lo realizaron hasta el año de estudio, lo cual retrasa un diagnóstico oportuno.

**TABLA 13**

**CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
<b>ASCUS</b>		25	12.6	12.6	12.6
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	16	8.1	8.1	20.7
	NIC I	89	44.9	44.9	65.7
<b>LEIAG</b>	NIC II	50	25.3	25.3	90.9
	NIC III	13	6.6	6.6	97.5
	CIS (Carcinoma in situ)	5	2.5	2.5	100.0
<b>Total</b>		198	100.0	100.0	

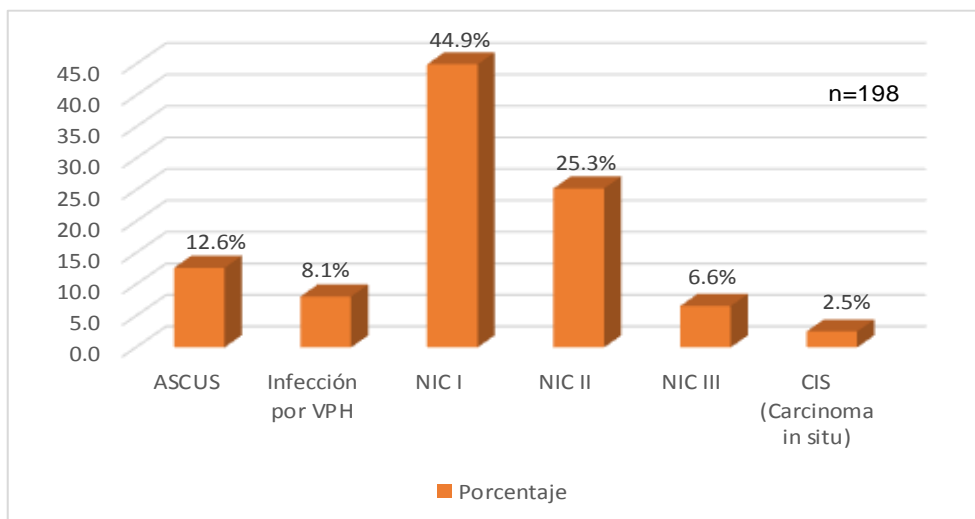
**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 13**

**CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### **INTERPRETACIÓN:**

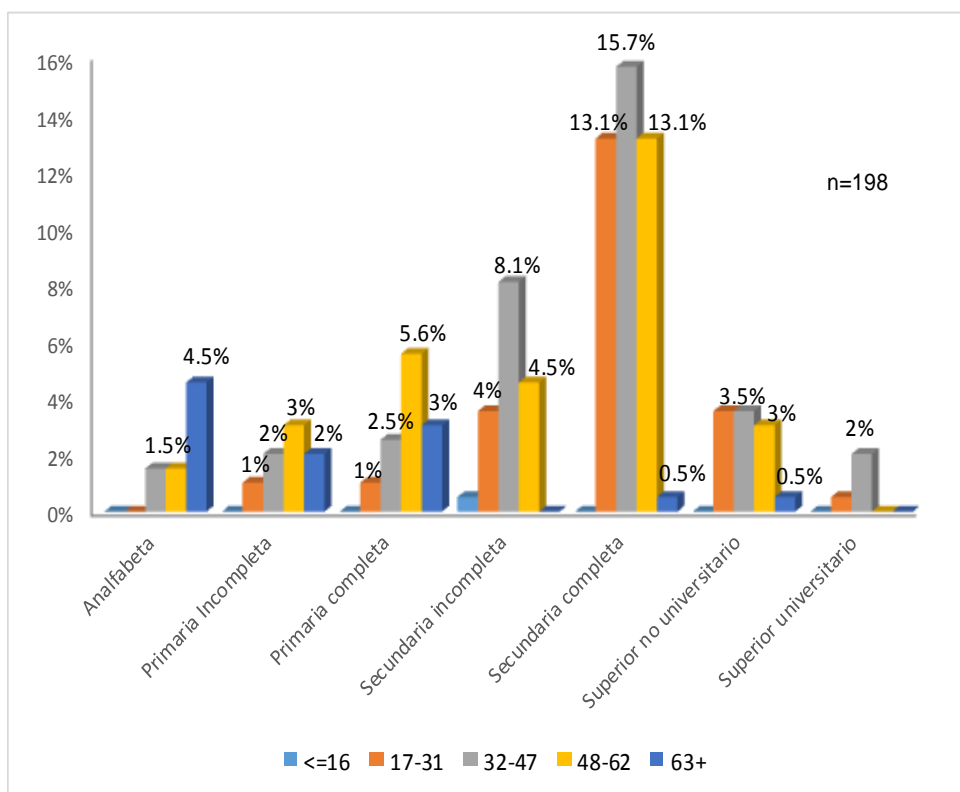
En la Tabla 13 y Gráfico 13, la clasificación de las lesiones intraepiteliales escamosas obtenidas mediante el Papanicolaou, podemos apreciar que las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LEIBG) representa porcentualmente el 53% (105) seguido de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (LEIAG) con un 34,4% (68) y finalmente con diagnóstico de ASCUS con un 12,6% (25); asimismo podemos disgregar estos datos acorde al sistema Bethesda encontrando que el NIC I representa el 44,9% (89) siendo el más frecuente en nuestra población de estudio seguida por el NIC II con un 25,3% (50) y en los extremos encontramos a las catalogadas como Infección por VPH con un 8.1% (16) y con Carcinoma in situ el 2,5% (5).

**TABLA 14**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**

			EDAD					Total
			<= 16	17 - 31	32 - 47	48 - 62	63+	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Analfabeta	Recuento	0	0	3	3	9	15
		% total	0.0%	0.0%	1.5%	1.5%	4.5%	7.6%
	Primaria Incompleta	Recuento	0	2	4	6	4	16
		% total	0.0%	1.0%	2.0%	3.0%	2.0%	8.1%
	Primaria completa	Recuento	0	2	5	11	6	24
		% total	0.0%	1.0%	2.5%	5.6%	3.0%	12.1%
	Secundaria incompleta	Recuento	1	7	16	9	0	33
		% total	.5%	3.5%	8.1%	4.5%	0.0%	16.7%
	Secundaria completa	Recuento	0	26	31	26	1	84
		% total	0.0%	13.1%	15.7%	13.1%	.5%	42.4%
	Superior no universitario	Recuento	0	7	7	6	1	21
		% total	0.0%	3.5%	3.5%	3.0%	.5%	10.6%
	Superior universitario	Recuento	0	1	4	0	0	5
		% total	0.0%	.5%	2.0%	0.0%	0.0%	2.5%
<b>Total</b>	Recuento	1	45	70	61	21	198	
	% total	.5%	22.7%	35.4%	30.8%	10.6%	100.0%	

Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**GRÁFICO 14**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES**  
**DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**HIPÓLITO UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**INTERPRETACIÓN:**

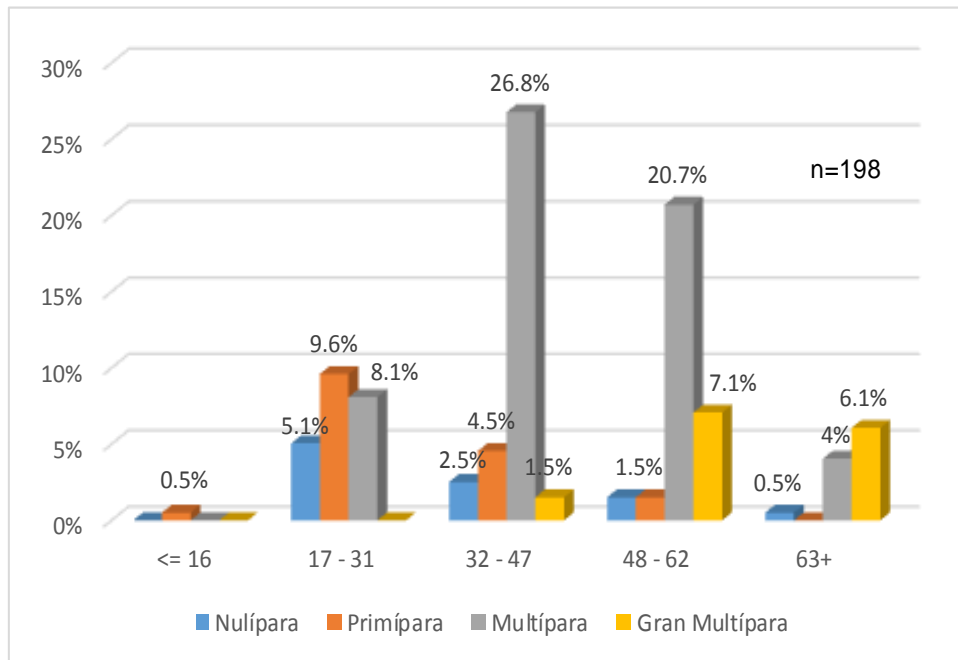
En la Tabla 14 y Gráfico 14, la correlación entre el Grado de Instrucción y la Edad de las pacientes, encontramos relación concentrada en “Secundaria Completa” en los intervalos de edad 17-31, 32-47 y 48-62 años y en datos porcentuales respectivamente, siendo el 13,1% (26), 15,7% (31) y 13,1% (26).

**TABLA 15**  
**NÚMERO DE PARTOS SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**

		NÚMERO DE PARTOS				Total	
		Nulípara	Primípara	Múltipara	Gran múltipara		
EDAD	<= 16	Recuento	0	1	0	0	1
		% total	0.0%	.5%	0.0%	0.0%	.5%
	17 - 31	Recuento	10	19	16	0	45
		% total	5.1%	9.6%	8.1%	0.0%	22.7%
	32 - 47	Recuento	5	9	53	3	70
		% total	2.5%	4.5%	26.8%	1.5%	35.4%
	48 - 62	Recuento	3	3	41	14	61
		% total	1.5%	1.5%	20.7%	7.1%	30.8%
	63+	Recuento	1	0	8	12	21
		% total	.5%	0.0%	4.0%	6.1%	10.6%
<b>Total</b>	Recuento	19	32	118	29	198	
	% total	9.6%	16.2%	59.6%	14.6%	100.0%	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Uhanue

**GRÁFICO 15**  
**NÚMERO DE PARTOS SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**HIPÓLITO UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN

En la Tabla 15 y Gráfico 15, la correlación entre Número de partos y la Edad de las pacientes, encontramos concentración en los intervalos de edad entre 32-47 y 48-62 años con porcentajes que fluctúan entre 26,8% (53) y 20,7% (41) en aquellas denominadas pacientes “Multíparas” y cabe resaltar que el grupo de “Gran Multíparas” se encuentra con mayor frecuencia en el intervalo de 48-62 con 7,1% (14).

**TABLA 16**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

			EDAD					Total
			<= 16	17 - 31	32 - 47	48 - 62	63+	
<b>ASCUS</b>		Recuento	0	5	9	11	0	25
		% total	0.0%	2.5%	4.5%	5.6%	0.0%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	1	8	5	2	0	16
		% total	.5%	4.0%	2.5%	1.0%	0.0%	8.1%
	NIC I	Recuento	0	19	37	27	6	89
		% total	0.0%	9.6%	18.7%	13.6%	3.0%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	0	7	15	17	11	50
		% total	0.0%	3.5%	7.6%	8.6%	5.6%	25.3%
	NIC III	Recuento	0	6	3	2	2	13
		% total	0.0%	3.0%	1.5%	1.0%	1.0%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	0	0	1	2	2	5
		% total	0.0%	0.0%	.5%	1.0%	1.0%	2.5%
<b>Total</b>		Recuento	1	45	70	61	21	198
		% total	.5%	22.7%	35.4%	30.8%	10.6%	100.0%

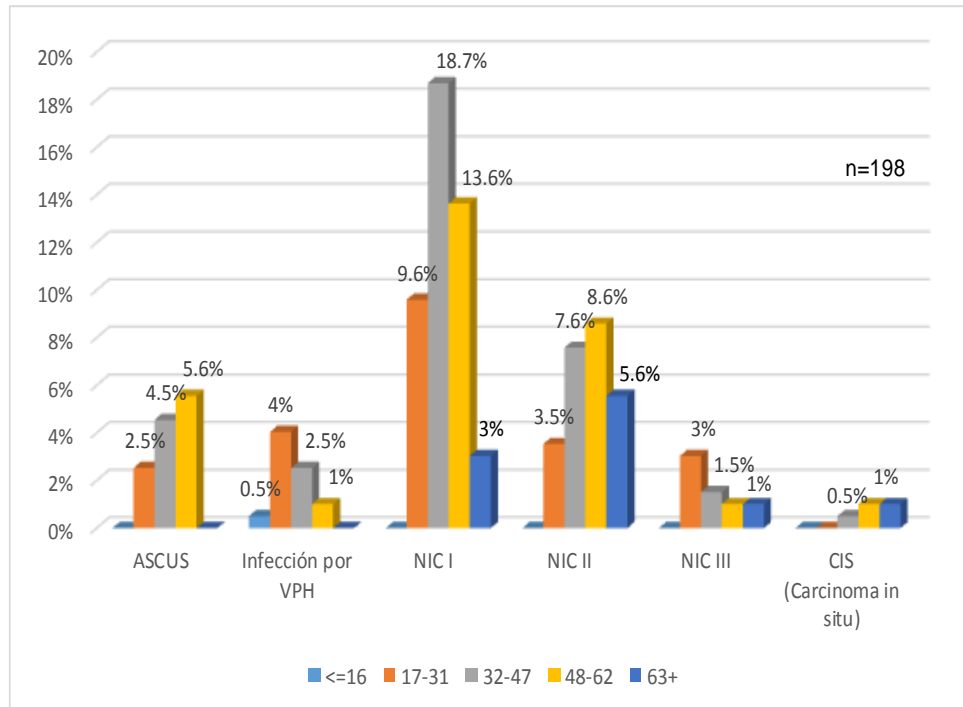
**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado; **LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado;

**VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa



**GRÁFICO 16**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA**  
**EDAD DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL**  
**HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 16 y Gráfico 16, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según la edad de las pacientes, se detectaron lesiones pre malignas en todas las edades, sin embargo los que se presentan con mayor frecuencia son en primer lugar el NIC I con un porcentaje de 18,7% (37) en el intervalo 32-47 años, seguido por un 13,6% (27) en el intervalo de 48-62 años y 9,6% (19) en el intervalo de 17-31 años; y en segundo lugar tenemos al NIC II con un porcentaje de 8,6% (17) en el intervalo de 48-62 años.

