



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA**

**ESPECIALIDAD LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA
PATOLÓGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE
CUELLO UTERINO EN LOS RESULTADOS DE PAPANICOLAOU DE
LAS MUJERES DE MOYOBAMBA ATENDIDAS EN EL LABORATORIO
PACVER, ENERO – DICIEMBRE 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO MÉDICO EN EL
ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

PRESENTADO POR:

RODRIGUEZ ALVARADO AIDA ERLITA

ASESOR:

MG. WILDER ADAMIR REYES ALFARO

TRUJILLO, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

RODRIGUEZ ALVARADO AIDA ERLITA

**“PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN LOS RESULTADOS DE PAPANICOLAOU DE LAS MUJERES DE
MOYOBAMBA ATENDIDAS EN EL LABORATORIO PACVER,
ENERO – DICIEMBRE 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado Tecnólogo Médico en el Área de Laboratorio Clínico y
Anatomía Patológica por la Universidad Alas Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2018

DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre Herlinda Alvarado Zavaleta, porque es el ser más comprensivo demostrándome siempre su cariño y apoyo incondicional, por ser mi fuente inspiradora de mis metas dándome fuerza día a día, y a mis hermanos Diler y Jeancarlos, porque ellos han dado razón a mi vida, por sus consejos, su apoyo incondicional y su paciencia.

A Mis hijos

Bruno y Nayeli, porque son mi principal motivación, por la fuerza que me inspiran día a día, para demostrarles lo que significan en mi vida, los llevo siempre en mi corazón, los amo.

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a mis formadores, personas de gran sabiduría, por transmitirme sus conocimientos y dedicación.

Agradezco de manera especial a la Dra. PATRICIA CONTRERAS VERA, por permitirme realizar un estudio en su prestigioso Laboratorio de Análisis citológico y Anatomopatológico “PACVER”, y por su colaboración en el momento de la ejecución del trabajo de investigación.

Gratitud a mi asesor Mg. Wilder Adamir Reyes Alfaro, por su apoyo en el desarrollo del trabajo de investigación; y a todas aquellos que me apoyaron enseñándome y compartiendo su conocimiento durante esta investigación.

RESUMEN

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres, representando un 14% de todos los tumores femeninos y es la cuarta causa de muerte por cáncer en la población en general.

Objetivo: Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.

Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de diseño no experimental; la población estuvo conformada por 393 mujeres que se realizaron la prueba de Papanicolaou, en el Laboratorio de Análisis Citológico y Anatomopatológico “PACVER”, la técnica utilizada fue el análisis documental y el instrumento las fichas de recolección de datos.

Los resultados obtenidos determinan que la prevalencia de las lesiones precursoras de cáncer de cérvix de las mujeres de Moyobamba con resultados de Papanicolaou es de 7.1%, de los cuales el 71.4% de los casos son LEI de bajo grado, también el 64.3% tienen de 30 a 39 años de edad, y el 71.4% de los casos han tenido entre 1 a 2 embarazos.

Palabras claves: Cáncer de cuello uterino, lesiones precursoras de cáncer, de bajo grado, de alto grado y ASCUS.

ABSTRACT

Cervical Cancer is considered the third cause of cancer mortality in women worldwide. It represents 14% of female tumors and it is the fourth cause of general cancer mortality. The purpose of this research is to determine the prevalence of precursor injuries of cervical cancer in the PAP test results of Women from Moyobamba, who had the PAP test at the PACVER Lab which carries out cytological and anatomopathological analysis. Document analysis was the technique used and Data collection cards as the instrument for getting the information.

The results determined that the prevalence of precursor injuries of cervical cancer in women from Moyobamba who had the PAP test results is(7.1%) From this the 71,4% had a low grade, the 64,3% of the participans are between 30 and 39 years old and the 71,4% were pregnant once to twice.

Keywords: Cervical cancer, precursor injuries of cancer, low grade, high grade and ASCUS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.....	43
Figura 2: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según complejidad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.....	44
Figura 3: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según grupo etario en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.....	45
Figura 4: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según paridad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.....	46

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Clasificación Bethesda	28
Tabla 2: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.....	43
Tabla 3: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según complejidad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.	44
Tabla 4: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según grupo etario en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.45
Tabla5: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según paridad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.....	46

ÍNDICE

CARÁTULA	I
HOJA DE APROBACIÓN	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
LISTA DE FIGURAS	VII
LISTA DE TABLAS	VIII
INTRODUCCIÓN	IX
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	12
1.2. Formulación del Problema.....	15
1.2.1. Problema General.....	15
1.2.2. Problemas secundarios.....	15
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo General.....	16
1.3.2. Objetivos secundarios.....	16
1.4. Justificación.....	16
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	20
2.1.1. Cáncer de cuello uterino.....	20
2.1.2. Etiología	20
2.1.3. Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.....	21
2.1.4. Papanicolaou	25
2.1.5. Estadios del cáncer de cuello uterino.....	26
2.1.6. Clasificación	27

2.1.7. Tratamiento.....	30
2.1.8. Frecuencia de la citología vaginal.....	33
2.2. Antecedentes de la Investigación.....	33
3. METODOLOGÍA	
3.1. Tipo de investigación.....	39
3.2. Diseño de la investigación.....	39
3.3. Población y muestra de la Investigación.....	39
3.3.1. Población.....	39
3.3.2. Muestra.....	39
3.4. Variables, dimensiones e indicadores.....	40
3.5. Técnicas e instrumento de la recolección de datos.....	41
3.5.1. Técnicas.....	41
3.5.2. Instrumento.....	41
3.6. Método de Análisis de Datos.....	41
4. RESULTADOS ESTADÍSTICOS	
4.1. Resultados.....	43
4.2. Discusiones de resultados.....	46
4.3. Conclusiones.....	47
4.4. Recomendaciones.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52
ANEXOS.....	57
Ficha de recolección de datos	

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cáncer en la mujer a nivel mundial, el cual puede ser prevenible y tratable. En los países en vías de desarrollo, el cáncer de cuello uterino se halla asociado con la pobreza y la baja cobertura de servicios de salud, junto a los temores de la población. Estas variables llevan a un costo de tratamiento más elevado y a resultados con impacto negativo en la supervivencia de las pacientes.

La citología cervical o Papanicolaou es el método de elección y la forma más sencilla para la detección oportuna de lesiones precancerosas y malignas. Este padecimiento se desarrolla a partir de lesiones intraepiteliales escamosas y pueden pasar meses o años para que se desarrolle cáncer.

Se estima que cuando se aplican métodos de diagnóstico precoz se podrían prevenir al menos 40% de casos de cáncer de cuello uterino. Por esta razón, es imperioso encaminar esfuerzos hacia nuevas estrategias de intervención que permitan la identificación de casos en estadios tempranos de la enfermedad, como lesiones precancerosas.

La importancia de esta investigación radica en que sus resultados permitieron conocer la situación actual de las mujeres de Moyobamba. A partir de ello se podrá implementar programas o proyectos de detección temprana del cáncer de cuello uterino, para así aportar con todas las mujeres de esta provincia en el diagnóstico temprano y tratamiento del mismo

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION

1.1. Planteamiento del problema

El cáncer de cuello uterino (CCU), es hoy en día la primera causa de mortalidad por neoplasias malignas en las mujeres de América Latina entre los 20 y los 40 años de edad y la tercera entre las causas de mortalidad por cáncer en el género femenino, siendo solo superada por cáncer de glándula mamaria y del pulmón. La Organización Mundial de la Salud en un reciente informe admite que unas 529.409 mujeres reciben un diagnóstico de cáncer de cuello uterino en el mundo y 274.883 mueren por esta enfermedad. No menos del 80% de esta carga se produce en los países menos desarrollados (1).

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2012 se estimó unas 36.000 las muertes por este cáncer en la región de las Américas y 80% de estas muertes corresponden a América Latina y el Caribe (2).

En otros estudios acerca del cáncer de cuello uterino (CCU), nos brinda información que cada año se diagnostican en el mundo unos 530 000 casos nuevos y más de 275 000 defunciones; son las regiones de África, Asia Central y del Sur, Latinoamérica y el Caribe, las de mayores tasas de incidencia, que coincide con una mayor prevalencia del Virus del Papiloma Humano (HPV) en dichas regiones. Las tasas de incidencia más bajas se observan en Europa, Norteamérica, Japón, China y oeste de Asia (0,4 por cada 100 000 mujeres). Anualmente se diagnostican en América más de 80 000 casos nuevos, 12 500 en Norteamérica, 47 900 en Sudamérica, 15 600 en Centroamérica y cerca de 5 000 en el Caribe (3).

