



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA**

**ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN EL  
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ EN EL AÑO 2015”**

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

**AUTOR:**

**BACH. NAVARRO WONG MABEL POYANG**

**ASESOR:**

**LIC. TM PILAR ALVA BETALLELUZ**

**LIMA, PERÚ**

**2016**

# HOJA DE APROBACIÓN

BACH. NAVARRO WONG MABEL POYANG

**“PREVALENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN EL  
HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ EN EL AÑO 2015”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de  
Licenciado en Tecnología Médica en el área de Laboratorio Clínico  
y Anatomía Patológica por la Universidad Alas Peruanas

---

---

---

LIMA – PERÚ

2016

**DEDICATORIA:**

A mis padres que han dado mucho por mí, ellos han sabido enseñarme siempre el valor del esfuerzo, la constancia y el trabajo.

**AGRADECIMIENTO:**

Principalmente a Dios Padre Celestial, por haberme permitido tener los medios y recursos necesarios para poder realizar este trabajo.

Agradecimiento sincero a la Licenciada T.M. Silvia Castro Grande por impartirme sus conocimientos y brindarnos la ayuda necesaria para finalizar con éxito mi trabajo de investigación.

Y un total y sincero agradecimiento al Hospital Ramiro Prialé Prialé por haber permitido que realice la investigación a mujeres que padecen de Lesiones Intraepiteliales Cervicales que reciben atención medica en dicho establecimiento.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015. **Material y método:** se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de tipo transversal; la población y muestra fue de 31488 resultados de Papanicolau, que cumplieron con los criterios de inclusión y fue recolectado por medio de una ficha simple de recolección de datos. **Resultados:** El estudio obtuvo 1536 resultados de Papanicolau positivos lo cual presentó una prevalencia de 5%. De las citologías positivas presentaron LIEBG 23% (n:347); LIEAG 26% (n:394); ASC-US 35% (n:539) y ASC-H 17% (n:25). El mayor número de citologías anormales es de edad promedio de 32 a 38 años (24,7%); inicio de vida sexual entre los 10 a 12 años (38,4%); menarquia entre los 14 y 16 años (36,9%), el empleo de pastillas anticonceptivas orales (31,3%); número de gestas de 3 o más, (51,2%); se consideró lugares de procedencia donde el Huancayo presento (84,7%). **Conclusión:** Los resultados de la investigación permitieron concluir que la prevalencia las Lesiones Intraepiteliales Cervicales, fue similar en el grupo estudiado, respecto a estudios Latinoamericanos, y según los indicadores nacionales.

**PALABRAS CLAVES:** Citología cervicouterina, cáncer cuello uterino, Papanicolau.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the prevalence of Cervical Intraepithelial Lesions at the Ramiro Priale National Hospital in 2015. **Material and method:** a descriptive, retrospective cross-sectional study was performed; The population and sample size was 31488 Pap smears, which met the inclusion criteria and was collected by means of a simple data collection tab. **Results:** The study obtained 1536 positive Pap smears, which presented a prevalence of 5%. Positive cytologies presented LIEBG 23% (n: 347); LIEAG 26% (n: 394); ASC-US 35% (n: 539) and ASC-H 17% (n: 25). The highest number of abnormal cytologies is of average age of 32 to 38 years (24.7%); Beginning of sexual life between 10 and 12 years old (38.4%); Menarche between 14 and 16 years (36.9%), use of oral contraceptive pills (31.3%); Number of tasks of 3 or more, (51.2%); It was considered places of origin where Huancayo presented (84.7%). **Conclusion:** The results of the investigation allowed us to conclude that the prevalence of Cervical Intraepithelial Lesions was similar in the studied group, compared to Latin American studies, and according to national indicators.

**KEYWORDS:** Cervical cytology, Cervical Cancer, PAP.

## ÍNDICE

CARÁTULA	01
HOJA DE APROBACIÓN	02
DEDICATORIA	03
AGRADECIMIENTO	04
RESUMEN	05
ABSTRACT	06
ÍNDICE	07
LISTA DE TABLAS	08
LISTA DE GRAFICOS	09

### **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Planteamiento del Problema	11
1.2. Formulación del Problema	14
1.2.1. Problema General	14
1.2.2. Problemas Específicos	14
1.3. Objetivos	15
1.3.1. Objetivo General	15
1.3.2. Objetivos Específicos	15
1.4. Justificación	16