**TABLA 17**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES**  
**DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

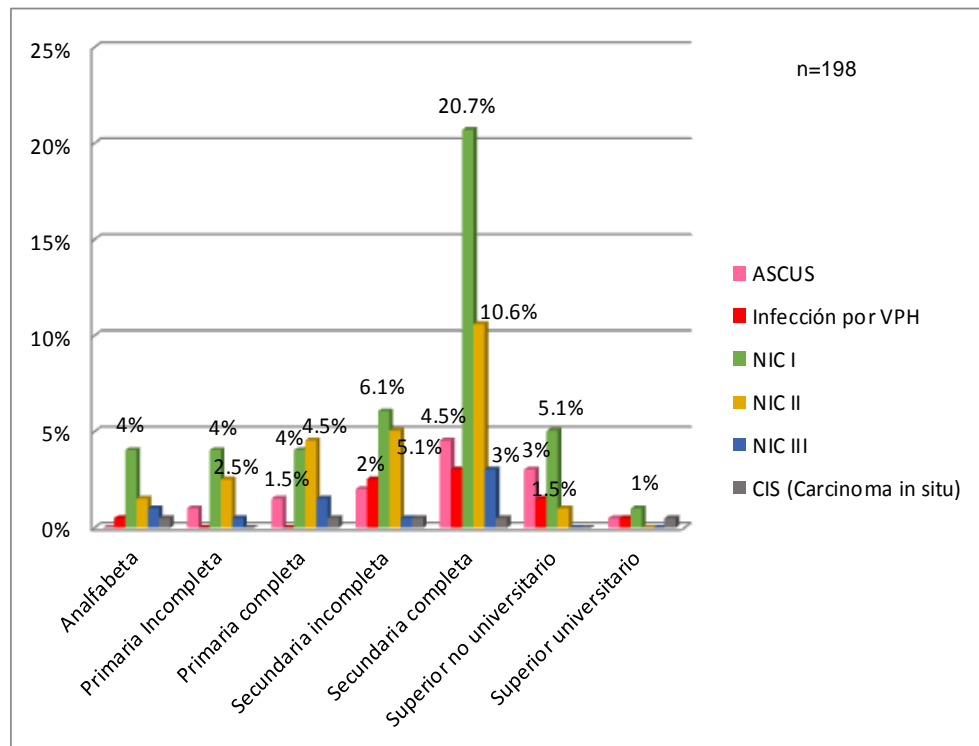
			GRADO DE INSTRUCCIÓN						Total	
			Analfabeta	Primaria Incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior no universitario		Superior universitario
<b>ASCUS</b>		Recuento	0	2	3	4	9	6	1	25
		% total	0.0%	1.0%	1.5%	2.0%	4.5%	3.0%	.5%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infeción por VPH	Recuento	1	0	0	5	6	3	1	16
	% total	.5%	0.0%	0.0%	2.5%	3.0%	1.5%	.5%	8.1%	
	NIC I	Recuento	8	8	8	12	41	10	2	89
	% total	4.0%	4.0%	4.0%	6.1%	20.7%	5.1%	1.0%	44.9%	
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	3	5	9	10	21	2	0	50
	% total	1.5%	2.5%	4.5%	5.1%	10.6%	1.0%	0.0%	25.3%	
	NIC III	Recuento	2	1	3	1	6	0	0	13
% total	1.0%	.5%	1.5%	.5%	3.0%	0.0%	0.0%	6.6%		
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	1	0	1	1	1	0	1	5
	% total	.5%	0.0%	.5%	.5%	.5%	0.0%	.5%	2.5%	
<b>Total</b>		Recuento	15	16	24	33	84	21	5	198
		% total	7.6%	8.1%	12.1%	16.7%	42.4%	10.6%	2.5%	100.0%

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado; **LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado;

**VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 17**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL**  
**GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 17 y Gráfico 17, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el grado de instrucción de las pacientes, se detectaron lesiones pre malignas en todas los grados de educación, sin embargo los porcentajes totales de éstas lesiones son los siguientes el 42,4% (84) en el grado de educación Secundaria completa, el 12,1% (24) en el grado de educación Primaria completa, el 10,6% (21) en el grado de educación Superior no universitario, el 8,1% (16) en el grado de educación Primaria incompleta, el 7,6% (15) nivel Analfabeta.

**TABLA 18**

**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

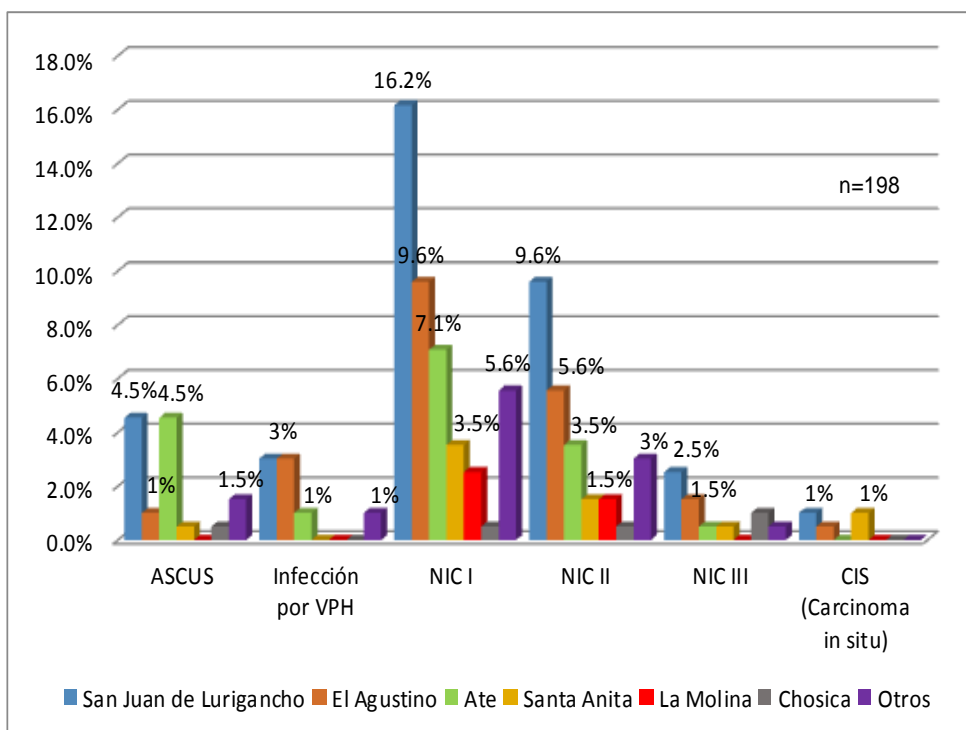
			DISTRITO DE RESIDENCIA					Total		
			San Juan de Lurigancho	El Agustino	Ate	Santa Anita	La Molina		Chosica	Otros
<b>ASCUS</b>	Recuento		9	2	9	1	0	1	3	25
	% total		4.5%	1.0%	4.5%	.5%	0.0%	.5%	1.5%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	6	6	2	0	0	0	2	16
		% total	3.0%	3.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	8.1%
	NIC I	Recuento	32	19	14	7	5	1	11	89
		% total	16.2%	9.6%	7.1%	3.5%	2.5%	.5%	5.6%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	19	11	7	3	3	1	6	50
		% total	9.6%	5.6%	3.5%	1.5%	1.5%	.5%	3.0%	25.3%
	NIC III	Recuento	5	3	1	1	0	2	1	13
		% total	2.5%	1.5%	.5%	.5%	0.0%	1.0%	.5%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	2	1	0	2	0	0	0	5
		% total	1.0%	.5%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%
<b>Total</b>	Recuento	73	42	33	14	8	5	23	198	
	% total	36.9%	21.2%	16.7%	7.1%	4.0%	2.5%	11.6%	100.0%	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado; **LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado;

**VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:**Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 18**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL**  
**DISTRITO DE RESIDENCIA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 18 y Gráfico 18, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el distrito de residencia de las pacientes, se detectaron lesiones pre malignas en cada una de las particularidades denominadas distrito de residencia, tenemos los porcentajes total es de mayor a menor que siguen, 36,9% (73) que corresponden al distrito San Juan de Lurigancho, 21,2% (42) que corresponde al distrito El Agustino, 16,7% (33) que corresponde al distrito de Ate, 11,6% (23) corresponden distritos agrupados por tener muy pocos pacientes provenientes de dichos lugares.

**TABLA 19**

**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES  
DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

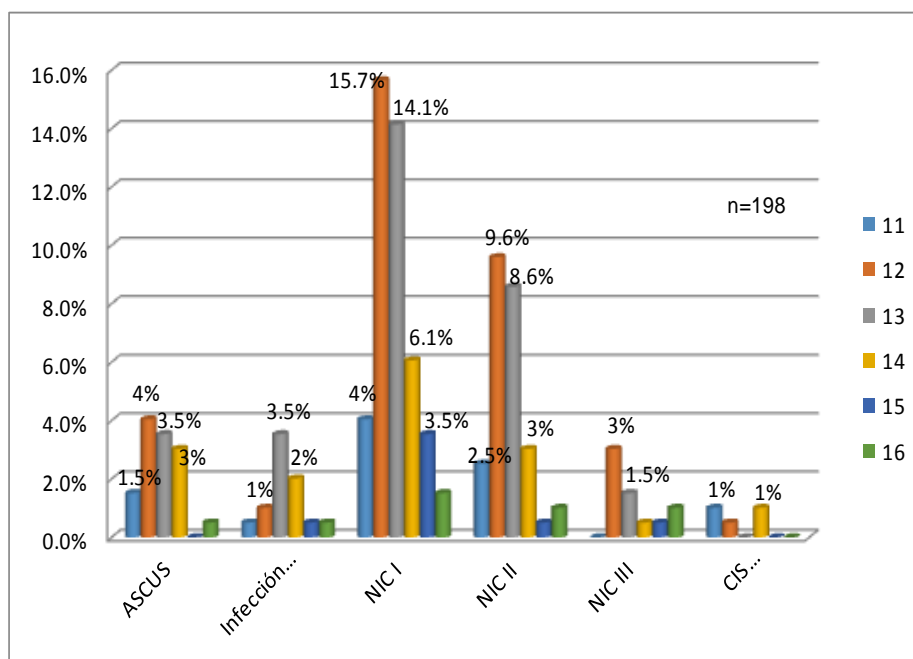
		EDAD DE LA MENARQUÍA						Total
		11	12	13	14	15	16	
<b>ASCUS</b>	Recuento	3	8	7	6	0	1	25
	% total	1.5%	4.0%	3.5%	3.0%	0.0%	.5%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infeción por VPH	1	2	7	4	1	1	16
	% total	.5%	1.0%	3.5%	2.0%	.5%	.5%	8.1%
	NIC I	8	31	28	12	7	3	89
	% total	4.0%	15.7%	14.1%	6.1%	3.5%	1.5%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	5	19	17	6	1	2	50
	% total	2.5%	9.6%	8.6%	3.0%	.5%	1.0%	25.3%
	NIC III	0	6	3	1	1	2	13
	% total	0.0%	3.0%	1.5%	.5%	.5%	1.0%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	2	1	0	2	0	0	5
	% total	1.0%	.5%	0.0%	1.0%	0.0%	0.0%	2.5%
<b>Total</b>	Recuento	19	67	62	31	10	9	198
	% total	9.6%	33.8%	31.3%	15.7%	5.1%	4.5%	100.0%

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado; **LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado;

**VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:**Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 19**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA**  
**EDAD DE LA MENARQUÍA DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 19 y Gráfico 19, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según la edad de la menarquía de las pacientes, se aprecia que la lesión pre maligna más frecuente fue el NIC I en las pacientes cuyo inicio de la menarquía fue a los 12 años con un porcentaje total de 15,7% (31) seguido en aquellas que iniciaron a los 13 años con 14,1% (28); en estos mismos rangos también hubo un marcado resultado en el NIC II con porcentajes que van de 9,6% (19) y 8,6% (17) respectivamente. En los extremos se observa que las que iniciaron su menarquía a los 11 años en 4% (8) y las de 16 años 1,5% (3) presentaron NIC I, el resto de los porcentajes se diluyen sin restar importancia a ellos en el estudio.

**TABLA 20**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA EDAD DE**  
**INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**

			EDAD DE INICIO DE LA RELACIÓN SEXUAL				Total
			<= 14	15 - 16	17 - 18	19+	
<b>ASCUS</b>	Recuento		2	12	6	5	25
	% total		1.0%	6.1%	3.0%	2.5%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	2	10	1	3	16
		% total	1.0%	5.1%	.5%	1.5%	8.1%
	NIC I	Recuento	12	46	23	8	89
		% total	6.1%	23.2%	11.6%	4.0%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	11	33	3	3	50
		% total	5.6%	16.7%	1.5%	1.5%	25.3%
	NIC III	Recuento	1	9	2	1	13
		% total	.5%	4.5%	1.0%	.5%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	3	1	1	0	5
		% total	1.5%	.5%	.5%	0.0%	2.5%
<b>Total</b>		Recuento	31	111	36	20	198
		% total	15.7%	56.1%	18.2%	10.1%	100.0%

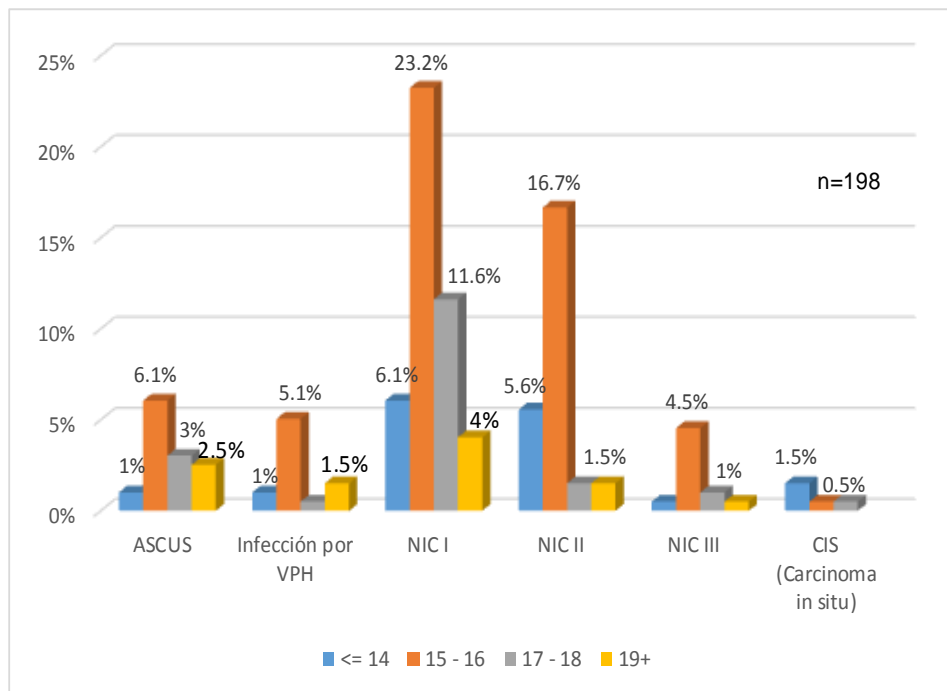
**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa



**GRÁFICO 20**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN LA**  
**EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES DE LAS**  
**PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**



**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 20 y Gráfico 20, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes, se puede apreciar que el intervalo de 15-16 años alcanza un porcentaje muy alto de 23,2% (46) en aquellas pacientes que fueron diagnosticadas como NIC I y un 16,7% (33) en aquellas con NIC II, cabe resaltar que en aquellas mujeres cuyo inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años están presentes en todas las lesiones pre malignas siendo el más frecuente el NIC I con un porcentaje de 6,1% (12) seguido por el NIC II con un 5,6% (11).