El CCU es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina. El 75% de las 28 565 defunciones anuales por esta causa, ocurren en seis países: Brasil, México, Colombia, Perú, Venezuela y Argentina. Sin embargo, la mortalidad es más alta en Guyana, Bolivia y Nicaragua. En nuestro país durante el año 2014 se diagnosticaron 1 461 casos nuevos, 185 más que en 2013 y en el año 2015, 1 441. Se produjeron 485 muertes en 2014 y 465 en 2015 para una tasa de 8,7 y 8,3 respectivamente (4).

En el Perú se ha reportado que la incidencia y mortalidad del CCU, ha ido incrementando en el transcurso de los años; esto según lo reportado por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), que para el 2014 fue considerada la segunda causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares; siendo el cáncer de cuello uterino uno de los más importantes a nivel nacional y en ciudades grandes, como el caso de Piura. Las regiones con tasas ajustadas de mortalidad por cáncer de cuello uterino por 100,000 habitantes más altas son Loreto (18.0), Huánuco (12.8), Ucayali (10.3), con valores que duplican y hasta cuadruplican el de Lima. En Loreto, el CCU es el cáncer más frecuente (29.4% de todos los cánceres en esa región), Ucayali (28.6%), Madre de Dios (28.5%) y Moquegua (28.4%) (5).

En los países desarrollados, se han puesto en marcha programas que permiten que las mujeres se sometan a pruebas de detección de la mayor parte de las lesiones precancerosas en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente. En esos países el tratamiento precoz previene hasta el 80% de los casos de CCU. En los países en desarrollo, el escaso acceso a pruebas de detección permite que la enfermedad no se detecte hasta las fases más avanzadas, cuando aparecen los síntomas. Además, las perspectivas de tratamiento de la enfermedad en una fase tan avanzada no siempre

son buenas, por lo que en estos países la tasa de mortalidad por CCU es más alta. La elevada tasa de mortalidad mundial por CCU (52%) podría reducirse con programas de detección y tratamiento eficaces (6).

La citología cervical (PAP) se utiliza para la detección precoz del cáncer cervicouterino, el cual permite la reducción del número de muertes resultantes de esta enfermedad. En muchos países en desarrollo, incluyendo países de América Latina y el Caribe, la utilización de la citología no se ha visto acompañada de una reducción de la mortalidad comparable a la registrada en los países desarrollados. El fracaso no sólo se debe a las limitaciones de la citología como prueba de tamizaje sino también a la organización de los sistemas sanitarios y aspectos culturales y comunitarios (7).

Sin embargo, estas intervenciones pueden fallar cuando la población objetivo no es consciente del riesgo de padecer cáncer de cuello uterino y que es una enfermedad que puede detectarse precozmente cuando se participa regularmente de las actividades de despistaje. Según la región natural, las mujeres que residen en Lima (68,5%) se han realizado en mayor proporción el examen de Papanicolaou por un médico u otro profesional de la salud; en comparación con la selva (19,9%) y sierra (20,7%) se realizaron en menor proporción (8).

Como podemos evidenciar en los textos citados anteriormente el cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias de mayor mortalidad a nivel mundial, así como en Perú, por ser un país en pleno desarrollo. Actualmente encontramos estudios sobre prevalencia de cáncer de cuello uterino a nivel internacional y nacional, en menor proporción los hay de las lesiones intraepiteliales precursoras de este tipo de cáncer. Es por eso, nos falta concientizar el tema a la población.

Con el fin de conocer estos datos, se determinará la prevalencia de lesiones intraepiteliales de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017, por medio de análisis de los resultados de las citologías cervicales. Lo que nos lleva a preguntar:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema principal

PP. ¿Cuál es la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017?

1.2.2 Problemas secundarios

PS1. ¿Cuál es la prevalencia de las lesiones precursoras de cáncer según su complejidad en los resultados de Papanicolaou en las mujeres de Moyobamba atendidas en el laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017?

PS2. ¿Cuál es la prevalencia de lesiones precursores de cáncer de cuello uterino, según grupo etario en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017?

PS3. ¿Cuál es la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, según paridad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017?

1.3 Objetivo de la investigación

1.3.1 Objetivo general

OG. Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

OG1. Determinar la prevalencia de las lesiones precursoras de cáncer según su complejidad en los resultados de Papanicolaou en las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017.

OG2. Determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, según grupo etario en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017.

OG3. Identificar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, según paridad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, enero – diciembre 2017.

1.4 Justificación e importancia de la investigación

El cáncer de cuello uterino es el cáncer más notificado en las mujeres (24.1% de los cánceres en las mujeres) y en la población general (14.9% de todos los cánceres); y, es la tercera causa de mortalidad por cáncer en mujeres en América latina a diferencia del continente europeo. En contraste, las lesiones precursoras de la enfermedad invasiva, frecuentemente ocurren en mujeres más jóvenes, a menudo por debajo de los 40 años. El riesgo de morir por cáncer de cuello uterino antes de los 75

años, es tres veces más alto en mujeres que viven en países en desarrollo que en mujeres que viven en países desarrollados.

El cáncer de cuello uterino constituye uno de los cánceres más frecuentemente diagnosticados en la mujer peruana, cada 5 horas muere una mujer por cáncer de cuello uterino, por lo que es la principal causa de incidencia de neoplasia maligna en mujeres, constituyendo un problema de salud pública.

El cáncer de cuello uterino se produce por la infección persistente o crónica del virus del papiloma humano (VPH) y se presenta a edades relativamente tempranas (40-64 años). Está demostrado que el tamizaje de este cáncer con una prueba de alta sensibilidad aplicada en mujeres sin sintomatología está asociado a una reducción de su mortalidad. La neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC) es una lesión pre maligna que puede existir en cualquiera de los tres estadios siguientes: NIC 1, NIC 2 o NIC 3. Si no se trata, una NIC 2 o una NIC 3 pueden progresar hacia cáncer de cuello uterino. Se estima que cada año aproximadamente un 1 a un 2% de las mujeres tienen NIC 2.

El cáncer de cuello uterino es altamente prevenible, cuando se detecta en sus etapas iniciales, sus posibilidades de tratamiento son muy altas y la supervivencia es larga. Los cambios celulares en el cérvix se detectan mediante la citología de Papanicolaou. El objetivo de esta prueba es detectar, en un estadio temprano, células neoplásicas. Es en estas etapas cuando se puede utilizar con éxito un procedimiento quirúrgico de relativo bajo costo y bajo riesgo, que permite remover dichas células y prevenir la diseminación del cáncer. Los resultados de esta prueba suelen clasificarse clásicamente en cinco categorías: normal, displasia leve, displasia grave, carcinoma in situ y carcinoma invasor.

El cáncer de cuello uterino afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados.

Se estima que cuando se aplican métodos de diagnóstico precoz se podrían prevenir al menos 40% de casos de cáncer de cuello uterino. Por esta razón, es imperioso encaminar esfuerzos hacia nuevas estrategias de intervención que permitan la identificación de casos en estadios tempranos de la enfermedad, como lesiones pre malignas. Su propósito, además de la detección en etapas tempranas, es permitir el manejo de las lesiones de alto grado y así prevenir su potencial progresión a cáncer cervical y eliminar cualquier proceso infeccioso asociado.

La gran mayoría de estudios en esta área han sido desarrollados en población urbana y de las grandes ciudades, dejando de lado a grupos importantes, como lo son la población femenina de la selva. Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y por tanto un problema de salud pública.

La prevalencia de cáncer de cuello uterino solo es una fracción de la cantidad de lesiones pre neoplásicas en general, actualmente no se han desarrollado muchos estudios sobre la prevalencia de estas lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en nuestro país, por lo que el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver – en el periodo Diciembre 2016 – Diciembre 2017.

Por lo tanto, es de gran importancia la elaboración de este estudio, donde se pretende determinar la prevalencia de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino en las mujeres de Moyobamba, ya que los resultados podrán tener un impacto trascendental en la sociedad y para la búsqueda de soluciones al problema planteado con un sentido preventivo promocional. Así mismo, el aporte a la sociedad en su conjunto a fin de detectar oportunamente esta patología y de esta manera disminuir la morbimortalidad de las mujeres expuestas a nivel nacional y regional.