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Bases Teóricas	17
2.1.1. Lesión intraepitelial escamosa (LIP-SIL)	18
2.1.2. Nomenclatura citohistológica de las lesiones del cérvix	19
2.1.3. Anormalidades en células epiteliales	20
2.1.3.1. Células escamosas atípicas (ASC)	20
2.1.3.2. Atíпия escamosa de significado indeterminado (ASC-US)	21
2.1.3.3. Atíпия de células escamosas no puede excluir una lesión intraepitelial de alto riesgo (ASC-H)	21
2.1.3.4. Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado	21
2.1.3.5. Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado	22
2.1.3.6. Carcinoma de células escamosas	22
2.1.3.7. Carcinoma microinvasor	23
2.1.3.8. Carcinoma invasivo	23
2.1.4. El virus del papiloma humano (PVH)	24
2.1.5. Factores y cofactores de riesgo	26
2.1.5.1. Infección por VPH	26
2.1.5.2. Número de compañeros sexuales	26
2.1.5.3. Edad del primer coito	26
2.1.5.4. Enfermedades de transmisión sexual	27
2.1.5.5. Paridad y edad del primer embarazo	27
2.1.5.6. Tabaquismo	27
2.1.5.7. Métodos anticonceptivos	28
2.1.6. Métodos diagnósticos	28
2.1.6.1. Tamizaje citológico	28
2.1.6.2. Colposcopia	29
2.1.6.3. Diagnóstico histopatológico	30
2.2. Antecedentes	30

2.2.1. Antecedentes Internacionales	30
2.2.2. Antecedentes Nacionales	33
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	
3.1. Diseño del Estudio	35
3.2. Población	35
3.2.1. Criterios de Inclusión	35
3.2.2. Criterios de Exclusión	35
3.3. Muestra	36
3.4. Operacionalización de Variables	36
3.5. Procedimientos y Técnicas	37
3.6. Plan de Análisis de Datos	37
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	
4.1. Resultados	38
4.1.1 Características de la Muestra	38
4.1.2 Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de las muestra	45
4.2. Discusión	57
4.3. Conclusiones	60
4.4. Recomendaciones	62
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	64
<b>ANEXOS</b>	70
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	71
MATRIZ DE CONSISTENCIA	72



## LISTA DE TABLAS

**Tabla N°.1** Edad de la muestra

**Tabla N°.2** Grupos etáreos de la muestra

**Tabla N°.3** Inicio sexual de la muestra

**Tabla N°.4** Número de hijos de la muestra

**Tabla N°.5** Primera menstruación de la muestra

**Tabla N°.6** Métodos anticonceptivos usados por la muestra

**Tabla N°.7** Distribución de la muestra por procedencia

**Tabla N°.8** Prevalencia de las lesiones intraepiteliales de la muestra

**Tabla N°.9** Tipos de las lesiones intraepiteliales de la muestra

**Tabla N°.10** Lesiones intraepiteliales de la muestra por grupos etáreos

**Tabla N°.11** Lesiones intraepiteliales de la muestra por inicio de las relaciones sexuales

**Tabla N°.12** Lesiones intraepiteliales de la muestra por número de hijos

**Tabla N°.13** Lesiones intraepiteliales de la muestra según la menarquia

**Tabla N°.14** Lesiones intraepiteliales de la muestra según método anticonceptivo usado

**Tabla N°.15** Lesiones intraepiteliales de la muestra según lugar de procedencia

**Tabla N°.16** Lesiones intraepiteliales de la muestra según Redes asistenciales

## LISTA DE GRÁFICOS

**Figura N°.1** Grupos etáreos de la muestra

**Figura N°.2** Inicio sexual de la muestra

**Figura N°.3** Número de hijos de la muestra

**Figura N°.4** Primera menstruación de la muestra

**Figura N°.5** Métodos anticonceptivos usados por la muestra

**Figura N°.6** Lugar de procedencia de la muestra

**Figura N°.7** Prevalencia de las lesiones intraepiteliales de la muestra

**Figura N°.8** Tipos de las lesiones intraepiteliales de la muestra

**Figura N°.9** Lesiones intraepiteliales de la muestra por grupos etáreos

**Figura N°.10** Lesiones intraepiteliales de la muestra por inicio de las relaciones sexuales

**Figura N°.11** Lesiones intraepiteliales de la muestra por número de hijos

**Figura N°.12** Lesiones intraepiteliales de la muestra según la menarquia

**Figura N°.13** Lesiones intraepiteliales de la muestra según método anticonceptivo usado

**Figura N°.14** Lesiones intraepiteliales de la muestra según lugar de procedencia

## **CAPÍTULO I**

### **1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del Problema**

La progresión de lesiones intraepiteliales cervicales, es el cáncer cérvico uterino (CaCu) diagnóstico frecuente en mujeres entre 20 y 40 años (1). Actualmente el cáncer de cuello uterino es una neoplasia que se ha transformado en un problema de Salud Pública (2,3).