**TABLA 21**

**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

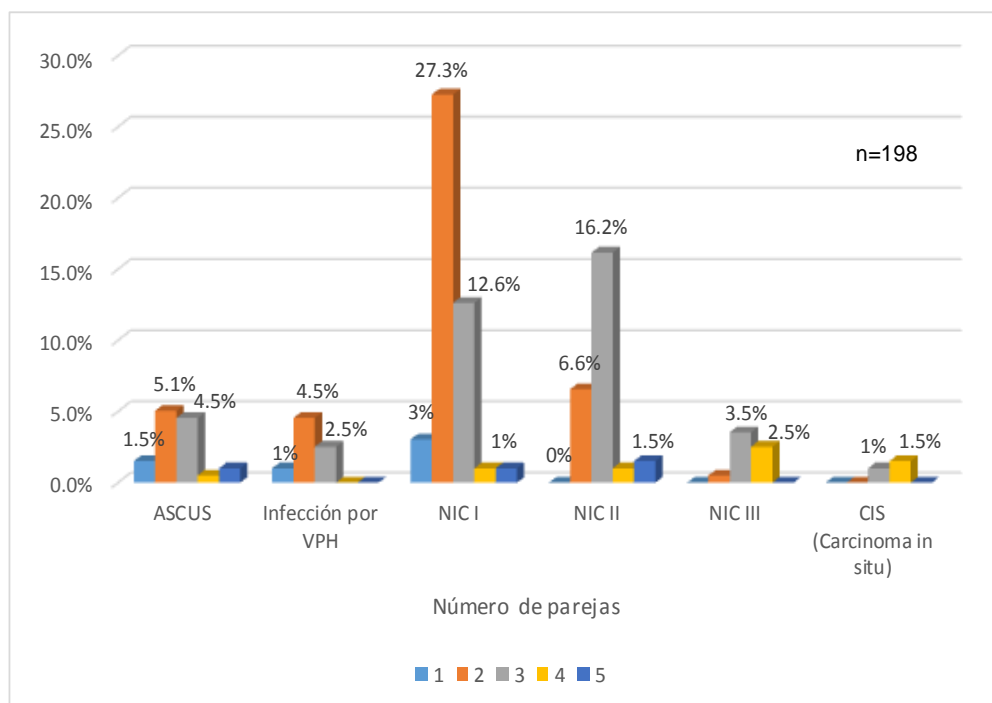
		NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES					Total	
		1	2	3	4	5		
<b>ASCUS</b>	Recuento	3	10	9	1	2	25	
	% total	1.5%	5.1%	4.5%	.5%	1.0%	12.6%	
<b>LEIBG</b>	Infeción por VPH	2	9	5	0	0	16	
	% total	1.0%	4.5%	2.5%	0.0%	0.0%	8.1%	
	NIC I	6	54	25	2	2	89	
	% total	3.0%	27.3%	12.6%	1.0%	1.0%	44.9%	
<b>LEIAG</b>	NIC II	0	13	32	2	3	50	
	% total	0.0%	6.6%	16.2%	1.0%	1.5%	25.3%	
	NIC III	0	1	7	5	0	13	
	% total	0.0%	.5%	3.5%	2.5%	0.0%	6.6%	
	CIS (Carcinoma in situ)	0	0	2	3	0	5	
	% total	0.0%	0.0%	1.0%	1.5%	0.0%	2.5%	
<b>Total</b>		Recuento	11	87	80	13	7	198
		% total	5.6%	43.9%	40.4%	6.6%	3.5%	100.0%

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 21**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL**  
**NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS PACIENTES DEL**  
**SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL**  
**HIPÓLITO UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 21 y Gráfico 21, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el número de parejas sexuales de las pacientes que acudieron al Servicio de Ginecología podemos observar que las que han tenido 2 parejas sexuales presentaron como resultado de su Papanicolaou NIC I con un porcentaje total de 27,3% (54) seguido de las que han tenido 3 parejas sexuales con un porcentaje de 12,6% (25); con resultados NIC II predomina las que han tenido 3 parejas con un porcentaje de 16,2% (32), en el extremo se observa al carcinoma in situ en aquellas pacientes que han tenido 4 parejas sexuales con 1,5% (3).

**TABLA 22**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES**  
**DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

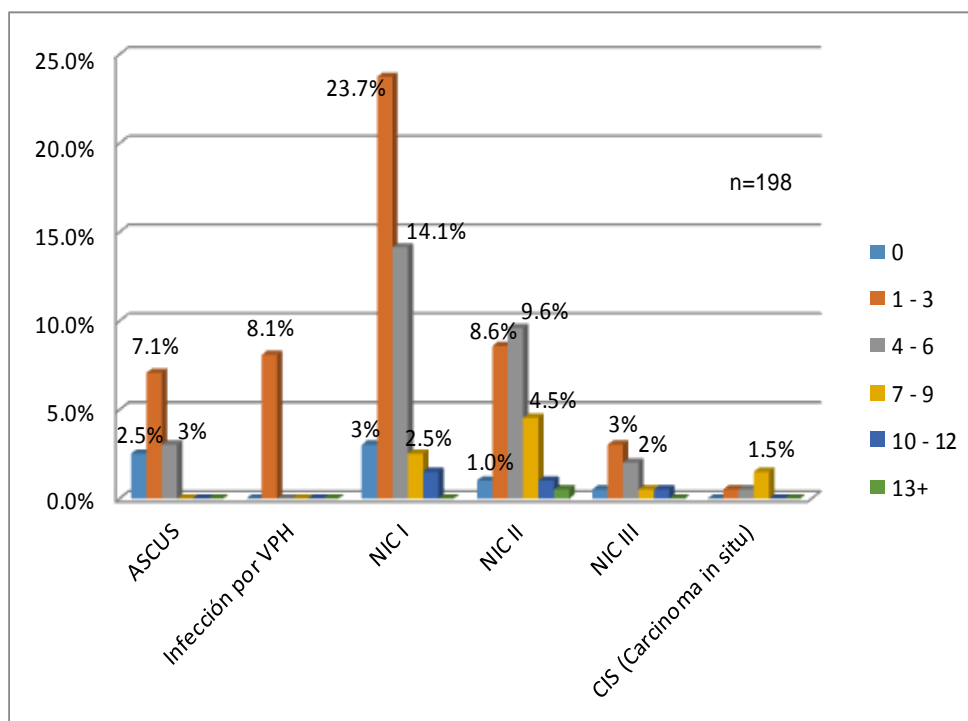
			NÚMERO DE EMBARAZOS					Total	
			0	1 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12		13+
<b>ASCUS</b>		Recuento	5	14	6	0	0	0	25
		% total	2.5%	7.1%	3.0%	0.0%	0.0%	0.0%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	0	16	0	0	0	0	16
		% total	0.0%	8.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.1%
	NIC I	Recuento	6	47	28	5	3	0	89
		% total	3.0%	23.7%	14.1%	2.5%	1.5%	0.0%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	2	17	19	9	2	1	50
		% total	1.0%	8.6%	9.6%	4.5%	1.0%	.5%	25.3%
	NIC III	Recuento	1	6	4	1	1	0	13
		% total	.5%	3.0%	2.0%	.5%	.5%	0.0%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	0	1	1	3	0	0	5
		% total	0.0%	.5%	.5%	1.5%	0.0%	0.0%	2.5%
<b>Total</b>		Recuento	14	101	58	18	6	1	198
		% total	7.1%	51.0%	29.3%	9.1%	3.0%	.5%	100.0%

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 22**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL**  
**NÚMERO DE EMBARAZOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO**  
**DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, 2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 22 y Gráfico 22, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el número de embarazos de las pacientes, se puede observar que aquellas con 1 a 3 embarazos presentaron como resultado de Papanicolaou NIC I con el más alto porcentaje de 23,7% (47) seguido por el 14,1 % (28) en aquellas con 4 a 6 embarazos, es preciso resaltar que en el NIC II se obtuvo los siguientes resultados, para aquellas con 4-6 embarazos 9,6% (19) y para 1-3 embarazos 8,6% (17); los restantes se diluyen por tener porcentajes muy pequeños, pero son relevantes para el estudio.

**TABLA 23**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO**  
**DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

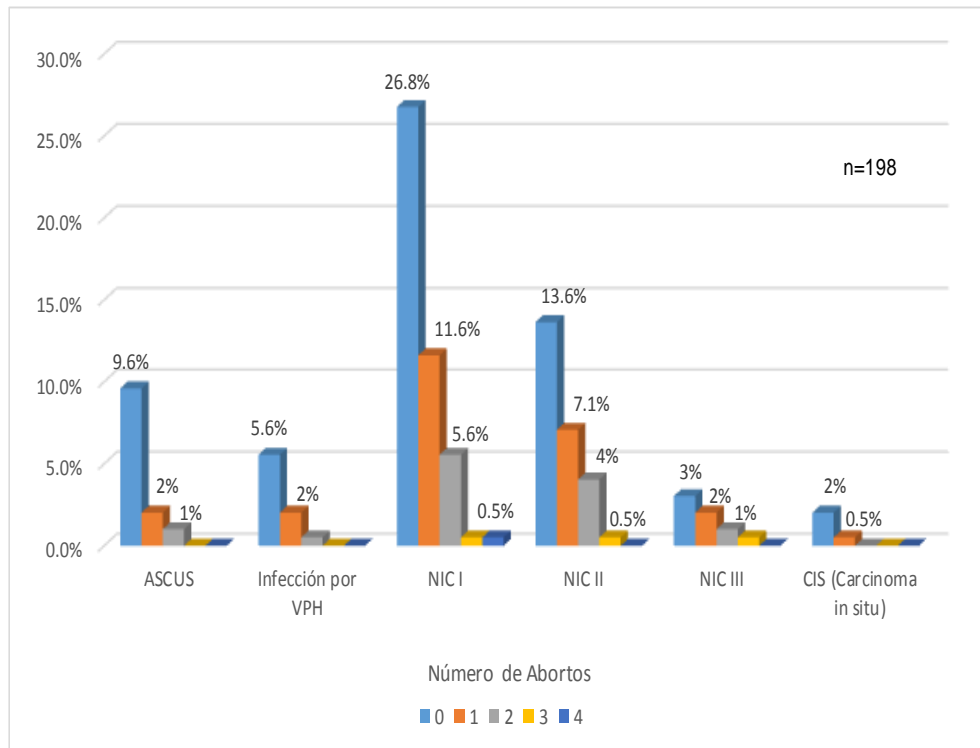
			NÚMERO DE ABORTOS					Total
			0	1	2	3	4	
<b>ASCUS</b>	Recuento		19	4	2	0	0	25
	% total		9.6%	2.0%	1.0%	0.0%	0.0%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	11	4	1	0	0	16
		% total	5.6%	2.0%	.5%	0.0%	0.0%	8.1%
	NIC I	Recuento	53	23	11	1	1	89
		% total	26.8%	11.6%	5.6%	.5%	.5%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	27	14	8	1	0	50
		% total	13.6%	7.1%	4.0%	.5%	0.0%	25.3%
	NIC III	Recuento	6	4	2	1	0	13
		% total	3.0%	2.0%	1.0%	.5%	0.0%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	4	1	0	0	0	5
		% total	2.0%	.5%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%
<b>Total</b>	Recuento	120	50	24	3	1	198	
	% total	60.6%	25.3%	12.1%	1.5%	.5%	100.0%	

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa

**GRÁFICO 23**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL**  
**NÚMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 23 y Gráfico 23, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el número de abortos de las pacientes, se puede observar que en aquellas con resultado de NIC I corresponden al 26,8% (53) con 0 abortos, seguido por el 11,6% (23) con 1 aborto y 5,6% (11) con 2 abortos; así mismo podemos observar a aquellas que han tenido 4 abortos se sitúan con un resultado de NIC I con un porcentaje de 0,5% (1), los restantes se diluyen por tener porcentajes muy pequeños, pero son relevantes para el estudio.