De la misma manera, este trabajo servirá de antecedente para otros trabajos de investigación que se realizarán a futuro por los futuros profesionales de la Escuela Profesional de Tecnología Médica en el área de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica y a otros que estén interesados en este tema, además permitirá crear nuevas estrategias de intervención para disminuir el índice de cáncer de cuello uterino, del mismo modo, será un aporte a la medicina preventiva a fin de tomar decisiones valorativas con respecto a los factores de riesgo de lesiones pre malignas del cáncer de cuello uterino a fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres de nuestro país.

2. MARCO TEORICO

2.1 Bases teóricas

2.1.1. Cáncer de cuello uterino.

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal (4).

Se desarrolla principalmente en la unión escamocolumnar, es decir en el área externa del cuello uterino (exocérvix). Con la edad, los cambios en el pH vaginal desencadenan un proceso de metaplasia escamosa en el que las células escamosas comienzan a cubrir las células columnares, lo cual produce un área denominada zona de transformación. Con el tiempo la unión se desplaza del exocérvix hacia el canal endocervical (09).

El cáncer de cuello uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello. Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero. Eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo, en más del 50% de las mujeres con lesiones pre-cancerosas, las células permanecen benignas (precancerosas). Con frecuencia, en sus etapas iniciales el cáncer de cuello uterino no muestra síntomas por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo (09).

2.1.2 Etiología.

Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH), un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Los VPH son un grupo de más de 100 tipos de virus llamados papilomavirus porque pueden causar verrugas, o papilomas. Ciertos tipos, sin embargo, causan cáncer del cuello uterino. A estos se les conoce como tipos de HPV de "alto riesgo" incluye (HPV 16, HPV 18, HPV 31, HPV 33 s, HPV 45) entre otros alrededor de la mitad de todos los cánceres de cuello uterino son causados por HPV.16 y 18, cuando el virus del papiloma humano infecta la piel de los órganos genitales externos y del área anal, a menudo pueden causar verrugas genitales protuberantes. Éstas pueden ser poco visibles o extenderse varias pulgadas. El término médico para las verrugas genitales es condiloma acuminado. La mayoría de las verrugas genitales se debe a dos tipos de virus del papiloma humano: HPV 6 y HPV 11. Sólo en raros casos se convierten éstos en cáncer del cuello uterino, por lo que se les llama virus de "bajo riesgo". Sin embargo, otros tipos de HPV de transmisión sexual han sido asociados con el cáncer genital o anal, tanto en hombres como en mujeres. Por lo general, la infección podría desaparecer sin tratamiento, ya que el sistema inmunológico ha tenido éxito en la lucha contra el virus (10).

2.1.3 Factores de riesgo del cáncer de cuello uterino.

En la actualidad a través de varias investigaciones se han encontrado relacionadas varios factores para el desarrollo de las lesiones intraepiteliales y el cáncer de cuello uterino. Entre ellos el más relevante es la infección por el PVH (papiloma virus humano), el cual se considera el factor de mayor importancia para desarrollar el cáncer de cuello uterino.

Los factores de riesgo más importantes de cáncer de cuello uterino son:

a. Infección con Virus del Papiloma Humano

El HPV es un ADN virus que tiende a invadir las células epiteliales del cuello uterino situadas en la zona de transformación, que es la zona más activa en cuanto a replicación celular. No todas las cepas de HPV son oncogénicas. Las cepas oncogénicas más prevalentes entre la población general son las 16 y 18. Las cepas no oncogénicas o de bajo riesgo, como la 6 y la 11 son las causantes de otras patologías no malignas como los condilomas acuminados del periné (11).

b. Tabaquismo

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidad respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros órganos; además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer del cuello uterino (12).

c. Nutrición deficiente

Las deficiencias dietéticas de ciertas vitaminas, como A, C, E y D, podrían alterar la resistencia celular a la infección por HPV, lo que fomentaría la persistencia de la infección vírica y la neoplasia cervicouterina. Las mujeres con una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras pudieran aumentar el riesgo de cáncer cervical. Además, las mujeres obesas tienen una mayor probabilidad de contraer la lesión precancerosa de cérvix (13).

d. Infección por VIH

Debido a que este virus daña el sistema inmunológico del cuerpo, hace que las mujeres resulten más susceptibles a infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de lo normal (14).

e. Consumo de anticonceptivos orales

Las hormonas esteroideas de los anticonceptivos orales combinados (AOC) podrían afectar al genoma de HPV y aumentar la expresión vírica de las oncoproteínas E6 y E7. Sin embargo, se encontró que los anticonceptivos hormonales no inyectables, tienen poco efecto en la adquisición de la infección por HPV de alto riesgo (15).

f. Relaciones sexuales precoces

Es el factor de riesgo más importante en la infección por HPV. Varios estudios han comunicado que la iniciación sexual temprana constituye un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones prevalentes por HPV. Algunos mecanismos biológicos, incluyendo 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 HPV en mujeres adolescentes y adultas jóvenes (16).

g. Numero de compañeros sexuales

Las asociaciones entre el número de parejas, desempeña una función clave en el proceso de transmisión de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Factor

relevante para la transformación neoplásica inducida por el HPV es la persistencia de la infección, lo que estaría influenciado por la edad de la mujer (siendo más alto en las mayores de 30 años), así como por la presencia de serotipos de alto riesgo; pudiéndose concluir que la infección por HPV suele ser transitoria y que el cáncer de cuello uterino surge del subgrupo de pacientes con infecciones persistentes y con serotipos de alto riesgo (17).

h. Multiparidad

Ha sido asociada a un mayor riesgo de infección por HPV. Estudios han demostrado que los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y los descensos transitorios de la inmunidad favorecen el desarrollo de las infecciones por HPV (18).

i. Nivel educativo

Esto tiene implicaciones críticas, pues en la medida que la mujer no sepa y entienda las razones para las cuales se requiere la toma periódica de citologías hay dificultades para que acuda regularmente a sus controles o cumpla con las instrucciones en caso de lesiones de bajo grado. De ahí que los estudios que han evaluado las barreras para la toma de citología, se encuentre el desconocimiento de las pacientes y plantean que una de las estrategias clave es el desarrollo de programas de educación de usuarias (19).

j. Condición económica baja

Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de la enfermedad precancerosa del cuello uterino. Dichas mujeres pueden estar también

desnutridas, lo que puede tener más efecto en el aumento de su riesgo. El nivel socio económico es un factor estrechamente relacionado con el estado de salud. Se ha descrito en diversos estudios internacionales, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo, así como en estudios nacionales, que diferentes indicadores de pobreza están asociados a peores estados de salud y dificultades en el acceso a servicios de salud (20).

k. Antecedentes de cáncer de cuello uterino

Algunos estudios recientes indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad. Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar es causada por una condición hereditaria que hace que las mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección por HPV (21).

2.1.4 Papanicolaou.

La prueba más comúnmente usada en el tamizaje del cáncer de cuello uterino es la Citología Cérvico Uterina Convencional, desarrollada por George Papanicolaou en la década de 1930; su implementación ha traído una disminución en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad. Es un test de screening diseñado para identificar células cervicales anormales. En 1945 la Sociedad Americana de Cáncer apoyó el uso de la citología vaginal como un examen preventivo efectivo para el cáncer cervical. Las lesiones pre invasivas de alto grado generalmente son evaluadas mediante Colposcopia y biopsia; luego las lesiones pre cancerosas son tratadas a través de remoción quirúrgica o ablación. El Papanicolaou generalmente es considerado un examen específico para lesiones cervicales de alto grado y cáncer. La especificidad en

este caso, es la proporción de mujeres correctamente identificadas por el examen como negativas para lesiones cervicales de alto grado y cáncer. La sensibilidad es la proporción de mujeres correctamente identificadas como positivas para las anomalías antes mencionadas (22).

La citología vaginal de acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer se recomienda sea tomada anualmente a “Todas las mujeres que sean o hayan sido activas sexualmente o que hayan alcanzado los 18 años de edad, conjunto con un examen pélvico. Son consideradas pacientes de alto riesgo para desarrollar lesiones Intraepiteliales y cáncer cervical todas aquellas mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, tuvieron múltiples compañeros sexuales, su compañero sexual es promiscuo, antecedente de infección por Virus del papiloma humano y tabaquismo (23),

2.1.5 Estadios del cáncer de cuello uterino.

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del cáncer de cuello uterino:(24).