En el Perú según el Instituto Nacional de Salud las cifras de mortalidad anual debido a cáncer de cuello uterino se han incrementado en las últimas décadas, así como la demanda de servicios de salud y los costos de atención (4).

La infección del Virus Papiloma Humano (PVH) está muy relacionada con la aparición de esta neoplasia, transmitida principalmente por contacto sexual. El PVH es el causante del 70% de los cánceres cervicouterinos y de las lesiones intraepiteliales cervicales del cuello del útero. La mayoría de mujeres son infectadas en edades de mayor actividad sexual poco después de iniciar su vida sexual (3,5,6).

A pesar de que se han implementado sistemas de despistaje temprano de cáncer de cuello uterino y la aplicación de algunas vacunas que previenen la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), no se ha podido disminuir las cifras de mortalidad y el gasto público que representa la atención en estadios avanzados de esta enfermedad.

Esto hace que se establezca un problema social ya que afecta la salud individual y colectiva en el contexto mundial (2,3).

Según reporte de la Organización Mundial de la Salud el cáncer del cuello uterino (CaCu) es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo y la primera causa de muerte en la población femenina. En los países en vía de desarrollo se producen entre un 80% y un 85% de muertes por dicha enfermedad oncológica. Las tasas de incidencia y mortalidad más elevadas se presentan en África subsahariana, América Latina y el sur y sudeste asiático. En estos países de bajos recursos y en vías de desarrollo, se estima 700 mujeres al día; 275.000 al año fallecen víctimas del cáncer de cuello uterino (3). Según la Organización Panamericana de la Salud, en el 2012, más de 83.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 36.000 fallecieron por esta enfermedad en las américas. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de muertes en las américas aumentará en un 45% en el 2030. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud (7).

En América Latina y el Caribe, es la tercera neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, donde se centra el 13% de los casos y 12% de las muertes que ocurren anualmente en el mundo (3,7,8).

EL Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), reportó en el 2011 la más alta tasa de cáncer cervicouterino en Trujillo seguido de Arequipa y Lima (1).

La Dirección Regional de Salud Junín reportó en el año 2013, 1218 casos de displasia de cuello uterino; en el año 2014, 1104 casos y en el año 2015, 1289 casos. Asimismo, reportó un incremento de cáncer de cuello uterino de 66,78 y 109 casos en los años ya señalados (9).

El cáncer de cuello uterino repercute en las condiciones de salud y en la calidad de vida de las mujeres, porque las afecta en su totalidad, incluyendo sexualidad, trabajo, producción económica y cultural, comprometiendo inclusive las relaciones familiares y sociales dejando familias y comunidades que dependen de ellas. En la etiología de esta patología se ha establecido que estilo de vida y el medio ambiente, juegan un papel importante en el desarrollo del cáncer uterino, además se ha descrito otros cofactores de riesgo como el tratamiento hormonal, el tabaquismo, el inicio temprano de relaciones sexuales, promiscuidad, multiparidad e infección por microorganismos (10) .

De todo lo anterior surge la necesidad de relacionar los diferentes factores de riesgo con el desarrollo de las lesiones intraepiteliales, dado que en las mujeres que asistieron el servicio de laboratorio de citología del Hospital Ramiro Prilalé Prilalé durante el año 2015 se encontró la presencia de dichos factores de riesgo así, como el diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cáncer cervicouterino. La presente investigación espera lograr un mayor acercamiento a la problemática real que contribuya a ejecutar acciones preventivas para evitar el desarrollo de un cáncer invasor.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuánto es la prevalencia de las Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Ramiro Prilalé Prilalé en el año 2015?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según la edad?
- ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el inicio de relaciones sexuales?
- ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el número de hijos?
- ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según la menarquia?
- ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el método anticonceptivo?
- ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según lugar de procedencia?

### **1.3. Objetivos**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015 según la edad.
- Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el inicio de relaciones sexuales.
- Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el número de hijos.
- Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según la menarquia.
- Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según en método anticonceptivo.
- Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el lugar de procedencia.

### **1.4. Justificación**

En la actualidad la incidencia de cáncer cervicouterino ha aumentado dramáticamente; así como la mortalidad a causa de esta enfermedad. En países en vía de desarrollo como el Perú el cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades más frecuentes.

Mediante esta investigación se determinó la prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas las cuales sin un diagnóstico y tratamiento adecuado pueden evolucionar hasta cáncer de cuello uterino. Se buscará contribuir en la prevención de dichas lesiones con programas de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, ya que estas lesiones pueden presentarse en cualquier etapa de la vida de la mujer empezando desde lesiones de bajo grado que podrían evolucionar a lesiones de alto grado y estas a su vez preceden al cáncer de cuello de útero. Asimismo, se recopilará información sobre los factores que inciden en el desarrollo de estas lesiones.