**TABLA 24**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL NÚMERO**  
**DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

			NÚMERO DE PARTOS				Total
			Nulípara	Primípara	Múltipara	Gran múltipara	
<b>ASCUS</b>	Recuento		6	2	17	0	25
	% total		3.0%	1.0%	8.6%	0.0%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	2	8	6	0	16
		% total	1.0%	4.0%	3.0%	0.0%	8.1%
	NIC I	Recuento	7	13	58	11	89
		% total	3.5%	6.6%	29.3%	5.6%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	2	6	30	12	50
		% total	1.0%	3.0%	15.2%	6.1%	25.3%
	NIC III	Recuento	2	2	6	3	13
		% total	1.0%	1.0%	3.0%	1.5%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	0	1	1	3	5
		% total	0.0%	.5%	.5%	1.5%	2.5%
<b>Total</b>	Recuento	19	32	118	29	198	
	% total	9.6%	16.2%	59.6%	14.6%	100.0%	

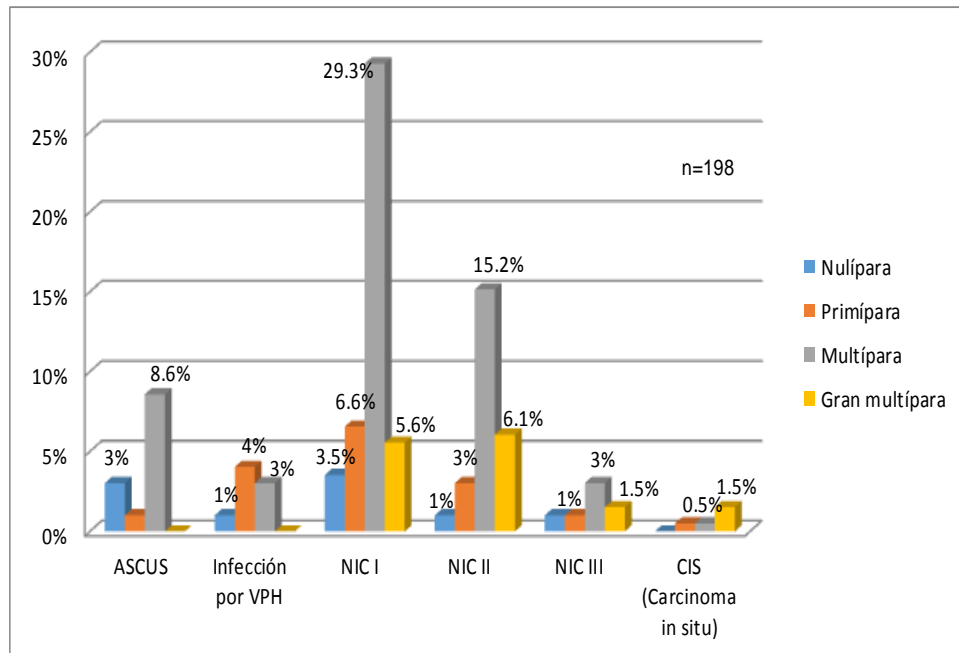
**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa



**GRÁFICO 24**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL**  
**NÚMERO DE PARTOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE**  
**GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE,**  
**2015**



Fuente: Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

### INTERPRETACIÓN:

En la Tabla 24 y Gráfico 24, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el número de partos de las pacientes, se aprecia que aquellas mujeres catalogadas como “Multíparas” presentaron como resultado de su Papanicolaou con mayor frecuencia al NIC I con un porcentaje total de 29,3% (58), seguido del NIC II con 15,2% (30), ASCUS con el 8,6% (17) y NIC III con 3% (6), cabe resaltar que el grupo de “Gran Multíparas” tuvo como resultados más frecuentes al NIC II y NIC I con 6,1% (12) y 5,6% (11) respectivamente, los restantes se diluyen por tener porcentajes muy pequeños, pero son relevantes para el estudio.

**TABLA 25**

**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO SEGÚN EL USO DE ANTICONCEPTIVOS DE LAS PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015**

		USO DE ANTICONCEPTIVOS						Total	
		Píldoras	Inyectable	Barrera	T de cobre	Ligadura de trompas	Ninguno		
<b>ASCUS</b>		Recuento	6	5	0	1	1	12	25
		% total	3.0%	2.5%	0.0%	.5%	.5%	6.1%	12.6%
<b>LEIBG</b>	Infección por VPH	Recuento	6	3	0	2	0	5	16
		% total	3.0%	1.5%	0.0%	1.0%	0.0%	2.5%	8.1%
	NIC I	Recuento	18	23	5	3	8	32	89
		% total	9.1%	11.6%	2.5%	1.5%	4.0%	16.2%	44.9%
<b>LEIAG</b>	NIC II	Recuento	13	21	1	1	0	14	50
		% total	6.6%	10.6%	.5%	.5%	0.0%	7.1%	25.3%
	NIC III	Recuento	6	2	0	0	0	5	13
		% total	3.0%	1.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.5%	6.6%
	CIS (Carcinoma in situ)	Recuento	0	2	0	1	0	2	5
		% total	0.0%	1.0%	0.0%	.5%	0.0%	1.0%	2.5%
<b>Total</b>		Recuento	49	56	6	8	9	70	198
		% total	24.7%	28.3%	3.0%	4.0%	4.5%	35.4%	100.0%

**Fuente:** Base de datos de Historia Clínica General del Hospital Nacional Hipólito Unanue

**ASCUS:** Atipia Escamosa de significado indeterminado, **LEIBG:** Lesión Intraepitelial de Bajo Grado;

**LEIAG:** Lesión Intraepitelial de Alto Grado; **VPH:** Virus Papiloma Humano; **NIC:** Neoplasia Intraepitelial Escamosa

### **INTERPRETACIÓN:**

En la Tabla 25, la correlación entre el resultado de papanicolaou patológico según el uso de anticonceptivos de las pacientes, se observa que hay predominio marcado en aquellas mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo teniendo como resultado más frecuente al NIC I con un porcentaje total de 16,2% (32), seguido por el NIC II con un 7,1% (14), ASCUS con 6,1% (12), así mismo de las que usaron algún método anticonceptivo, el de mayor frecuencia fue el uso de inyectables predominando como resultado el NIC I con un 11,6% (23) seguido del NIC II 10,6% (21) y como segundo método más frecuente tenemos al uso de píldoras cuyo resultado también se sitúa en el NIC I con un 9,1% (18), los restantes se diluyen por tener porcentajes muy pequeños, pero son relevantes para el estudio.

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

**TABLA 26**  
**DIMENSIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO CON EL**  
**RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO**

NÚMERO	DIMENSIONES	SIG.	SIGNIFICATIVA AL 95%
1	Edad de la menarquía	0.019	SÍ
2	Edad de inicio de las relaciones sexuales	0.050	SÍ
3	Número de parejas sexuales	0.000	SÍ
4	Número de embarazos	0.000	SÍ
5	Número de abortos	0.039	SÍ
6	Número de partos	0.001	SÍ
7	Uso de anticonceptivos	0.161	NO

Nivel de Significancia (SIG.):

$SIG > 0,05 =$  Se Acepta la Hipótesis Nula

$SIG \leq 0,05 =$  Se Rechaza la Hipótesis Nula y por ende se acepta la Hipótesis Alterna.

### **Hipótesis Alterna (Hi):**

Los Factores de riesgo si están correlacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

### **Hipótesis Nula (Ho):**

Los Factores de riesgo no están correlacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.

Como se aprecia en la tabla precedente las dimensiones de los factores de riesgo fueron formulados a través de pruebas estadísticas, como es el Chi-Cuadrado de Pearson con sus valores calculados y teóricos y el cálculo del Grado de libertad.

Igualmente esta Tabla muestra el nivel de Significancia basado en la distribución Asintótica del estadístico de contraste, tenemos los valores resultantes menores o iguales a 0,05 referidos a las dimensiones de la variable independiente Edad de inicio de las relaciones sexuales con una Sig. 0,050, Número de parejas sexuales Sig. 0,000, Número de embarazos con una Sig. 0,000, Número de abortos con una Sig. 0,039, y Número de partos con una Sig. 0,001, tienen correlación significativa con las Lesiones intraepiteliales escamosas que es la variable dependiente. Por consiguiente se confirma la Hipótesis Alternativa y se rechaza la Hipótesis Nula.

Para confirmar si existe o no correlación entre las variables se hizo uso del coeficiente de correlación de *rho* de Spearman, el cual se muestra en la siguiente tabla:

**TABLA 27**  
**DIMENSIONES DE LOS FACTORES DE RIESGO Y LA EDAD DE LA**  
**PACIENTE CON EL RESULTADO DE PAPANICOLAOU**  
**PATOLÓGICO**

<b>NÚMERO</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>Rho de Spearman</b>	<b>Nivel de Significancia</b>
1	Edad de la paciente	0.589	<0.01
2	Edad de la menarquía	-0.172	<0.05
3	Edad de inicio de las relaciones sexuales	-0.911	<0.01
4	Número de parejas sexuales	0.872	<0.01
5	Número de embarazos	0.532	<0.01
6	Número de abortos	0.253	<0.05
7	Número de partos	0.77	<0.01

Como se aprecia en tabla precedente las dimensiones de los factores de riesgo y la edad de las pacientes fueron sometidos a la prueba de correlación de *rho* de Spearman para poder determinar la dirección de la correlación y su magnitud, para esto también se detalló el nivel de significancia que para aquellos con resultados menores a 0,01 significa que la probabilidad de error es menor de 1% y para resultados menores a 0,05 significa que la probabilidad de error es menor de 5%.

Para la edad de la paciente con un resultado de 0,589 podemos decir que la correlación entre la edad y los resultados de papanicolaou patológico es positiva y media.

Para la edad de la menarquía con un resultado de -0,172 podemos decir que la correlación entre la edad de la menarquía y los resultados de papanicolaou patológico es negativa muy débil lo cual significa que

a menor edad de la menarquía débilmente aumentará la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Para la edad de inicio de las relaciones sexuales con un resultado de -0,911 podemos decir que la correlación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y los resultados de papanicolaou patológico es negativa muy fuerte lo cual significa que a menor edad de inicio de las relaciones sexuales mayor será la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Para el número de parejas sexuales con un resultado de 0,872 podemos decir que la correlación entre el número de parejas sexuales y los resultados de papanicolaou patológico es positiva y considerable lo cual significa que a mayor número de parejas sexuales mayor será la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Para el número de embarazos con un resultado de 0,532 podemos decir que ésta correlación es positiva y media.

Para el número de abortos con un resultado de 0,253 podemos decir que ésta correlación es positiva débil.

Para el número de partos con un resultado de 0,77 podemos decir que la correlación entre el número de partos y los resultados de papanicolaou patológico es positiva y considerable lo cual significa que a mayor número de partos mayor será la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Datos que son respaldados por los antecedentes del estudio y el marco teórico.

## **HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:**

### **1. HIPÓTESIS ESPECÍFICA:**

**HIPÓTESIS ALTERNA:** La edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el número de partos son factores de riesgo principales presentes en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

**HIPÓTESIS NULA:** La edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el número de partos no son factores de riesgo principales presentes en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

En la edades 14, 15 y 16 años de inicio de las relaciones sexuales, encontramos una alta concentración de 71.7% con 30 de Gl., y el Chi-Cuadrado de 43,808, constituye un claro indicador de la importancia de este factor de riesgo con relación con las variable dependiente.

El tener 2 a 3 parejas sexuales que suman un alto porcentaje de 84.3% con 20 Gl., y el Chi-Cuadrado de 84,686, constituye un indicador preponderante de factor de riesgo con la variable dependiente.

La concentración de números fluctúan en 2, 3 y 4 partos con una representación acumulada de 58,0% con 55 Gl, y el Chi-Cuadrado de Pearson 91,535, constituye un indicador preponderante de factor de riesgo con la variable dependiente.

Estas tres dimensiones de factores de riesgo son evidencias que refuerzan estadísticamente la correlación con la variable



dependiente. Queda demostrada la validez y la aprobación de la Hipótesis Alternativa y se rechaza la Hipótesis Nula.

## **2. HIPÓTESIS ESPECÍFICA:**

**HIPÓTESIS ALTERNATIVA:** Las características socio-demográficas como edad, grado de instrucción y distrito de residencia están correlacionados con la presencia de las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue

**HIPÓTESIS NULA:** Las características socio-demográficas como edad, grado de instrucción y distrito de residencia no están correlacionados con la presencia de las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue

En las edades de los intervalos 17 a 62 años, encontramos una alta concentración de 88.9% con 20 de Gl., y el Chi-Cuadrado de 45,605, constituye un claro indicador de la importancia de este factor de riesgo con relación con la variable dependiente.

Los grados de instrucción Primaria, Secundaria incompleta y completa, encontramos una alta concentración de 71.2% con 30 de Gl., y el Chi-Cuadrado de 44,865, constituye un claro indicador de la importancia de este factor de riesgo con relación con la variable dependiente.

Los distritos que concentran mayor procedencia de visitas al Servicio de Ginecología, vienen a ser San Juan de Lurigancho, El Agustino y Ate, encontramos una alta concentración de 74.8% con

30 de Gl., y el Chi-Cuadrado de 45,189, constituye un claro indicador de la importancia de este factor de riesgo con relación con las variable dependiente.

Estas tres características socio-demográficas, se suman a ser calificados como factores de riesgo y la información estadística son evidencias que refuerzan la correlación con la variable dependiente. Quedando demostradas la validez y la aprobación de la Hipótesis Alterna y se rechaza la Hipótesis Nula.

## 4.2. DISCUSIÓN

En esta etapa del estudio, denominado “Correlación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015”; comprende el rubro “discusión” de los resultados procesados comparativamente con el marco teórico, antecedentes de estudio, los objetivos, la hipótesis determinando su validez con las mediciones como la prueba de Chi-cuadrado de Pearson calculado analizado con el valor teórico en función al grado de libertad y su aproximación con el nivel de significación teniendo en cuenta que para todo valor de probabilidad menor o mayor que 0,05 se afirma o se niega la relación de las variables.

Así tenemos las características socio demográficas como la edad, grado de instrucción, estado civil, procedencia geográfica y el distrito de residencia de las pacientes, esta particularidad se mencionan por tener relación directa en los factores de riesgo a demostrar líneas adelante.

La variable Independiente: “Factores de riesgo” se han identificado las siguientes dimensiones: Edad de la menarquía, Edad de Inicio de las Relaciones sexuales, Número de parejas sexuales, Número de embarazos, Número de abortos, Paridad y Uso de anticonceptivos. Y la variable dependiente: Lesiones intraepiteliales escamosas, con su dimensión: Resultado de papanicolaou patológico, teniendo como sus indicadores: ASCUS, Infección por VPH, NIC I, NIC II, NIC III y CIS.

La edad presenta una media de 43,46 años y la frecuencia más alta en el intervalo entre 32 a 47 años, siendo éstos resultados muy similares a Analuisa C.<sup>(11)</sup> que encontró en su estudio que la edad de las usuarias, oscila entre los 25 y 45 años de edad y según Ramos J.<sup>(13)</sup> en su estudio concluyó que las pacientes comprendidas entre las

edades de 30 a 49 años presentan el mayor porcentaje (74%) de lesiones pre malignas.