- **Estadio 0 o carcinoma in situ.** El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

- **Estadio I.** El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.

- **I-a:** una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.
- **I-b:** una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

- **Estadio II.** El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.

- **II-a:** el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.
- **II-b:** el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

- **Estadio III.** El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

- **Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

- **IV-a:** Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)
- **IV-b:** Diseminación a órganos distales como los pulmones

2.1.6 Clasificación.

La citología fue introducida en 1930 por George N Papanicolaou, para la valoración de material celular de cérvix y vagina con vista al diagnóstico del carcinoma cervical. El término displasia se introdujo a fines de los años 1950 para designar la atipia epitelial cervical intermedia entre el epitelio normal y el CIS. La displasia se agrupó en tres categorías: leve, moderada y severa, según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas (25).

La diversidad de imágenes que muestran las alteraciones pre malignas del epitelio escamoso del cuello uterino ha provocado la aparición de, por lo menos, tres clasificaciones histológicas: (26).

1) La clasificación de displasias (Reagan 1953)

2) La clasificación de neoplasia Intraepitelial cervical o NIC (Richart 1967)

3) La clasificación del Sistema Bethesda (1988)

La clasificación de Bethesda surge de los talleres realizados en el National Cáncer Institute, en la ciudad de Bethesda, estado de Maryland de Estados Unidos. La clasificación se introdujo en 1988 y se modificó en 1992. Las características del sistema Bethesda consisten en: (27).

TABLA N°01: CLASIFICACION BETHESDA

Sistema Papanicolaou	OMS	Richart	Reagan	Bethesda
Clase I	Normal	Normal	Normal	Normal
Clase II	Normal	Atipia colocítica, condiloma plano, sin cambios epiteliales	Atipia	Dentro de los límites normales Cambios celulares benignos (infección o reparación) ASCUS/AGUS
Clase II	Displasia leve	NIC I		L-LIE
	Displasia moderada	NIC II		L-LIE
	Displasia severa	NIC III		H-LIE
Clase IV	CIS	CIS		H-LIE
Clase V	Ca invasor			Ca invasor

Fuente: Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino. De Palo G.

❖ **Atipia escamosa de significado indeterminado (ASC-US)**

Por lo general, un hallazgo ASCUS es causada por leve inflamación o irritación alrededor del cuello uterino. Esto hace que las células se vean un poco anormales, pero no lo suficientemente para ser confundido con los primeros signos de cáncer. Las personas también pueden recibir un resultado anormal de que haya usado recientemente tampones o tenido relaciones sexuales, ya que el cuello del útero puede estar un poco irritado por estas actividades. Mientras que una primera reacción al enterarse de que los resultados de una prueba de Papanicolaou son anormales puede ser de pánico, un resultado ASCUS no es motivo de preocupación, más típicamente la anomalía es totalmente benigna, y se cura por sí sola. Resultados ASCUS repetidos pueden ser un indicador de que un problema se puede estar desarrollando, lo que requiere una vigilancia más estrecha, pero también pueden ser el resultado de casualidades en el laboratorio, o una mala muestra (28).

❖ **Neoplasia Intraepitelial Cervical**

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad. Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III. Las neoplasias intraepiteliales cervicales son las lesiones consideradas como la antesala del cáncer de cuello uterino (29).

❖ **Lesiones de Bajo Grado.**

Las lesiones intraepiteliales de bajo grado o LSIL, según sus siglas en inglés, antes eran denominadas como condiloma plano, lesiones por VPH, displasia leve o NIC I (Neoplasia intraepitelial cervical), estas lesiones corresponden al primer estadio de la

lesión precancerosa. Afectan sólo el tercio inferior del grosor total del epitelio. Se consideran como leves alteraciones celulares que excepcionalmente evolucionan hacia un carcinoma. Las lesiones de bajo grado desaparecen espontáneamente en aproximadamente entre el 50 % y el 60 % de los casos. Persisten en el 20 % y 30 % de los casos aproximadamente, y pueden progresar hacia una lesión de alto grado. Las lesiones de bajo grado evolucionan hacia un cáncer invasivo en menos del 1 % de los casos (30).

❖ **Lesiones de Alto Grado.**

Las alteraciones afectan desde los dos tercios hasta todo el espesor del epitelio, estas lesiones también se les conoce como displasia moderada o severa, NIC II ó NIC III, o bien carcinoma in situ. Estas lesiones de alto grado corresponden a un estado precanceroso del cuello uterino que puede evolucionar en el 60 % de los casos en el transcurso de los siguientes 10 años hacia un cáncer del cuello uterino en ausencia de tratamiento (31).

Las anormalidades que fundamentalmente comprometen el epitelio son:

- Presencia de coilocitos y disqueratocitos.
- Pérdida de estratificación y polaridad.
- Ausencia de diferenciación y maduración.
- Alteración en la relación Núcleo-Citoplasma.
- Alteraciones nucleares (Hiper Cromatismo, y distribución anormal de la cromatina.)
- Aumento de mitosis

2.1.7 Tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical

El objetivo final del tratamiento es la eliminación de la neoplasia intraepitelial cervical para evitar su progresión a carcinoma invasivo. Actualmente no hay medios para el tratamiento de la infección por el VPH. Disponemos de varias técnicas que eliminan las lesiones ocasionadas en el epitelio cervical por este virus. De estas, no hay ninguna que sea claramente más efectiva que otra para tratar y erradicar la neoplasia intraepitelial cervical a corto y largo plazo (32).

❖ **Técnicas destructivas:**

Tienen en común que destruyen toda la zona de transformación por lo que no se obtiene material para estudio anatómico, por lo que no se podría detectar un carcinoma invasivo o un adenocarcinoma no diagnosticado por la colposcopia (21).

Por ello deben realizarse solo cuando la colposcopia es satisfactoria, es decir cuando se visualiza toda la zona de transformación y la unión escamocolumnar, cuando se ve toda la lesión, cuando no existe indicios de enfermedad micro invasiva, cuando no hay sospecha de enfermedad glandular y hay garantía de seguimiento posterior (33).

Crioterapia: La crioterapia elimina las células anormales del cuello uterino. También se usa para eliminar verrugas y otras formaciones en distintas partes del cuerpo. La crioterapia consiste en aplicar un producto químico muy frío a las células para congelarlas y luego eliminarlas. Esto elimina las células afectadas para que puedan crecer células nuevas y sanas en el mismo lugar. Es un tratamiento que previene el cáncer cervical. El médico utiliza un producto químico para congelar las células anormales y eliminarlas del cuello uterino, para que puedan crecer células

sanas. La criocirugía se usa para tratar el carcinoma in situ del cuello uterino (etapa 0), pero no el cáncer invasivo (16).

Vaporización con láser: El láser de CO₂ es uno de los más utilizados en ginecología. Es un láser en estado gaseoso, y su conductor es el dióxido de carbono. Permite focalizar la energía en un punto produciendo vaporización a la velocidad de la luz. Existen básicamente tres formas de usarlo: vaporizar (eliminar o desaparecer), cortar (a manera de bisturí) y coagular (eliminar sangrado de los vasos). Es ambulatoria y se controla la profundidad, pero es cara y requiere entrenamiento, por lo que su uso se restringe a pocos centros. Su tasa de éxito está alrededor del 95% (34).

La electrocoagulación: consiste en la destrucción local mediante el paso de una corriente de alta frecuencia de las áreas del cuello uterino a tratar (35).

❖ **Técnicas escisionales.**

Tienen la ventaja que en todas se obtiene material para estudio Anatomopatológico.

Conización: Se extrae del cuello uterino un pedazo de tejido en forma de cono. Este procedimiento se hace utilizando un bisturí quirúrgico o bisturí láser (biopsia de cono con bisturí frío) o utilizando un alambre delgado calentado mediante electricidad (procedimiento electro quirúrgico, LEEP o LEETZ). Después del procedimiento, el tejido extirpado (el cono) se examina con un microscopio. Si los márgenes (bordes más externos) del cono contienen células cancerosas (o pre cáncer), lo que se conoce como márgenes positivos, es posible que algo de cáncer (o pre cáncer) haya quedado de modo que se necesita tratamiento adicional (36).