El grado de instrucción nos permite visualizar que las que cuentan con secundaria completa el 42,4% son las que tienen mayor incidencia en los hechos materia de estudio, lo que no sucede con el 7,6% de las analfabetas, encontrando resultados casi similares con Analuisa C.<sup>(11)</sup> donde concluye con respecto al grado de instrucción que el 30,9 % de usuarias cumplieron con educación básica completa, seguida de 25,45 % de Instrucción Media Completa y solo 7,27% instrucción superior y algunas diferencias con los siguientes autores: según López A.<sup>(9)</sup> concluyó en su estudio que las usuarias apenas lograron la primaria, un pequeño porcentaje llegó a la secundaria y hubo presencia de analfabetas en un porcentaje significativo, según Ramos J.<sup>(13)</sup> en su estudio puso de manifiesto que el 53.1% de las pacientes con lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino son analfabetas.

En tanto que el factor estado civil y procedencia geográfica, la dispersión no es notoria y se encuentran en esta situación las convivientes, casadas y solteras con el 37,9%, 29,8% y 24,2% respectivamente y predomina las procedentes de la zona urbana con el 64,6% y la diferencia la zona rural, obedece a la mayor información que poseen las de la zona urbana, siendo éstos resultados muy similares a Ramos J.<sup>(13)</sup> que encontró en su estudio que las pacientes mantienen una situación de convivencia con su pareja, además manifestando que el 66,7% de las pacientes proceden de la zona rural y Lazo E. y Aguilar F.<sup>(14)</sup> en su estudio concluyó que el 54.76% de las pacientes atendidas provienen de la zona urbana y se estima que el 50% corresponde a las mujeres casadas, seguidas de las convivientes con 30.95% y las solteras con 19.04%.

El distrito de residencia, como es natural por la cercanía las residentes en el ámbito de jurisdicción de San Juan de Lurigancho con el 36,9% son las que mayormente acuden a este Hospital, seguida por los distritos El Agustino y Ate con el 21,2% y 16,7%, corroborando estos hallazgos con el Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2015 <sup>(38)</sup> en el cual manifiesta que el Hospital Nacional Hipólito Unanue tiene un área de influencia directa circunscrita a la jurisdicción de la Dirección de Salud IV Lima-Este (DISA IV LE), la que comprende a los distritos de Ate, Chaclacayo, Cieneguilla, El Agustino, La Molina, Lurigancho, Santa Anita y San Juan de Lurigancho.

A continuación se menciona las tablas cruzadas y la evaluación estadística de la relación de dependencia y correlación entre las variables:

□ Edad y el grado de instrucción:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 80.665, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 24, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 36.4150285.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Encontrando una relación concentrada en aquellas pacientes con “Secundaria Completa” en el intervalo de 32-47 años con un porcentaje de 15,7%.

□ Edad y el número de partos:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 92.679, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el

Grado de libertad = 12, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 21.02606982.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto concluimos que las variables tienen relación significativa.

Así notamos que la mayor concentración de "Multíparas" se ubica en los intervalos de edad entre 32-47 y 48-62 años con porcentajes de 26,8% y 20,7% respectivamente.

□ La Edad y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 45.605, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 20, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 31.41043284.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Precisamente se detectaron lesiones pre malignas en todas las edades, sin embargo los que se presentan con mayor frecuencia el NIC I con un porcentaje de 18,7% en el intervalo 32-47 años, seguido por un 13,6% en el intervalo de 48-62 años y 9,6% en el intervalo de 17-31 años, teniendo resultados muy similares con Analuisa C.<sup>(11)</sup> que concluyó que el 19,09% de la población de mujeres en edad fértil (37 a 39 años) son el grupo más afectado con el NIC I.

Según el coeficiente de correlación de  $\rho$  de Spearman para la dimensión edad de la paciente se obtuvo un resultado de 0,589 podemos decir que la correlación entre la edad y los resultados de papanicolaou patológico es positiva y media.

- El Grado de instrucción y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 44.865, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 30, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 43.77297183.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Podemos inferir que en nuestra población de estudio pese a tener mayor concentración de mujeres con nivel educativo de secundaria completa no presentan suficiente conocimiento sobre salud sexual y reproductiva es por esto que no guarda relación con los resultados obtenidos en sus papanicolaou.

- El Distrito de residencia y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 45.189, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 30, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 43.77297183.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Podemos inferir que los distritos que mayoritariamente acuden al Hospital Nacional Hipólito Unanue como son San Juan de Lurigancho con 36,9%, El Agustino con 21,2% y Ate con 16,7%

son aquellos donde encontramos la mayor concentración de lesiones intraepiteliales escamosas.

- La Edad de la menarquía y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 40.143, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 25, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 37.65248413.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Según el coeficiente de correlación de *rho* de Spearman para la dimensión edad de la menarquía con un resultado de -0,172 podemos decir que la correlación entre la edad de la menarquía y los resultados de papanicolaou patológico es negativa muy débil lo cual significa que a menor edad de la menarquía débilmente aumentará la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Se aprecia que la lesión pre maligna más frecuente fue el NIC I en las pacientes cuyo inicio de la menarquía fue a los 12 años con un porcentaje total de 15,7% seguido en aquellas que iniciaron a los 13 años con 14,1%; en estos mismos rangos también hubo un marcado resultado en el NIC II con porcentajes que van de 9,6% y 8,6% respectivamente, datos muy similares a Conde A.<sup>(16)</sup> quien encontró con respecto a la menarquía, tanto para el grupo casos como para el grupo control, entre los 11 y 12 años y al análisis estadístico concluyó como factor no significativo de riesgo.



- La Edad de inicio de las relaciones sexuales y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 43.808, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 30, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 43.77297183.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Según el coeficiente de correlación de *rho* de Spearman para la dimensión edad de inicio de las relaciones sexuales con un resultado de -0,911 podemos decir que la correlación entre la edad de inicio de las relaciones sexuales y los resultados de papanicolaou patológico es negativa muy fuerte lo cual significa que a menor edad de inicio de las relaciones sexuales mayor será la existencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Se observa que la edad de inicio de relaciones sexuales de las pacientes se ubican mayoritariamente en el intervalo de 15-16 años alcanzando un porcentaje de 23,2% en aquellas que fueron diagnosticadas como NIC I y un 16,7% en aquellas con NIC II, cabe resaltar que en aquellas mujeres cuyo inicio de relaciones sexuales fue a los 14 años están presentes en todas las lesiones pre malignas siendo el más frecuente el NIC I con un porcentaje de 6,1% seguido por el NIC II con un 5,6%, resultados similares se encontraron en los estudios de Rodríguez D.; Pérez J.; Sarduy M.<sup>(12)</sup> que concluyeron que más del 85 % en los dos grupos, tuvo sus primeras relaciones sexuales entre los 15 y 17 años, según Lazo E. y Aguilar F.<sup>(14)</sup> concluyó que el 50% inició sus relaciones sexuales alrededor de los 11 y 15 años seguida por 42,8% entre

16 y 17 años ambos con mayores resultados encontrados en NIC I.

- El Número de parejas sexuales y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 84.689, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 20, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 31.41043284.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Según el coeficiente de correlación de *rho* de Spearman para la dimensión número de parejas sexuales con un resultado de 0,872 podemos decir que la correlación entre el número de parejas sexuales y los resultados de papanicolaou patológico es positiva y considerable lo cual significa que a mayor número de parejas sexuales mayor será la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Es decir que tener más de una pareja sexual es un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones intraepiteliales escamosas así podemos observar que las que han tenido 2 parejas sexuales presentaron como resultado de su Papanicolaou NIC I con un porcentaje de 27,3% seguido de las que han tenido 3 parejas sexuales con un porcentaje de 12,6%; con resultados NIC II predomina las que han tenido 3 parejas con un porcentaje de 16,2%, en el extremo se observa al carcinoma in situ en aquellas pacientes que han tenido 4 parejas sexuales con 1,5%, datos que se asemejan a los estudios de Analuisa C.<sup>(11)</sup> quien encontró que

las usuarias que presentaron NIC I, manifiestan haber tenido entre una a dos compañeros sexuales que corresponde al 86,36%, seguido del 9,09% han tenido de 3 a 4 parejas sexuales; según Ramos J.<sup>(13)</sup> concluyó que el tener más de 1 pareja sexual sí es un factor de riesgo de las lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino, según Lazo E. y Aguilar F.<sup>(14)</sup> concluyó que el 78% tuvo entre dos y tres compañeros sexuales.

- El número de embarazos y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 106.218, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 60, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 79.08194449.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se concluye que las variables tienen relación significativa entre ellos.

El coeficiente de correlación de *rho* de Spearman para la dimensión número de embarazos se obtuvo un resultado de 0,532 podemos decir que ésta correlación es positiva y media.

Podemos decir entonces que aquellas con 1 a 3 embarazos presentaron como resultado de Papanicolaou NIC I con el más alto porcentaje de 23,7% seguido por el 14,1 % en aquellas con 4 a 6 embarazos, es preciso resaltar que en el NIC II se obtuvo los siguientes resultados, para aquellas con 4-6 embarazos 9,6% y para 1-3 embarazos 8,6%, encontrándose diferencias con el estudio realizado por Conde A.<sup>(16)</sup> concluyendo que con respecto a gestaciones, en mayor porcentaje, tanto en el grupo caso como en

el grupo control fueron multigestas presentándose como factor no significativo de riesgo.

- El número de abortos y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 35.818, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 20, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 31.41043284.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Según el coeficiente de correlación de  $\rho$  de Spearman para la dimensión número de abortos se obtuvo un resultado de 0,253 podemos decir que ésta correlación es positiva débil.

Entonces se puede notar que en aquellas con 1 a 4 abortos se obtuvo como resultado de papanicolaou al NIC I con un porcentaje de 18,2% y con resultado de NIC II el 11,6%.

- El Número de partos y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 91.535, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 55, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 73.31149303.

Observamos que  $X^2$  calculado es mayor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables guardan dependencia entre ellos.

Según el coeficiente de correlación de  $\rho$  de Spearman para la dimensión número de partos con un resultado de 0,77 podemos

decir que la correlación entre el número de partos y los resultados de papanicolaou patológico es positiva y considerable lo cual significa que a mayor número de partos mayor será la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas.

Podemos notar que aquellas mujeres catalogadas como “Multíparas” presentaron como resultado de su Papanicolaou con mayor frecuencia al NIC I con un porcentaje de 29,3%, seguido del NIC II con 15,2%, ASCUS con el 8,6% y NIC III con 3%, cabe resaltar que el grupo de “Gran Multíparas” tuvo como resultados más frecuentes al NIC II y NIC I con 6,1% y 5,6% respectivamente, datos muy similares encontrados por López A.<sup>(9)</sup> que concluyó que el 79% de las multíparas fue el grupo más afectado, lo que establece el riesgo de laceraciones de tejido blando en cada parto ayude a la aparición de lesiones en el cuello uterino; según Ramos J.<sup>(13)</sup> concluyó que el ser “multípara” o “gran multípara” sí es un factor de riesgo de las lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino; según Lazo E. y Aguilar F.<sup>(14)</sup> encontraron que el 47.62% tenían de 3 a 5 partos.

- El uso de anticonceptivos y el Resultado de Papanicolaou Patológico:

Chi-Cuadrado de Pearson calculado  $X^2$  cal, es 31.913, y calculando el valor de la  $X^2$  teórico, habiendo determinado el Grado de libertad = 25, con un nivel de significancia (alfa) de 0.05 obtenemos 37.65248413.

Observamos que  $X^2$  calculado es menor que  $X^2$  teórico; por lo tanto se demuestra que ambas variables no guardan dependencia entre ellos.

En este estudio se encontró que hay predominio marcado en aquellas mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo teniendo como resultado citológico más frecuente al NIC I con un porcentaje total de 16,2%, seguido por el NIC II con un 7,1%, ASCUS con 6,1%, así mismo de las que usaron algún método anticonceptivo, el de mayor frecuencia fue el uso de inyectables predominando como resultado el NIC I con un 11,6% seguido del NIC II 10,6% y como segundo método más frecuente tenemos al uso de píldoras cuyo resultado también se sitúa en el NIC I con un 9,1%, pese a éstos resultados no existe relación lo que concuerda con lo encontrado por Peláez L. y Pinos J.<sup>(10)</sup> donde muestran que no se encontró ni asociación ni significancia estadística entre los distintos métodos anticonceptivos y las distintas anormalidades.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

A continuación se presenta las conclusiones a las que se arribaron, en base al trabajo de campo realizado y al soporte teórico del marco referencial. Estas conclusiones responden cada uno de los objetivos trazados al inicio de la investigación, además complementan dichos objetivos.

1. Las características socio-demográficas de la población de estudio fueron: la edad más frecuente se ubicó en el intervalo entre 32-47 años con un porcentaje de 35,4%, el grado de instrucción más frecuente fue el de secundaria completa con un 42,4%, el estado civil más frecuente fue el de convivencia con un 37,9%. La población de estudio procede mayoritariamente del área urbana alcanzando un 64,6 % siendo el distrito que acude con más frecuencia el de San Juan de Lurigancho con 36,9%.
2. La distribución de factores de riesgo fueron: la menarquía se presentó mayormente entre los 12 y 13 años con 65,1%, la edad de inicio de las relaciones sexuales se presentó más frecuentemente entre 15 y 16 años con 56%, el número de parejas sexuales mayoritariamente fue de 2-3 parejas con un porcentaje de 84,3% y el número de embarazos generalmente ha sido entre 2 a 4 embarazos (52%), el número de abortos entre 1 y 2 con un porcentaje de 37,4%, las multíparas representaron el grupo de mayor frecuencia con relación al número de partos con un 59,6%; se ha visto que un tercio de población de estudio no ha usado ningún tipo de anticonceptivo y en relación al último

papanicolaou encontramos que el 15,4% nunca se realizó dicho examen.

3. Las lesiones intraepiteliales escamosas encontradas en la población de estudio se observó la siguiente distribución que las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LEIBG) representaron porcentualmente el 53% seguido de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado (LEIAG) con un 34,4% y finalmente con diagnóstico de ASCUS con un 12,6%.
4. Las características socio-demográficas y los factores de riesgo están considerablemente correlacionadas con el resultados de papanicolaou patológico por encontrarse un nivel de significancia que se localizó entre 0,000 a 0,050 y éstos valores fueron demostrados por dos pruebas estadísticas como el Chi cuadrado y el *rho* de Spearman.



## 5.2. RECOMENDACIONES

1. La educación sexual debería comenzar en el colegio, para esto el Ministerio de Salud junto con el Ministerio de Educación deberían implementar cursos adecuados para cada grupo etáreo priorizando al nivel secundario y así comenzar la prevención de múltiples problemas que involucran la salud sexual y reproductiva entre ellos el cáncer de cuello uterino, así mismo realizando campañas en los distritos que acuden mayoritariamente al Hospital Nacional Hipólito Unanue.
2. Toda Mujer que inicia su vida sexual debe hacerse un papanicolaou anual para así poder aumentar su sensibilidad en la detección precoz de cáncer de cuello uterino que es el más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres, para esto el Ministerio de Salud debe aumentar la cobertura e implementar campañas de despistaje de cáncer de cuello uterino.
3. El estado debe promover normas legales con financiamiento y que propicien la participación tanto de las entidades públicas y privadas que permitan hacer campañas preventivas en temas referentes a salud sexual y reproductiva, priorizando al cáncer de cuello uterino.
4. Difusión publicitaria haciendo uso de los medios de comunicación a nivel nacional ponderando la importancia de los programas de tamizaje del Cáncer de Cuello Uterino como son las vacunas destinadas a las niñas de 9 a 13 años y la prueba de Papanicolaou a todas las mujeres que ya iniciaron su vida sexual, a cargo del Ministerio de Salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chávez M, Virelles M, Bermejo W, Viñas L. Intervención comunitaria sobre factores de riesgo del cáncer cervicouterino. REV AMC [online]. 2008, vol.12, n.5, Camagüey.
2. Publicación OPS: Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino. 2008; CD48/6.
3. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadística: perfil epidemiológico. Lima: INEN; 2000-2014. <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>. (Último acceso Setiembre del 2016).
4. Solidoro A, et al. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. DIAGNÓSTICO 2004; 43(1): 29-3. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/ene-feb04/29-33.html> (Último acceso Noviembre 2016)
5. Rivera B. y Quintero J. Prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Escamosas y Factores de Riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente-asistencial. Tesis de Licenciatura. Universidad de Antioquía, 2006.
6. World: Human Papillomavirus and Related Diseases, Summary Report 2015. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf> (Último acceso Setiembre 2016)
7. Coromoto D, Mantilla D, González M. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocervix: conducta. Rev Obstet Ginecol Venez 2009; 69(1):41-7.
8. Murillo R. et al. Efectividad de la citología cérvico-uterina para la detección temprana de cáncer de cuello uterino en el marco del sistema de salud de Colombia. Biomédica 2009; 29:354-61.

9. López A. Factores que influyen en la incidencia de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad reproductiva que asistieron a realizarse el examen de papanicolaou al centro de salud de Sipacate, Escuintla, de junio 2010 a junio 2011. Tesis de Licenciatura. Universidad de San Carlos de Guatemala, 2011.
10. Peláez L. y Pinos J. Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citología realizadas en el Hospital Vicente Corral Moscoso en el año 2010. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad de Cuenca. 2013.
11. Analuisa C. Incidencia de mujeres en edad reproductiva con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I) que acudieron al servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Regional Docente Ambato durante el período marzo-agosto 2013. Tesis de Licenciatura. Universidad Central del Ecuador, 2014.
12. Rodríguez D, Pérez J, Sarduy M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2014; 40(2).
13. Ramos J. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital Víctor Ramos Guardia-Huaraz 2008-2012. Tesis para optar el Título de Médico Cirujano. Universidad Privada Antenor Orrego. 2015.
14. Lazo E. y Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero – junio del 2011. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de San Martín. 2012.

15. Gómez J. Factores de Riesgo para cáncer de cuello uterino. Hospital Regional Docente de Trujillo 2007-2012. Tesis Bachiller de Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. 2013.
16. Conde A. Factores de riesgo, asociados a lesiones en el cuello uterino, en mujeres en edad fértil Hospital María Auxiliadora julio- agosto, 2013. Tesis Licenciatura. Universidad Privada San Martín de Porres. 2014.
17. Torres M. Evaluación de los Resultados de Papanicolaou como Indicador de Cáncer de Cuello Uterino en las Mujeres de Edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el Sub Centro de Salud "29 de Noviembre" de la ciudad de Santa Rosa, 2009. Tesis de Maestría. Universidad de Guayaquil; 2012.
18. Sellors J, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Washington, D.C.: OPS; 2003.
19. De la Torre F. Lesión premaligna escamosa del cuello uterino, un enfoque actualizado. *Patología* 2008; 46(4): 332-42.
20. Varela S. Citología Cervical. *Rev Med Hondur* 2005; 73: 131-36.
21. Bergeron C. The 2001 Bethesda System. *Salud Pública de México* 2003; 45: 340-44.
22. González M. Patología Cervical y el Reporte de ASCUS en la Citología. *Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2003; 54(3): 193-98.
23. Chavaro N, Arroyo G, Felipe L, Muruchi G, Pérez I. Cáncer Cervicouterino. *Anales de Radiología México* 2009; 1: 61-9.
24. Bajo J, Laila J, Xercavins J. Fundamentos de GINECOLOGÍA. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009.

25. Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopía. Guías de manejo 2015: Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. Buenos Aires: Editorial Ascune Hnos; 2015.
26. Pachón del Amo I, Arteaga A. Virus del Papiloma Humano: Situación Actual, Vacunas y Perspectivas de su utilización. Rev Esp Obstet Ginecolog 2007; 30: 8-11.
27. Sánchez E. Infección del Virus 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. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga, 2012.
28. Ortiz R, Uribe C, Díaz L, Dangond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev Colomb Obstet Ginecol 2004; 55(2): 147-60
29. Payan Z. Prevalencia de Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo y Alto Grado por IVPH (Infección de Virus del Papiloma Humano) en pacientes con ASCUS (Atipias Escamosas de Significado Incierto) en Citología Exfoliativa Cervical y Hallazgos Colposcópicos de Vasos Atípicos en la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil ISSEMYM en el período comprendido del 1 de Marzo del 2011 al 28 de Febrero del 2012. Tesis para obtener la Especialidad de Ginecología y Obstetricia. Universidad Autónoma del Estado de México, 2013.
30. Bosch FX, et al. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J ClinPathol 2002; 55: 244-65.
31. Sanabria J, Fernández Z, Cruz I, Oriolo L, Llanuch M. El cáncer cervicouterino y las lesiones precursoras: revisión bibliográfica". Rev Ciencias Médicas 2011; 15(4): 295-19.
32. Queraltó G. Diccionario Médico Teide. (5ª ed.). Barcelona: TEIDE; 2008.

33. Alvarado J. Apuntes de Obstetricia. (3<sup>a</sup> ed.). Lima: AMP Ediciones; 2014.
34. Berek J. Ginecología de NOVAK. (15<sup>a</sup> ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; 2013.
35. Carrero Y. Patrones de Infiltración Leucocitaria y de Expresión Tisular de Quimioquinas, Factor de Crecimiento Endotelial Vascular y Mediadores del Metabolismo Oxidativo en Lesiones Inflamatorias y Neoplásicas del Cervix. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá; 2012.
36. Hernández R, Fernández C, Baptista P. “Metodología de la Investigación”. (5ta ed.). México: McGraw-Hill; 2010.
37. Caballero, A. “Innovaciones en las guías metodológicas para los planes y tesis de maestría y doctorado”. Perú: Imagen Ediciones EIRL; 2008.
38. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental-Hospital Nacional Hipólito Unanue. “Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2015”. <http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/EPIDEMIOLOGIA/ASIS/ASIS%20HNHU%202015.pdf> (Último Acceso Octubre del 2016).

## **ANEXOS**

## ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

### CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM	FUENTE
<b>Variable Independiente:</b> Factores de Riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Edad de la paciente	<= 16 años 17-31 años 32-47 años 48-62 años >= 63 años	Cuantitativa	Razón	1	Ficha de Recolección de datos
		Grado de Instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior	Cualitativa	Ordinal	2	Ficha de Recolección de datos



VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM	FUENTE
<b>Variable Independiente:</b> Factores de Riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Estado Civil	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Cualitativa	Nominal	3	Ficha de Recolección de datos
		Procedencia	Urbano Rural	Cualitativo	Nominal	4	Ficha de Recolección de datos
		Edad de la menarquia	11-12 años 13-14 años 15-16 años	Cuantitativo	Razón	5	Ficha de Recolección de datos
		Edad de Inicio de las Relaciones sexuales	14-16 años 17-19 años 20-24 años 25-29 años	Cuantitativo	Intervalo	6	Ficha de Recolección de datos
		Número de parejas sexuales	1 - 2 3 - 4 >= 5	Cuantitativo	Ordinal	7	Ficha de Recolección de datos

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	ÍTEM	FUENTE
<b>Variable Independiente:</b> Factores de Riesgo	Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Número de embarazos	0 1 -3 4 - 6 7 - 9 10 - 12 >= 13	Cuantitativo	Ordinal	8	Ficha de Recolección de datos
		Número de abortos	0 1 2 3 4	Cuantitativo	Ordinal	8	Ficha de Recolección de datos
		Paridad	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara	Cuantitativo	Ordinal	9	Ficha de Recolección de datos
		Uso de Anticonceptivo	Píldoras Inyectables Barrera T de cobre Ligadura de trompas Ninguno	Cualitativo	Nominal	10	Ficha de Recolección de datos

## ANEXO 2: INSTRUMENTO

### FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Instrumento para realizar el proyecto de tesis “Correlación entre los Factores de Riesgo y las Lesiones Intraepiteliales Escamosas en pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015”, para para obtener el título de Médico Cirujano.

N° FICHA: \_\_\_\_\_

N° HCL: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Grado de Instrucción:
  - a. Analfabeta
  - b. Primaria Incompleta
  - c. Primaria completa
  - d. Secundaria incompleta
  - e. Secundaria completa
  - f. Superior no universitario
  - g. Superior universitario
3. Estado Civil:
  - a. Soltera
  - b. Conviviente
  - c. Casada
  - d. Divorciada
  - e. Viuda
4. Procedencia:
  - a. Urbano
  - b. Rural

- Distrito: \_\_\_\_\_

## II. ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICO:

5. Edad de la Menarquia:\_\_\_\_\_
6. Edad de inicio de relaciones sexuales:\_\_\_\_\_
7. N° de Parejas Sexuales:
  - a. 1
  - b. 2
  - c. 3
  - d. 4
  - e.  $\geq 5$
8. Fórmula Obstétrica:\_\_\_\_\_
9. N° de Partos:
  - a. Nulípara
  - b. Primípara
  - c. Multípara
  - d. Gran multípara
10. Uso de anticonceptivos:
  - a. Píldoras
  - b. Inyectable
  - c. Barrera
  - d. T de cobre
  - e. Ligadura de trompas
  - f. Ninguno
11. Último papanicolaou:\_\_\_\_\_

## III. RESULTADO DE PAPANICOLAOU PATOLÓGICO:

12. ASCUS
13. Infección por VPH
14. NIC I
15. NIC II
16. NIC III
17. CIS (Carcinoma in situ)




## ANEXO 3: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

### ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO

#### APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

**Investigación titulada: Correlación entre los Factores de Riesgo y las Lesiones Intraepiteliales Escamosas en pacientes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	EXPERTOS					
		A		B		C	
		Si	No	Si	No	Si	No
1	El instrumento tiene estructura lógica.	✓		✓		✓	
2	La secuencia de presentación de ítems es óptima	✓		✓		✓	
3	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.	✓		✓		✓	
4	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	✓		✓		✓	
5	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	✓		✓		✓	
6	El instrumento abarca las variables e indicadores.	✓		✓		✓	
7	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.	✓		✓		✓	

TABLA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPERTOS		
	APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA DEL EXPERTO
A	DR. FERNANDO NICOLAS VALENCIA KRAUSS	 Dr. Fernando Nicolas Valencia Krauss CPM 4087 RNE 2547 Dpto. Gineco-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue
B	DR. CRISTIAN MIRANDA FLORES	 Dr. Cristian Miranda Flores Médico Gineco-Obstetra C.M.P. 40403 / R.M.E. 15065 Hospital Nacional Hipólito Unanue
C	DR. VALENTIN SANDOVAL ALONSO	 Dr. Valentin Sandoval Alonso Médico Gineco-Obstetra C.M.P. 40403 / R.M.E. 17138 Hospital Nacional Hipólito Unanue

04  
10  
16

06/10/16

09/10/16

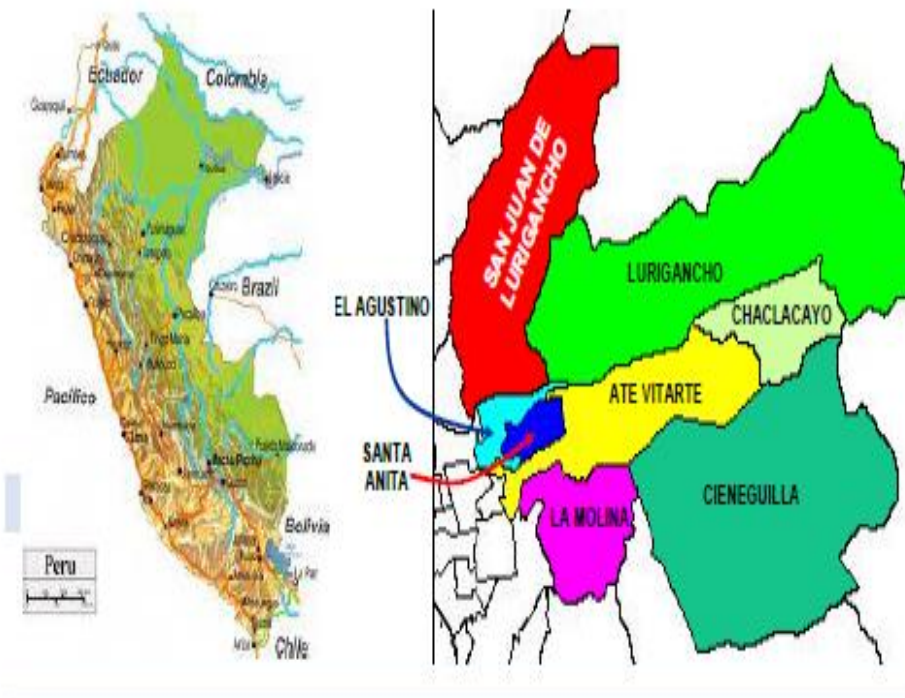
#### ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

### CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE, 2015

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<b>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA GENERAL</b>  ¿Cuál es la correlación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015?	<b>OBJETIVO GENERAL</b>  Determinar la correlación entre los factores de riesgo y las lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.	<b>HIPÓTESIS GENERAL</b>  Los Factores de riesgo si están correlacionados con la presencia de lesiones intraepiteliales escamosas en pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2015.	<b>VARIABLE DEPENDIENTE (VD)</b>  Lesiones Intraepiteliales Escamosas	Resultado de Papanicolaou Patológico	<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>  La investigación realizada fue de tipo Cuantitativa, Observacional, Descriptivo, Correlacional, Transversal y Retrospectivo.