Una biopsia de cono se puede usar para diagnosticar el cáncer antes del tratamiento adicional con cirugía o radiación. También se puede usar como el único tratamiento en las mujeres con cáncer en etapa temprana (etapa IA1) que quieren preservar su capacidad para tener hijos (fertilidad) (37).

Histerectomía: Esta cirugía se hace para extirpar el útero (tanto el cuerpo del útero como el cuello uterino), pero no las estructuras próximas al útero (parametrio y ligamentos uterosacros). Ni la vagina ni los ganglios linfáticos de la pelvis se extirpan. Los ovarios y las trompas de Falopio usualmente se dejan en su lugar a menos que haya otra razón para extirparlos. Una histerectomía se realiza para tratar el cáncer de cuello uterino en la etapa A1. La operación también se realiza para algunos tumores cancerosos en la etapa 0 (carcinoma in situ), si hay células cancerosas en los bordes de la biopsia de cono (a esto se le llama márgenes positivos). La histerectomía también se utiliza para tratar algunas condiciones no cancerosas. La más común de éstas es el leiomioma, un tipo de tumor benigno conocido comúnmente como fibroma (38).

2.1.8 Frecuencia de la citología vaginal

La citología vaginal de acuerdo con la Sociedad Americana de Cáncer, se recomienda sea tomada anualmente a todas las mujeres que sean o hayan sido activas sexualmente o que hayan alcanzado los 18 años de edad, conjunto con un examen pélvico. Después que una mujer haya tenido tres o más exámenes anuales consecutivos normales satisfactorios, el Pap puede ser hecho menos frecuente a discreción de su médico más aún si es catalogada de bajo riesgo (39).

Son consideradas pacientes de alto riesgo para desarrollar lesiones intraepiteliales y cáncer cervical todas aquellas mujeres que iniciaron relaciones sexuales antes de los 18 años, tuvieron múltiples compañeros sexuales, su compañero sexual es promiscuo, antecedente de infección por virus del papiloma humano y tabaquismo. Son de bajo riesgo las célibes y cuando ambos compañeros son monógamos. Las pacientes histerectomizadas por patología benigna son consideradas de riesgo bajo (39).

2.2 Antecedentes de la investigación

Fernández de Mera J., en el año 2016 realizó un estudio de análisis de la prevalencia de tipos de VPH en muestras de citologías ginecológicas en la población no vacunada de la Comunidad Autónoma de Extremadura-España, teniendo una población de 593 mujeres con edades comprendidas entre 10 a 91 años, sin alteraciones citológicas, ni antecedentes ginecológicos dando como resultado: negativo para lesión intraepitelial 93.3%, ASC-US 1%, ASC-H 0,1%, L-SIL 1.6% y H-SIL 0.3%; concluyendo que la prevalencia de los genotipos VPH16, es de 63% de las mujeres diagnosticadas de HSIL y 26.28% de las diagnosticadas con LSIL (40).

Lía Barrios G, Lecompte P, Leones R, López F. en el año 2016 realizaron un estudio descriptivo sobre los factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix, donde la población de estudio la conformaron 150 mujeres mayores de 18 años con diagnóstico histológico de lesiones intraepiteliales escamosas, que asistieron a la Unidad de Patología Cervical y Colposcopia de la Clínica Maternidad Rafael Calvo, de Cartagena-Colombia. En donde se encontró que el 78% presentó LIE de bajo grado y el 22% LIE de alto grado. El 74% tuvo dos o más

embarazos, el 44,1% su primer embarazo fue antes de los 20 años, el 54% afirmó haber tenido dos o más compañeros sexuales, el 62% inició su vida sexual entre los 16-20 años, el 22% usa anticonceptivos hormonales. Concluyendo que la multiparidad, la cantidad de embarazos, la sexarquia temprana, el múltiple número de parejas sexuales y los métodos hormonales de anticoncepción, fueron los factores de riesgo con mayor frecuencia encontrados en las pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de cervix en Cartagena (41).

Gonzales Mauricio, Murillo R. y Osorio E. en el año 2010 realizaron otro estudio acerca de la prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres de Bogotá, Colombia. Analizaron un grupo de 4957 mujeres entre 35 y 39 años, las cuales presentaron una prevalencia de alteraciones citológicas de un 24.7%, concluyendo que en esta edad se encuentran los altos índices de lesiones pre malignas (42).

Ango Chulca E, Valencia N. en el año 2014, realizaron un estudio cuyo objetivo fue identificar la incidencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado por virus de papiloma humano en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, Quito-Ecuador. Del total de 380 citologías cervicales realizadas, 135 presentaron Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado que corresponde al 36%, concluyendo que los factores de riesgo que predominan son: edad de inicio de vida sexual activa entre 14 – 16 años 72 pacientes (53%), de 4 – 6 parejas sexuales 73 pacientes (54%), de 1 – 3 gestas 75 pacientes (56%). (43).

Arango RG. en el año 2016 realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo sobre prevalencia de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino en los

resultados de Papanicolaou en las mujeres atendidas en el Hospital II. Cañete – Lima. obteniendo 136 resultados de Papanicolaou positivos, de los cuales 104 presentaron algún grado de alteración citológica, lo cual representó una prevalencia de 3.39%. De las citologías positivas presentaron ASCUS, 43.3%; LIE Bajo Grado, 37.5%; LIE Alto Grado, 18.3% y Carcinoma de cérvix, 1%. Además, se encontró un mayor número de alteraciones citológicas hacia el grupo de 25 a 34 años (44).

Bach. Joel D, Ramos D. en el año 2015 realizaron un estudio de factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino en el Hospital “Víctor Ramos Guardia” Huaraz. Evidenciaron que la lesión pre maligna del cáncer de cuello uterino con mayor prevalencia (41.7%), corresponde a la lesión intraepitelial de bajo grado más papiloma virus humano; observando que las pacientes comprendidas entre las edades de 30 a 49 años presentan el mayor porcentaje (74%) de lesiones pre malignas procedentes de zona rural. Concluyendo que los factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino son: LEI de bajo grado, mujeres entre las edades de 30 a 49 años, mujeres analfabetas, convivencia, vivir en zona rural, multiparidad, el no uso de anticonceptivos orales combinados, inicio de relaciones sexuales a temprana edad (15-25 años), múltiples parejas sexuales (4 o más), antecedente de familiares con cáncer de cuello uterino (45).

Albujar Baca P. en el año 2010, en su artículo del tamizaje citológico del cáncer cervicouterino en la Región La Libertad, el cual tuvo como objetivo evaluar la cobertura del tamizaje cervical mediante citología convencional, encontrando que la cobertura del tamizaje a nivel regional fue 9,0 %. Sólo 36,3 % de las citologías de alto grado tuvieron biopsia confirmatoria. Concluyendo que las normas para el tamizaje no se cumplieron,

que el programa de tamizaje citológico del cáncer cervical y lesiones precursoras requiere enmiendas fundamentales para lograr el control de la enfermedad (46).

García Hidalgo H. en el año 2016. en su estudio del perfil epidemiológico de las neoplasias malignas de los pacientes atendidos en el Hospital Regional de Loreto "Felipe Santiago Arriola Iglesias", encontró predominio de neoplasias malignas en edades de 30 a 64 años (58.15 %). De manera general que los 5 cánceres más frecuentes en este departamento son: cáncer de cuello uterino (46.10 %), piel no melanoma (17.02 %), estómago (12.77 %), mama (4.26 %) y cáncer de pene (3.55 %). Concluyendo que las neoplasias malignas se presentaron más en adultos de sexo femenino, mayormente del área urbana y urbano marginal (Distritos: Iquitos, Punchana y Belén), observando que la mayoría acuden en estadios avanzados (47).