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. ¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentan en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue?</p> <p>2. ¿Cuáles son las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue?</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. Conocer las características socio-demográficas de las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>2. Identificar la distribución de los factores de riesgo de las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>3. Clasificar las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>4. Correlacionar las características socio-demográficas como edad, grado de instrucción y distrito de residencia y los factores de riesgo con el resultado del papanicolaou patológico de las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p>	<p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <p>1. La edad de inicio de relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el número de partos son factores de riesgo principales presentes en las pacientes del servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue.</p> <p>2. Las características socio-demográficas como edad, grado de instrucción y distrito de residencia están correlacionados con la presencia de las lesiones intraepiteliales escamosas de las pacientes que acuden al servicio de Ginecología del Hospital Hipólito Unanue.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE (VI)</b></p> <p>Factores de Riesgo</p>	<p>Edad de la paciente</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Estado Civil</p> <p>Procedencia</p> <p>Edad de la Menarquía</p> <p>Edad de inicio de las relaciones sexuales</p> <p>Número de parejas sexuales</p> <p>Número de embarazos</p> <p>Número de abortos</p> <p>Paridad</p> <p>Uso de Anticonceptivos</p>	<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b></p> <p>La población estuvo conformado por las mujeres cuyo resultado de papanicolaou fue patológico y fueron atendidas en el Consultorio N° 5 del Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, haciendo un total de N = 408 mujeres atendidas en el periodo de Enero a Diciembre del 2015.</p> <p>En concordancia con la composición de la población se usó el muestreo probabilístico y mediante formula se determinó la muestra obteniendo como resultado n = 198</p>

## ANEXO 5: MAPA GEOPOLÍTICO Y PLANO DE ACCESO AL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE



Fuente: Análisis Situacional de Salud Hospitalario 2015<sup>(38)</sup>.



## ANEXO 6: BASE DE DATOS DE LA TESIS TITULADA “CORRELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS EN PACIENTES DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE”

N° FICHA	EDAD	Grado de Instrucción	Estado Civil	Procedencia	Distrito	Edad de la Menarquía	Edad de inicio de relaciones sexuales	N° de Parejas Sexuales	Fórmula Obstétrica	Embarazos	Abortos	N° de Partos	Uso de anticonceptivos	Último papanicolaou	Resultado de Papanicolaou Patológico
1	49	Primaria completa	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	12	15	2	G7P7007	7	0	Gran Multipara	Ninguno	2013	NIC II
2	33	Secundaria completa	Soltera	Rural	El Agustino	12	15	3	G3P3002	3	0	Multipara	Inyectable	2010	NIC III
3	59	Primaria incompleta	Soltera	Rural	San Juan de Lurigancho	12	14	4	G9P8018	9	1	Gran Multipara	Ninguno	2010	NIC II
4	77	Analfabeta	Viuda	Rural	San Juan de Lurigancho	16	16	4	G10P9016	10	1	Gran Multipara	Ninguno	2000	NIC III
5	20	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	15	2	G0P0	0	0	Nulípara	Barrera	Nunca	NIC I
6	41	Secundaria completa	Conviviente	Rural	El Agustino	14	18	3	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2014	NIC I
7	44	Primaria completa	Conviviente	Urbano	Santa Anita	14	16	2	G5P4014	5	1	Multipara	Ligadura de trompa	2011	NIC I
8	20	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	18	3	G0P0	0	0	Nulípara	Ninguno	Nunca	ASCUS
9	48	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	16	3	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2012	NIC II
10	63	Primaria completa	Divorciada	Rural	Ate	12	15	5	G10P10008	10	0	Gran Multipara	Ninguno	1995	NIC II
11	55	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	17	1	G2P1011	2	1	Primipara	Ninguno	2014	NIC I
12	53	Primaria incompleta	Casada	Rural	San Juan de Lurigancho	15	15	2	G4P4004	4	0	Multipara	Ninguno	2011	NIC I
13	29	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Ate	13	18	2	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2011	ASCUS
14	30	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Puente Piedra	13	20	2	G1P0010	1	1	Nulípara	Ninguno	2009	Infección por VPH
15	43	Superior universitaria	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	20	2	G0P0	0	0	Nulípara	Ninguno	Nunca	ASCUS
16	27	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	16	18	2	G1P0010	1	1	Nulípara	Ninguno	Nunca	NIC I
17	76	Primaria completa	Viuda	Rural	San Juan de Lurigancho	11	15	2	G5P5005	5	0	Multipara	Ninguno	1995	NIC II
18	67	Analfabeta	Divorciada	Rural	Pachacamac	14	15	3	G10P10009	10	0	Gran Multipara	Ninguno	2010	NIC I
19	58	Primaria completa	Conviviente	Rural	Ate	12	14	2	G7P6016	7	1	Gran Multipara	Ninguno	2010	NIC II
20	59	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	15	15	3	G8P6024	8	2	Gran Multipara	T de cobre	2005	NIC I
21	49	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	El Agustino	13	18	2	G3P3003	3	0	Multipara	Ligadura de trompa	Nunca	NIC I
22	40	Primaria completa	Casada	Rural	San Juan de Lurigancho	12	14	5	G8P6026	8	2	Gran Multipara	Inyectable	Nunca	NIC II
23	19	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	17	1	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	Nunca	Infección por VPH
24	45	Analfabeta	Divorciada	Rural	Jicamarca	13	20	2	G2P2002	2	0	Multipara	Píldora	2014	Infección por VPH
25	60	Primaria incompleta	Conviviente	Rural	Huaycabamba	13	15	3	G10P9015	10	1	Gran Multipara	Inyectable	2005	NIC II
26	32	Superior universitaria	Casada	Urbano	Santa Anita	14	18	3	G1P1001	1	0	Primipara	T de cobre	Nunca	CIS
27	29	Secundaria completa	Conviviente	Rural	Ate	13	15	3	G5P3023	5	2	Multipara	Ninguno	2010	NIC I
28	43	Secundaria completa	Soltera	Urbano	El Agustino	16	16	3	G6P3033	6	3	Multipara	Ninguno	2010	NIC III
29	69	Primaria completa	Casada	Urbano	El Agustino	13	15	4	G7P7006	7	0	Gran Multipara	Inyectable	2004	NIC II
30	32	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	San Martín de Porres	13	18	3	G0P0	0	0	Nulípara	Inyectable	2010	ASCUS
31	35	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	16	17	3	G3P3003	3	0	Multipara	Ligadura de trompa	2010	ASCUS
32	43	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	13	15	3	G3P2012	3	1	Multipara	Inyectable	2005	NIC II
33	50	Primaria completa	Soltera	Rural	Ate	14	18	2	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2009	ASCUS
34	36	Superior no universitaria	Casada	Urbano	Nazca	13	16	2	G5P3023	5	2	Multipara	Ligadura de trompa	2012	NIC I
35	49	Secundaria incompleta	Soltera	Rural	Ate	12	16	2	G3P2012	3	1	Multipara	Ninguno	2013	ASCUS
36	50	Secundaria completa	Casada	Rural	Callao	13	15	2	G3P2012	3	1	Multipara	Ninguno	2004	NIC I
37	28	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	17	2	G2P2002	2	0	Multipara	Píldora	2011	NIC I
38	33	Secundaria completa	Casada	Rural	Ate	13	17	2	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2011	NIC I
39	43	Superior no universitaria	Divorciada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	18	3	G3P2012	3	1	Multipara	Ninguno	2009	NIC I
40	50	Primaria completa	Conviviente	Rural	Santa Anita	12	15	3	G3P3003	3	0	Multipara	Ninguno	2008	NIC III
41	57	Secundaria completa	Soltera	Rural	Ate	13	18	2	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2014	NIC I
42	57	Secundaria completa	Viuda	Rural	El Agustino	12	14	4	G3P3003	3	0	Multipara	Píldora	2005	NIC I

43	59	Secundaria completa	Soltera	Rural	Ate	14	16	3	GOPO	0	0	Nulipara	Ninguno	2000	ASCUS
44	39	Superior no universitaria	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	13	15	2	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2013	Infección por VPH
45	28	Secundaria completa	Soltera	Rural	Comas	12	16	4	G4P2022	4	2	Multipara	Inyectable	2014	NIC III
46	59	Secundaria incompleta	Soltera	Rural	San Juan de Lurigancho	14	18	4	G3P2012	3	1	Multipara	Pildora	2013	NIC III
47	40	Secundaria completa	Casada	Urbano	La Molina	12	15	2	G3P3003	3	0	Multipara	Pildora	2014	NIC I
48	58	Superior no universitaria	Casada	Rural	La Molina	12	17	2	G5P3023	5	2	Multipara	Ninguno	2013	NIC I
49	66	Analfabeta	Viuda	Rural	San Juan de Lurigancho	12	15	3	G6P5015	6	1	Multipara	Inyectable	2005	NIC II
50	60	Secundaria completa	Soltera	Rural	El Agustino	12	15	2	G3P3003	3	0	Multipara	Ninguno	2000	NIC I
51	45	Secundaria incompleta	Casada	Rural	San Juan de Lurigancho	14	15	3	G5P5005	5	0	Multipara	Inyectable	2011	NIC II
52	53	Secundaria completa	Soltera	Rural	San Juan de Lurigancho	12	14	2	G4P4004	4	0	Multipara	T de cobre	2013	NIC II
53	38	Secundaria completa	Soltera	Urbano	La Molina	11	15	5	G1P1001	1	0	Primipara	Ninguno	2014	NIC II
54	48	Primaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	16	3	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2008	NIC II
55	37	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	14	16	3	G4P2022	4	2	Multipara	Pildora	2010	NIC II
56	30	Primaria completa	Conviviente	Urbano	Chosica	12	16	3	G5P3023	5	2	Multipara	Pildora	2014	NIC III
57	40	Superior no universitaria	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	16	2	G5P4014	5	1	Multipara	Inyectable	2014	NIC I
58	73	Primaria completa	Viuda	Rural	El Agustino	14	15	3	G6P6006	6	0	Gran Multipara	Inyectable	1995	NIC I
59	63	Analfabeta	Casada	Rural	San Juan de Lurigancho	13	15	2	G15P120312	15	3	Gran Multipara	Ninguno	2009	NIC II
60	72	Analfabeta	Soltera	Urbano	San Martín de Porres	13	16	2	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2005	NIC I
61	40	Secundaria incompleta	Casada	Rural	Ate	13	16	3	G4P2022	4	2	Multipara	Pildora	2011	NIC II
62	23	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	El Agustino	13	18	5	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2012	ASCUS
63	49	Superior no universitaria	Casada	Urbano	Rimac	14	15	3	G3P3003	3	0	Multipara	Ligadura de trompa	2008	NIC I
64	41	Secundaria incompleta	Divorciada	Rural	El Agustino	14	16	2	G3P3003	3	0	Multipara	Pildora	2014	Infección por VPH
65	24	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Rimac	13	15	2	G3P1021	3	2	Primipara	Inyectable	Nunca	NIC I
66	28	Secundaria completa	Casada	Urbano	La Molina	12	16	2	G3P2012	3	1	Multipara	Inyectable	Nunca	NIC I
67	49	Superior no universitaria	Casada	Urbano	El Agustino	15	20	1	G3P2012	3	1	Multipara	Pildora	2010	Infección por VPH
68	38	Superior universitaria	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	16	3	G3P2012	3	1	Multipara	Pildora	2014	Infección por VPH
69	76	Primaria incompleta	Viuda	Urbano	Santa Anita	13	15	2	G8P8007	8	0	Gran Multipara	Ninguno	1995	NIC II
70	47	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	El Agustino	14	20	2	G6P4024	6	2	Multipara	Ligadura de trompa	2008	NIC I
71	29	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	Ate	13	16	3	G1P1001	1	0	Primipara	Ninguno	Nunca	NIC I
72	30	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	15	4	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	2010	NIC III
73	32	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	18	2	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2013	NIC I
74	58	Analfabeta	Casada	Rural	El Agustino	16	16	2	G9P9009	9	0	Gran Multipara	Ninguno	2000	NIC I
75	31	Secundaria incompleta	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	13	15	3	G3P3003	3	0	Multipara	Barrera	2011	NIC II
76	33	Secundaria incompleta	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	19	2	G3P3002	3	0	Multipara	Barrera	2013	NIC I
77	19	Secundaria completa	Soltera	Urbano	El Agustino	13	15	2	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	Nunca	Infección por VPH
78	27	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	Ate	13	16	3	G2P2002	2	0	Multipara	Pildora	2012	ASCUS
79	33	Secundaria completa	Soltera	Rural	San Juan de Lurigancho	16	19	2	G5P3023	5	2	Multipara	Pildora	2011	NIC II
80	51	Secundaria completa	Soltera	Urbano	El Agustino	14	20	3	G2P1011	2	1	Primipara	Ninguno	2010	ASCUS
81	31	Primaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	14	15	3	G4P4004	4	0	Multipara	Inyectable	2011	NIC II
82	29	Primaria completa	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	12	14	2	G4P4004	4	0	Multipara	Pildora	Nunca	NIC I
83	48	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	15	18	3	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2005	NIC II
84	48	Secundaria incompleta	Casada	Rural	Ate	12	14	2	G5P5005	5	0	Multipara	Ligadura de trompa	2013	NIC I
85	57	Secundaria incompleta	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	16	3	G4P4004	4	0	Multipara	Ninguno	1995	CIS
86	56	Analfabeta	Casada	Rural	El Agustino	11	14	2	G12P120012	12	0	Gran Multipara	Inyectable	2005	NIC I
87	45	Primaria incompleta	Soltera	Rural	Cieneguilla	11	14	2	G4P4004	4	0	Multipara	Pildora	2009	ASCUS
88	44	Secundaria completa	Viuda	Urbano	San Juan de Lurigancho	16	16	3	G4P4004	4	0	Multipara	Ninguno	2010	NIC II
89	33	Secundaria completa	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	12	14	3	G3P3003	3	0	Multipara	Pildora	2012	NIC I
90	31	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Ate	14	17	3	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	2014	NIC I
91	30	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	Ate	12	16	2	G3P2012	3	1	Multipara	Pildora	2010	NIC I
92	48	Secundaria completa	Casada	Urbano	El Agustino	13	18	3	G4P3013	4	1	Multipara	Pildora	2009	NIC II
93	30	Superior no universitaria	Conviviente	Rural	Ate	12	15	3	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2008	NIC I
94	25	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Chosica	11	16	3	G2P1011	2	1	Primipara	Inyectable	Nunca	NIC II
95	65	Superior no universitaria	Casada	Urbano	Ate	14	20	3	G4P3013	4	1	Multipara	Pildora	2009	NIC II
96	27	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	16	3	G3P1021	3	2	Primipara	Pildora	Nunca	NIC II
97	37	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	15	5	G4P4004	4	0	Multipara	Inyectable	2012	ASCUS