Bocanegra Flores K., Quintos C. en el año 2015 realizaron un estudio descriptivo comparativo, con el objetivo de determinar el grado de confiabilidad de las pruebas de tamizaje PAP e IVAA en comparación con las muestras anatomopatológicas - biopsia, para la identificación de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio de prevención de cáncer de cuello uterino, Hospital Amazónico – Pucallpa. La población de estudio estuvo constituida por 81 mujeres en edad fértil, cuya muestra lo conformó el 100% de la población. Sus conclusiones con respecto al PAP el 50.6% resultaron con LIEBG, el 12.3% con LIEAG y el 37% resultaron negativas; mientras que la IVAA el 70.4% resultaron positivas, el 22.2% negativo y el 7,4% tuvieron como resultado sospecha de cáncer. A su vez se obtuvieron resultados de biopsia siendo 54.3% de las mujeres resultaron tener NIC I; seguido del 23.5% NIC II y el 8.6% de las mujeres del estudio tuvieron un resultado de carcinoma In

Situ. Asimismo, el 13.6% resultaron con casos negativos. Al comparar resultados de biopsia con el de PAP se deduce que el grado de confiabilidad de PAP es significativa al 5%, es decir confiable al 95%; caso contrario con la IVAA quien no guarda una confiabilidad del 95% (48).

2.3 Definición de términos básicos.

Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino: Son aquellas generadas a consecuencia de una agresión crónica a la mucosa epitelial del cuello uterino.

Citología por PAP. (Papanicolaou): Método de tinción para muestras de tejido, particularmente difundida por su utilización en la detección precoz del cáncer de cuello uterino.

Lesión de bajo grado (LBG): Lesión intraepitelial que abarca el tercio interno del epitelio escamoso exocervical o presencia de infección por PVH.

Lesión de alto grado (LAG): Lesión intraepitelial que compromete 2/3 internos o todo el epitelio o carcinoma in situ.

ASCUS: Células Escamosas Atípicas de significado no determinado.

AGUS: Células Glandulares Atípicas.

PVH: Virus del Papiloma Humano.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo descriptivo, retrospectivo, observacional, de corte transversal.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación es No experimental.

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población

La población que compone el universo son 393 mujeres de Moyobamba con edades entre los 18 y 65 años, atendidas en el Laboratorio de Análisis citológico y Anatomopatológico Pacver que se realizaron el exámen citológico de tamizaje para cáncer de cuello uterino, Papanicolaou, durante el periodo enero – diciembre 2017.

3.3.2 Muestra

Para este estudio se consideró todos los resultados de las mujeres atendidas en el Laboratorio Pacver que se realizaron el exámen citológico de tamizaje para cáncer de cuello uterino, Papanicolaou, durante el periodo enero – diciembre 2017.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterio de inclusión

- Todos los resultados de Papanicolaou que fueron procesados en el Laboratorio de Análisis citológicos y Anatomopatológicos “PACVER”, durante el periodo enero – diciembre 2017.

3.4.2 Criterio de exclusión

- Resultados de Papanicolaou, fuera del periodo de fecha establecido, Enero – Diciembre

2017.

- Resultado de Papanicolaou no legibles.

- Mujeres que hayan presentado o presenten cáncer cervicouterino.

3.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición
Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino	Son alteraciones del epitelio normal, cambios atípicos, sin llegar todavía al termino de	Revisión de los resultados de Papanicolaou, para determinar las lesiones precursoras de cáncer de	Atipias en Células Escamosas de Significado Incierto Atipia en Células	ASCUS AGUS LIE de bajo	Nominal

	cáncer.	cérvix.	Glandulares Lesiones Intraepiteliales (LIE)	grado LIE de alto grado	
--	---------	---------	--	---------------------------------------	--

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas

Las fuentes de información fueron los resultados de los exámenes citológicos de Papanicolaou, además de los datos adicionales registrados en la base de datos del Laboratorio de Análisis citológico y Anatomopatológico “PACVER”, realizadas a las mujeres de Moyobamba durante el periodo enero – diciembre del 2017.

3.6.2 Instrumentos

En la presente investigación se utilizó una ficha simple de recolección de datos. (Anexo 1), en la cual se vació la información de los resultados positivos de Papanicolaou, e información adicional recolectada de la base de datos del Laboratorio de Análisis citológico y Anatomopatológico “PACVER”, realizadas a las mujeres de Moyobamba durante el periodo enero – diciembre del 2017.

3.7 Métodos de Análisis de datos

Los procesamientos de los datos se realizaron haciendo uso del software SPSS versión 22.0, apoyado en la utilización de estadísticos descriptivos consignándose

tablas con el fin de buscar el significado de las respuestas suministradas por la investigación.

4. RESULTADOS ESTADISTICOS

4.1 RESULTADOS.

Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.

Tabla N° 02: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino.

Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino	N°	%
Prevalencia		
Positivo	28	7.1
Negativo	365	92.9
Total	393	100

En la Tabla 2 se observa que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino es del 7.1%, en tanto que el 92.9% de los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Laboratorio Pacver son negativos.

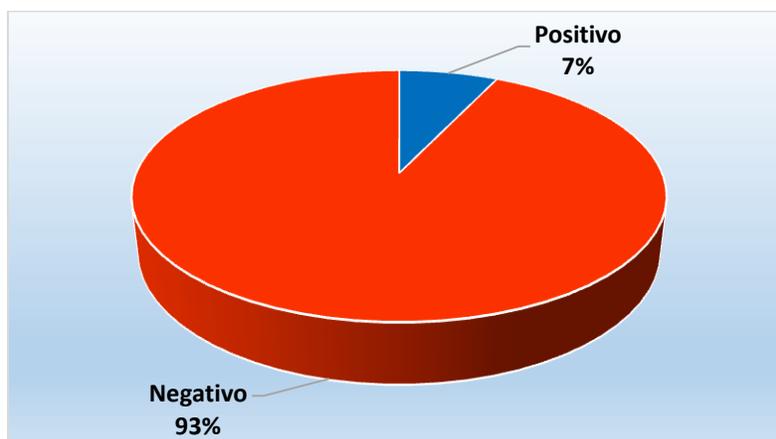


Figura N°01: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino.

La figura N°01 nos muestra los porcentajes correspondientes.

Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según complejidad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.

Tabla N° 03: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según complejidad.

Lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino		N°	%
Prevalencia			
Positiva	ASCUS	4	1.0
	LEIAG	4	1.0
	LEIBG	20	5.1
Negativo		365	92.9
Total		393	100

En la Tabla 3 se observa que el 5.1% son LEIBG, el 1.0% son LEIAG y el 1.0% son ASCUS, en tanto que el 92.9% de los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Laboratorio Pacver son negativos.

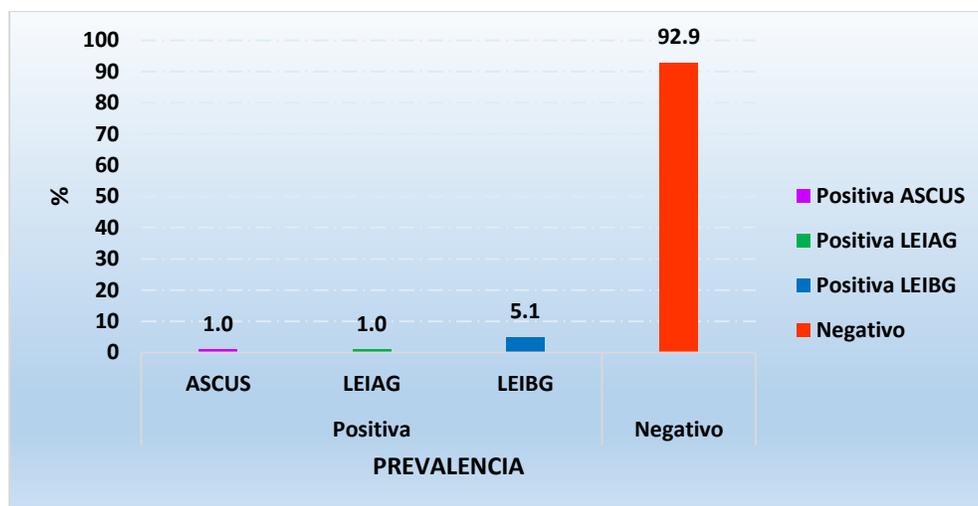


Figura N°02: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según complejidad.

La figura N°02 nos muestra los porcentajes correspondientes.

Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según grupo etario en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.

Tabla N° 04: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según grupo etario.

Edad	Prevalencia				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
29 o menos	0	0.0	72	18.3	72	18.3
30 a 39	18	4.6	232	59.0	250	63.6
50 a más	10	2.5	61	15.6	71	18.1
Total	28	7.1	365	92.9	393	100

En la Tabla 4 se observa que el 18.3% de los resultados son negativos y tienen entre menos de 29 años, del 63.6% tenemos que el 4.6% de los resultados son positivos y el 59.0% son negativos y tienen entre 30 a 39 años, en tanto del 18.1% de los resultados son negativos el 15.6%, positivos el 2.5% y tienen 50 años a más.