98	51	Secundaria completa	Casada	Urbano	La Molina	13	14	3	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2013	NIC II
99	19	Secundaria completa	Soltera	Rural	Ate	13	15	3	G1P0010	1	1	Nulipara	Ninguno	Nunca	Infección por VPH
100	47	Superior no universitaria	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	16	2	G2P2002	2	0	Multipara	T de cobre	2014	Infección por VPH
101	37	Primaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	15	5	G5P1041	5	4	Primipara	Barrera	2014	NIC I
102	42	Secundaria incompleta	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	12	16	2	G1P1001	1	0	Primipara	Ninguno	2013	Infección por VPH
103	22	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	15	4	G0P0	0	0	Nulipara	Ninguno	Nunca	NIC III
104	57	Primaria incompleta	Casada	Rural	Ate	14	16	1	G5P5005	5	0	Multipara	Ninguno	2013	NIC I
105	42	Primaria incompleta	Viuda	Urbano	Ate	15	15	2	G6P5015	6	1	Multipara	T de cobre	2010	NIC I
106	29	Superior universitaria	Soltera	Urbano	Santa Anita	13	17	3	G0P0	0	0	Nulipara	Pildora	Nunca	NIC I
107	22	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	El Agustino	14	16	2	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	Nunca	Infección por VPH
108	26	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	14	3	G3P1021	3	2	Primipara	T de cobre	Nunca	Infección por VPH
109	22	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	Ate	14	15	3	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	Nunca	Infección por VPH
110	44	Superior no universitaria	Conviviente	Rural	Ate	13	19	2	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2013	ASCUS
111	48	Primaria completa	Conviviente	Urbano	La Molina	12	15	3	G4P4004	4	0	Multipara	Ninguno	2012	NIC I
112	35	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	18	3	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2012	NIC I
113	44	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	La Molina	14	17	3	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	2010	NIC II
114	36	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	15	2	G3P2012	3	1	Multipara	Barrera	2012	NIC I
115	49	Secundaria completa	Soltera	Urbano	El Agustino	12	14	2	G4P3013	4	1	Multipara	Ninguno	2008	NIC I
116	43	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	15	3	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2005	NIC II
117	63	Primaria incompleta	Conviviente	Urbano	Ate	12	15	2	G8P6026	8	2	Gran Multipara	Ninguno	2009	NIC I
118	35	Superior no universitaria	Conviviente	Rural	Pachacamac	13	15	3	G5P4014	5	1	Multipara	Inyectable	2012	NIC II
119	60	Primaria completa	Casada	Rural	Pachacamac	16	19	1	G3P3003	3	0	Multipara	Ninguno	2005	NIC I
120	44	Secundaria completa	Soltera	Rural	San Juan de Lurigancho	13	16	2	G5P3023	5	2	Multipara	Ninguno	2011	NIC I
121	61	Primaria incompleta	Viuda	Urbano	Chosica	13	15	2	G10P9018	10	1	Gran Multipara	Ninguno	2014	NIC I
122	63	Secundaria completa	Soltera	Urbano	El Agustino	13	16	3	G0P0	0	0	Nulipara	Ninguno	2014	NIC II
123	35	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	13	16	2	G1P1001	1	0	Primipara	Ninguno	2009	NIC I
124	43	Primaria incompleta	Casada	Urbano	Ate	14	14	3	G4P3013	4	1	Multipara	Ninguno	2010	NIC I
125	37	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	15	2	G3P3003	3	0	Multipara	Pildora	2014	ASCUS
126	60	Primaria completa	Casada	Urbano	Santa Anita	11	14	2	G6P4024	6	2	Multipara	Pildora	2014	NIC I
127	40	Analfabeta	Casada	Rural	San Juan de Lurigancho	11	14	3	G6P6006	6	0	Gran Multipara	Ninguno	2013	NIC I
128	33	Secundaria completa	Casada	Urbano	El Agustino	12	14	3	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2012	NIC II
129	77	Primaria completa	Casada	Rural	Santa Anita	11	14	4	G9P9006	9	0	Gran Multipara	Inyectable	1990	CIS
130	57	Secundaria completa	Casada	Urbano	El Agustino	13	19	2	G4P3013	4	1	Multipara	Ninguno	2010	NIC I
131	59	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	14	4	G7P6015	7	1	Gran Multipara	Ninguno	1995	CIS
132	39	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	14	16	3	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2012	NIC I
133	28	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Santa Anita	13	17	3	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	2013	NIC I
134	24	Secundaria incompleta	Soltera	Rural	El Agustino	16	16	3	G1P1001	1	0	Primipara	Ninguno	Nunca	Infección por VPH
135	26	Secundaria incompleta	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	15	19	2	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	Nunca	NIC I
136	39	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	Santa Anita	12	15	2	G4P3013	4	1	Multipara	Inyectable	2009	NIC I
137	45	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	16	3	G0P0	0	0	Nulipara	Ninguno	2014	NIC I
138	21	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	El Agustino	12	15	2	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	Nunca	NIC I
139	26	Primaria incompleta	Soltera	Rural	El Agustino	15	19	2	G1P0010	1	1	Nulipara	Pildora	2014	NIC III
140	29	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	11	15	2	G2P1011	2	1	Primipara	Inyectable	2010	NIC I
141	48	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	12	14	3	G8P6026	8	2	Gran Multipara	Ninguno	2014	NIC II
142	20	Superior no universitaria	Conviviente	Urbano	Ate	11	14	2	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2014	NIC I
143	47	Secundaria completa	Casada	Urbano	Ate	11	14	2	G4P4004	4	0	Multipara	Inyectable	2011	NIC II
144	32	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	14	2	G4P3013	4	1	Multipara	Pildora	2013	NIC I
145	43	Secundaria incompleta	Conviviente	Rural	El Agustino	13	15	4	G7P5025	7	2	Multipara	Inyectable	2012	NIC I
146	36	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	Santa Anita	12	18	2	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	2010	NIC I
147	49	Primaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	20	1	G5P5005	5	0	Multipara	T de cobre	2013	ASCUS

148	16	Secundaria incompleta	Soltera	Urbano	El Agustino	12	14	2	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	Nunca	Infección por VPH
149	59	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	15	3	G6P6006	6	0	Gran Multipara	Ninguno	2010	NIC I
150	35	Superior universitaria	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	17	2	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2011	NIC I
151	18	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	15	3	GOPO	0	0	Nulipara	Pildora	Nunca	ASCUS
152	69	Analfabeta	Casada	Urbano	Ate	11	15	3	G7P7006	7	0	Gran Multipara	Ninguno	2004	NIC II
153	50	Superior no universitaria	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	11	15	2	G4P3013	4	1	Multipara	Ninguno	2010	ASCUS
154	37	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	16	2	G1P1001	1	0	Primipara	Ninguno	2013	NIC I
155	32	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	El Agustino	13	16	3	G3P3003	3	0	Multipara	Ligadura de trompa	2012	NIC I
156	34	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	La Molina	12	18	2	GOPO	0	0	Nulipara	Ninguno	2014	NIC I
157	45	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Luis	12	15	2	GOPO	0	0	Nulipara	Ninguno	2013	NIC I
158	43	Primaria completa	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	12	15	5	G6P3033	6	3	Multipara	Ligadura de trompa	2009	NIC I
159	77	Analfabeta	Viuda	Rural	El Agustino	12	14	4	G9P9003	9	0	Gran Multipara	Inyectable	1990	CIS
160	56	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	El Agustino	12	15	3	G6P6006	6	0	Gran Multipara	Pildora	2005	NIC I
161	25	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Callao	12	14	3	G2P1011	2	1	Primipara	Inyectable	Nunca	NIC II
162	50	Secundaria completa	Casada	Urbano	Santa Anita	12	14	4	G4P4004	4	0	Multipara	Ninguno	2009	ASCUS
163	37	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Rimac	13	19	3	G3P2012	3	1	Multipara	Inyectable	2012	NIC II
164	42	Secundaria completa	Casada	Urbano	Cieneguilla	12	16	1	G3P1021	3	2	Primipara	Pildora	2012	ASCUS
165	68	Analfabeta	Soltera	Rural	Chosica	12	14	3	G9P8018	9	1	Gran Multipara	Ninguno	2005	NIC III
166	23	Secundaria completa	Casada	Urbano	Callao	13	18	1	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	Nunca	NIC I
167	72	Primaria incompleta	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	19	2	G6P5015	6	1	Multipara	Pildora	1990	NIC I
168	23	Secundaria incompleta	Conviviente	Urbano	Santa Anita	13	18	2	G2P2002	2	0	Multipara	Pildora	Nunca	NIC I
169	38	Secundaria completa	Casada	Urbano	El Agustino	12	17	2	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2014	NIC I
170	27	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	18	3	G1P1001	1	0	Primipara	Pildora	2013	NIC III
171	64	Primaria incompleta	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	15	3	G5P5005	5	0	Multipara	Pildora	2014	NIC II
172	61	Secundaria completa	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	15	2	G2P1011	2	1	Primipara	Pildora	2008	NIC I
173	55	Primaria incompleta	Casada	Rural	Chosica	12	15	3	G2P0020	2	2	Nulipara	Ninguno	2000	ASCUS
174	58	Primaria completa	Casada	Urbano	Ate	13	20	2	G3P3003	3	0	Multipara	Pildora	2004	ASCUS
175	35	Primaria incompleta	Casada	Rural	El Agustino	12	16	1	G2P2002	2	0	Multipara	Pildora	2011	NIC I
176	36	Secundaria completa	Soltera	Rural	Villa María del triunfo	13	16	3	G4P3013	4	1	Multipara	Pildora	2013	NIC II
177	62	Analfabeta	Viuda	Rural	San Juan de Lurigancho	12	20	2	G4P2022	4	2	Multipara	Pildora	2012	NIC I
178	56	Analfabeta	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	12	14	2	G9P8017	9	1	Gran Multipara	Inyectable	2010	NIC I
179	25	Secundaria completa	Soltera	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	16	2	GOPO	0	0	Nulipara	Pildora	Nunca	NIC II
180	56	Secundaria incompleta	Casada	Urbano	Ate	12	15	1	G4P3013	4	1	Multipara	Ninguno	2012	ASCUS
181	41	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	12	17	3	G3P2012	3	1	Multipara	Barrera	2014	NIC I
182	42	Secundaria completa	Casada	Rural	El Agustino	15	20	1	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2012	NIC I
183	57	Secundaria completa	Soltera	Urbano	El Agustino	12	15	3	G6P3033	6	2	Multipara	Inyectable	2011	NIC II
184	45	Secundaria incompleta	Conviviente	Rural	Ate	12	16	2	G2P2002	2	0	Multipara	Inyectable	2014	ASCUS
185	34	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	16	3	G3P3003	3	0	Multipara	Inyectable	2013	NIC I
186	41	Secundaria completa	Conviviente	Rural	Ate	15	18	2	G3P2012	3	1	Multipara	Ninguno	2009	NIC I
187	50	Secundaria completa	Casada	Urbano	Ate	12	14	2	G6P5015	6	1	Multipara	Inyectable	2004	NIC II
188	69	Primaria completa	Casada	Urbano	Santa Anita	13	15	2	G4P4004	4	0	Multipara	Ninguno	2013	NIC II
189	55	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	Carabayillo	12	16	3	GOPO	0	0	Nulipara	Pildora	2014	NIC I
190	55	Secundaria completa	Conviviente	Urbano	San Juan de Lurigancho	15	17	2	G2P2002	2	0	Multipara	T de cobre	2014	NIC I
191	51	Secundaria incompleta	Conviviente	Rural	El Agustino	12	15	3	G9P7027	9	2	Gran Multipara	Pildora	2013	NIC II
192	26	Secundaria completa	Soltera	Urbano	Santa Anita	12	16	3	G1P1001	1	0	Primipara	Inyectable	Nunca	NIC II
193	35	Analfabeta	Casada	Rural	San Pedro de Chaulan	14	15	2	G4P3013	4	1	Multipara	Inyectable	2011	NIC I
194	47	Primaria completa	Conviviente	Urbano	Huachochiri	13	16	3	G3P3002	3	0	Multipara	Inyectable	2013	NIC II
195	51	Superior no universitaria	Conviviente	Rural	San Juan de Lurigancho	14	16	3	G2P2002	2	0	Multipara	Ninguno	2014	ASCUS
196	48	Secundaria incompleta	Casada	Urbano	San Juan de Lurigancho	13	14	2	G6P5015	6	1	Multipara	Pildora	2012	NIC II
197	45	Secundaria incompleta	Casada	Urbano	El Agustino	12	16	2	G2P2002	2	0	Multipara	Pildora	2014	NIC II
198	45	Primaria completa	Casada	Urbano	Ate	13	16	3	G6P6006	6	0	Gran Multipara	Pildora	2013	NIC III

**ANEXO 7: FOTOGRAFÍAS RECOLECTANDO DATOS EN ARCHIVO DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE**