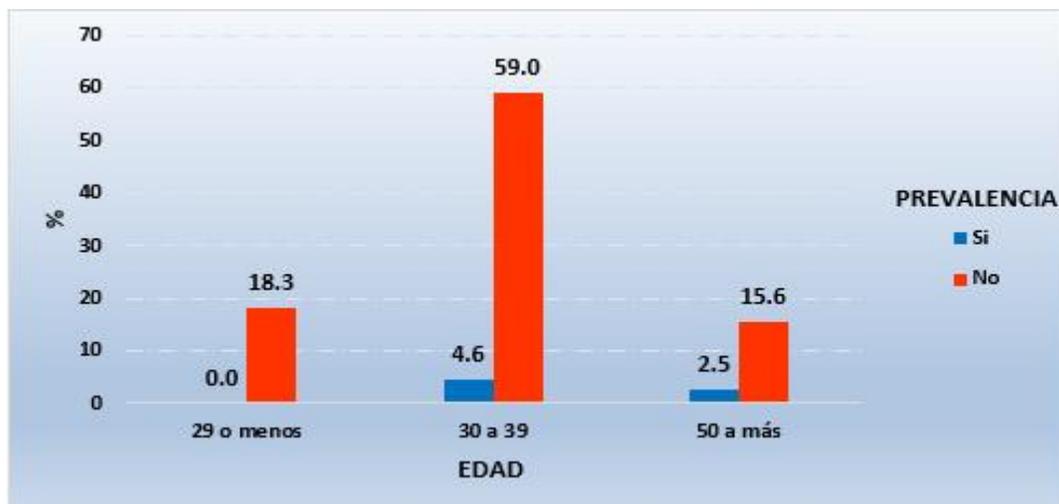


Figura N°03: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según grupo etario.

La figura N°03 nos muestra los porcentajes correspondientes.

Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según paridad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, Enero – Diciembre 2017.

Tabla N° 05: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según paridad.

Paridad	Prevalencia				Total	
	Si		No		N°	%
	N°	%	N°	%		
0	0	0.0	35	8.9	35	8.9
1 a 2	20	5.1	213	54.2	233	59.3
3 a 4	4	1.0	97	24.7	101	25.7
5 a más	4	1.0	20	5.1	24	6.1
Total	28	7.1	365	92.9	393	100

En la Tabla 5 se observa que el 8.9% de los resultados son negativos y no han tenido embarazos, del 59.3% de los resultados son negativos 54.2%, positivos 5.1% y tienen entre 1 a 2 embarazos, el 25.7% de los resultados son negativos el 24.7%, positivos el 1.0% y tienen entre 3 a 4 embarazos, en tanto que el 6.1% de los resultados son negativos el 5.1% y positivos el 1.0% y tienen de 5 a más.



Figura N°04: Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino

según paridad.

La figura N°04 nos muestra los porcentajes correspondientes.

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este estudio se analizaron 393 muestras de resultados citológicos, recolectadas de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio PACVER, Enero – Diciembre 2017. La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino obtenida en el estudio fue del 7.1%. Este resultado es superior en comparación con la investigación realizada por Arango, en su estudio en mujeres atendidas en el Hospital II. Cañete – Lima; quien halló una prevalencia de 3.39%. Se observa una diferencia marcada probablemente a que las acciones de promoción y prevención sobre cáncer de cuello uterino en la ciudad de Moyobamba son insuficientes.

Así mismo, la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según complejidad es del 7.1%, de las cuales la mayor parte estuvo concentrada en las lesiones de tipo LEI de bajo grado 71.4%, LEI de alto grado 14.3% y ASCUS 14.3%, superior al resultado de otras investigaciones, Ango quien en su estudio en Quito-Ecuador encontró una incidencia de LEI de bajo grado de 36% y Bocanegra Flores K, y otros autores en su estudio en el Hospital Amazónico – Pucallpa, encontró un 12.3% de mujeres con LEI de bajo grado, observamos que en nuestros resultados encontramos una alta prevalencia de LEI de bajo grado, probablemente se deba que cuando las mujeres de esta ciudad empiezan a tener molestias recién

acuden al médico y de tal manera ya se encuentra aumentada su probabilidad de desarrollar un cáncer de cérvix.

Por otro lado, la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en nuestro estudio según grupo etario es del 7.1%, de las cuales el grupo etario de mayor prevalencia fue de 30 a 39 años de edad con 64.3%, seguido de las que tienen 50 años a más con un 35.7%. Estos resultados concuerdan con otro estudio realizado por Gonzales en un grupo de mujeres de Bogotá, Colombia, en un grupo de 4957 mujeres entre 35 y 39 años, las cuales presentaron una prevalencia de alteraciones citológicas de un 24.7%, donde se observa la similitud entre las edades y consideradas pacientes de alto riesgo para desarrollar lesiones intraepiteliales y cáncer de cérvix, debido a factores como relaciones sexuales antes de los 18 años, múltiples compañeros sexuales, promiscuidad, antecedente de infección por virus del papiloma humano, tabaquismo, etc.

Por último, La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en nuestro estudio según paridad es del 7.1%, de las cuales el 71.4% tienen entre 1 a 2 embarazos, el 14.3% tienen entre 3 a 4 embarazos y el 14.3% tienen 5 a más embarazos. Los resultados concuerdan con la investigación realizada por Barrios, en su estudio sobre los factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix. Los resultados mostraron que el 74% tuvo dos o más embarazos. Deducimos que la multiparidad, los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y los descensos transitorios de la inmunidad favorecen el desarrollo de las lesiones pre cancerosas.

4.3 CONCLUSIONES

Después de presentar la discusión de los resultados de investigación, se procederá a realizar las conclusiones de las mismas.

- La prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, es del 7.1%.
- La prevalencia de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino según su complejidad en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el Laboratorio Pacver, son LEI de bajo grado (71.4%), LEI de alto grado (14.3%) y el 14.3% son ASCUS.
- De los resultados positivos sobre las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino (7.1%), el grupo etario con mayor prevalencia que presenta lesiones precancerosas de cérvix es de 30 a 39 años con un 64.3%.
- De los resultados positivos sobre las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino (7.1%), el 71.4% tienen entre 1 a 2 hijos.

4.4 RECOMENDACIONES

- Mejorar la evaluación de resultados de Papanicolaou, mediante capacitaciones para que pueda contribuir a mejorar la calidad de diagnósticos sobre lesiones

precursoras de cáncer de cuello uterino que brindan a los usuarios del Laboratorio.

- Dar a conocer a las autoridades de Moyobamba los resultados de ésta investigación para que implementen medidas de promoción y prevención, con el fin de disminuir la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino a futuro.
- Así como la promoción y prevención de la enfermedad es la base primordial de la salud actualmente, también se recomienda el seguimiento continuo, ya que, si bien un gran porcentaje de estas lesiones tiene un potencial grado de regresión, permitirnos un manejo oportuno a las lesiones que presenten un curso desfavorable.
- Conocer el curso natural de la enfermedad, y así apreciar los grupos de edad de riesgo, en primer lugar, los más jóvenes por estar expuestos a factores de riesgo, y en segundo lugar los de tercera y cuarta década de vida por presentar, si persisten las conductas y los factores de riesgo, un desarrollo de lesiones de cuello uterino.
- Realizar pruebas de Papanicolaou sistemáticamente, incluso si los resultados anteriores se han reportado normales, cumpliendo con las orientaciones dirigidas por el personal de salud, para el seguimiento y control de las lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino.

- Propiciar una mejor comunicación de pareja con el fin de reforzar la fidelidad entre ambos, involucrando a la pareja en las decisiones de protección a la salud reproductiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Determinantes sociales de la salud. OMS; 2013. Disponible en:
http://www.who.int/social_determinants/es/.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16160&Itemid.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Evolución de los indicadores de los objetivos de desarrollo del milenio al 2010. Lima: INEI; 2012.
4. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de salud, Lima. 1era edición Junio-2017.
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Estadísticas perfil epidemiológico. Disponible en:
<Http://www.inen.sid.pe/intranet/e4stadepidemiologicos/htm>.
6. Benites Zapata, V; Rodríguez Tanta, Y; Mezones-Holguín, E. Determinantes sociales del cáncer de cuello uterino. Lima: INS-UNAGESP, 2013.
7. Cuba. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Biblioteca Médica Nacional. Tumores malignos. Tratamiento. Bibliomed [Internet]. Mayo 2017. Disponible en:
<http://files.sld.cu/bmn/files/2017/05/bibliomed-mayo-2017.pdf>.
8. Hernández Alarcón R. Perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino – estado actual de la histerectomía radical en el servicio de ginecología del Hospital Edgardo Reblagliati Martins. Lima – 2002.
9. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Resolución Jefatural N° 121-RJ-INEN-2008.
10. Sánchez V., Valencia G. Perspectivas en la detección y control del virus de papiloma humano. 6 Ed. México- Mediterráneo; 2009.

11. Rivera R, Aguilera J, Larraín A. Epidemiología del virus del papiloma humano. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 2002; 67(6): 501-506.
12. Bruni L, Barrionuevo L, Serrano B, Brotons M, Cosano R, Muñoz J, et al. ICO Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Europe . Summary Report 2014-02-07.(Fecha de acceso 14 de Marzo del 2018). 2014.
13. Picconi M, Gronda J, Alonio L. Virus papiloma humano en mujeres quechuas jujeñas con alta frecuencia de cáncer de cuello uterino, tipos virales y variantes de HPV 16. *Rev. de Medicina de Buenos Aires* 2002; 62(3): 209-220.
14. Deulofeu P. Lesión Intraepitelial de Bajo y Alto Grado. *Ginecología Clínica y Quirúrgica* 2001; 2(1):32-36.
15. Carrillo A, Mohar A, Meneses A, Frias M, Solorza G, Lizano M. Utilidad en la Combinación de Oligonucleótidos Universales para la Detección del Virus del Papiloma Humano en Cáncer cérvico Uterino y lesiones pre malignas. *Salud Pública de México* 2004; 46 (1): 7-15.
16. Sanabria N. Incremento de la detección de lesiones cervicales mediante inspección visual. Puerto Esperanza. 2008 *Rev Ciencias Médicas* vol. 15 no 3 Pinar del Río jul-set 2011.
17. Luciani, S, Winkler, J. Prevención del cáncer cervicouterino en el Perú: lecciones aprendidas del proyecto demostrativo tamizaje y tratamiento inmediato (TATI) de las lesiones cervicouterinas. Washington: PAHO; 2006.
18. Pérez J. Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México. *Salud pública Mex*; 47(1); 39-48; 2005-02.
19. Orlando J. La inspección visual con ácido acético para el tamizaje del cáncer cervicouterino donde no hay escasez de recursos *Rev. Panamá Salud Publica*; 17(1); 1-5; 2005-01.
20. Almonte M. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América latina. *Salud publica Méx* vol.52 n.6 Cuernavaca Nov./Dic. 2010.
21. Solidoro, A. Cáncer del cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. *Portal Ginecología Perú*. 10 de febrero 2010.

22. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P. Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en 52 mujeres peruanas en edad fértil. *Rev. Perú Epidemiol.* 2010.
23. Beltrán M. Nivel de conocimiento sobre prueba de papanicolaou y la aceptación en la toma de muestra en mujeres atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Docente de Trujillo en el año 2009. Tesis para optar el grado de Bachiller en Medicina. Universidad Nacional de Trujillo. 2010.
24. Seminario-Pintado M, Chero-Farro D, Colorado-Julca F, Gómez-Palacios S, Lamas-Ramírez Z, Parraguez-Mendoza C. et al. Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas en relación al test de Papanicolaou en mujeres del distrito de Chiclayo, Perú. *Rev. Cuerpo Méd. HNAAA* 2011; 4(2): 94-98.
25. Sánchez A, Grimaldo J, Salazar Alarcón C. Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. *Revista De La Facultad De Medicina De La UNAM.* (2009, Mar); 52(2): 69-72.
26. Abril F, Ospina Y, Cifuentes L, Manrique J. Factores asociados al hallazgo de lesiones pre neoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. *Avances En Enfermería.* 2014, 32(1): 63-71.
27. De Palo G, Chanen W, Dexeus S. Neoplasia intraepitelial cervical. En: *Patología y tratamiento del tracto genital inferior.* Barcelona: Editorial Masson; 2001. p. 62-89.
28. De Palo G, Vecchione A. Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino. En: De Palo G, editor. *Colposcopia y patología del tracto genital inferior.* Buenos Aires: Edit. Méd. Panamericana. 1992. p. 235-71.
29. Peláez Mendoza J. *Adolescencia y juventud. Desafíos actuales.* La Habana: Editorial Científico Técnica; 2003.
30. Colectivo de autores. *Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvicouterino.* La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2001.
31. Richart RM. Cervical intraepithelial neoplasia. *Pathol Ann.* 1973;8:301-28.
32. Organización de Naciones Unidas. *Médicos, pacientes, sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos.* ONU; 2000. p. 14-6.

33. Surendra S. Inspección visual, citología y pruebas de VPH simultaneas como métodos de cribado para la detección precoz de la neoplasia cervicouterina en Mumbai (India). Bull Worl Health Organ; 83(3); 186-194; 2005.
34. Jairo A. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo Rev Colomb Obstet Ginecol; 56 (1); 59-67; 2005.
35. Saiwori J. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino según resultados de IVA, citología y cervicografía. Rev. esc. enferm. USP vol.44 no.4 Sao Paulo Dec. 2010.
36. Norma Técnico-Oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones pre malignas del cuello uterino a nivel nacional. Lima, Mayo 2008.
37. González M. Patología cervical y el reporte de ASCUS en la citología. Rev Colomb Obstet Ginecol [serial on the Internet]. 2003 Sep; 54 (3): 193-198.
38. Almonte M. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América latina. Salud publica Méx vol.52 n.6 Cuernavaca Nov./Dec. 2010.
39. Sankaranarayanan R. Detección oportuna de cáncer cervical con métodos de inspección visual: un resumen de estudios en India. Salud publica Méx. Vol.45 suppl.3 Cuernavaca Jan. 2003.
40. Fernández de Mera J. Análisis de la prevalencia de tipos de VPH en muestras de citologías ginecológicas en la población no vacunada en la comunidad de Extremadura. España 2016.
41. Lía Barrios G, Lecompte P, Leones R, López F. Factores de riesgo presentes en pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas del cérvix, Art. Inv. Vol. 16 N° 1. Colombia 2016 Pág. 109.
42. González M, Murillo R, Osorio E. Prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. Rev. Colombiana de Cancerología 2010;14(1):22-28.
43. Ango Chulca E, Valencia N. Incidencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado por virus de papiloma humano en el servicio de ginecología del Hospital San Luis de Otavalo, Quito-Ecuador, 2014.

44. Arango Rojas G, Prevalencia de Lesiones Pre malignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolaou en las mujeres atendidas en el Hospital II. Cañete - Lima 2016.
45. Bach. Joel D, Ramos D. Factores de riesgo relacionados a lesiones pre malignas de cáncer del cuello uterino. Hospital "Víctor Ramos Guardia" Huaraz 2008-2012.
46. Albuja Baca P. El tamizaje citológico del cáncer cervicouterino en la Región La Libertad, 2010. Acta Med Per 30(1) 2013.
47. García Hidalgo H. Perfil epidemiológico de las neoplasias malignas en el Hospital Regional Docente "Felipe Santiago Arriola Iglesias" Loreto, 2016.
48. Bocanegra Flores K., Quintos C. Grado de confiabilidad de las pruebas de tamizaje PAP e IVAA en comparación con las muestras anatomopatológicas - biopsia, para la identificación de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio de prevención de cáncer de cuello uterino, Hospital Amazónico – Pucallpa 2015.

ANEXO I

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**“PREVALENCIA DE LESIONES PRECURSORAS DE CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN LOS RESULTADOS DE PAPANICOLAOU DE LAS MUJERES DE
MOYOBAMBA ATENDIDAS EN EL LABORATORIO PACVER –
EN EL PERIODO ENERO – DICIEMBRE 2017”**

N° de Ficha:	Código de paciente:
Fecha:	
Edad:	
Paridad:.....	
Diagnóstico: Lesión Intraepitelial	
Resultados de Papanicolaou (PAP) NEGATIVO () LIE BG () LIE AG () ASCUS () AGUS ()	
Observaciones:	