Los resultados del trabajo de investigación permitirán brindar evidencias sobre la necesidad de un programa de prevención y control que ayude en la sensibilización y motivación de las mujeres que ya iniciaron una vida sexual a realizarse el examen de Papanicolaou como diagnóstico oportuno ante una alteración citológica cervical. Y la vez mejorar los programas de prevención y generar nuevas alternativas de sensibilización.



## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Bases Teóricas**

##### **2.1.1. Lesión intraepitelial escamosa (LIP-SIL)**

La lesión intraepitelial escamosa (LIP-SIL) también denominada, lesión precursora o premaligna comprenden un conjunto de anormalidades epiteliales cervicales no invasivas en la zona de metaplasia escamosa, ubicadas en la unión del epitelio escamoso y cilíndrico del cérvix (11,12). Las cuales están asociadas a la infección transitoria por PVH hasta cambios celulares anómalos que representan precursores de alto grado hacia el carcinoma de células escamosas invasivas (13).

Se ha establecido que el VPH es el principal factor causal en la patogénesis de casi la mayor parte de los precursores del cáncer de cuello uterino y los cánceres invasivos el cual es transmitido sexualmente e infecta casi al 75% de la población sexualmente activa en el mundo(5,13,14,15).

En la mayoría de los casos, estas infecciones por PVH desaparecen y son temporales en el transcurso de 1-2 años gracias a respuestas inmunológicas naturales del ser humano (16).

Existen criterios citohistológicos para reconocer una lesión intraepitelial como: sustitución del epitelio normal por células atípicas, con modificaciones y alteraciones citoplasmáticas y nucleares que consisten en cariomegalia, pleomorfismo, anisocitosis, hiperchromatismo (11).

## **2.1.2. Nomenclatura citohistológica de las lesiones del cérvix**

A través de los avances en los métodos diagnósticos de la enfermedad se ha ido transformando la clasificación clásica, en términos de “displasia” (OMS. 1979) al sistema de las CIN (Neoplasia Intraepitelial Cervical), de Richart en 1993, para terminar en la clasificación de Bethesda (2014), que ya menciona de SIL (Lesión Intraepitelial Escamosa) y que diferencia por un lado las alteraciones de las células del epitelio escamoso y por el otro las del epitelio glandular. Estas clasificaciones se basan fundamentalmente en la evaluación del grado de la alteración morfológica de la célula (17).

Por regla general, las alteraciones citológicas se informan siguiendo el esquema Bethesda, mientras que para las alteraciones histológicas se emplea la clasificación de Richart, se menciona de CIN I cuando las alteraciones celulares afectan a un tercio del espesor del epitelio escamoso, CIN II cuando afectan a dos tercios y CIN III cuando es todo el epitelio el que está afecto. El concepto ASC y AGC significa que las células no tienen un aspecto normal, pero tampoco tienen un aspecto de SIL o cáncer (11,18).

## **2.1.3 Anormalidades en células epiteliales**

### **2.1.3.1. Células escamosas atípicas (ASC)**

La definición de ASC se refiere a transformaciones citológicas sugestivas de lesiones escamosas intraepiteliales (SIL), que son cuantitativo o cualitativo pero insuficiente para explicar una interpretación definitiva como tal. Deben ser cuidadosamente analizados los hallazgos citológicos sugestivos a cambios reactivos benignos y catalogarlos como "negativos para lesión intraepitelial o

malignidad". Para realizar la interpretación de ASC requiere que las células en cuestión demuestran tres esenciales características:

- La diferenciación escamosa.
- Aumento de la relación citoplasmática, núcleo.
- Los cambios mínimos nucleares como hiper cromasia, de la cromatina condensada, irregular granular y multinucleadas.

El hallazgo de los cambios citoplasmáticos y nucleares asociados con infección por el VPH tales como la eosinofilia densa (paraqueratosis) y los halos perinucleares (koilocitosis) de la célula, son prescindibles para determinar la interpretación de ASC y esto su vez deberían impulsar una búsqueda minuciosa de células que justifique la interpretación de ASC o SIL (13).

Estos cambios pueden hallarse afectando a un epitelio escamosos de diferentes tipos: maduro metaplásico, atrófico y como se mencionó cambios por PVH, lo que demuestra la amplia variedad de patrones morfológicos que dificultan su diagnóstico (11).

#### **2.1.3.2. Atípi a escamosa de significado indeterminado (ASC-US)**

El término fue introducido para intentar circunscribir con mayor precisión la "zona gris" entre los cambios reactivos celulares benignos y la lesión intraepitelial, pero que cuantitativa o cualitativamente no llenan los criterios para el diagnóstico de lesión intraepitelial escamosa (11). Si los cambios son sospechosos, pero no concluyente para SIL, los resultados son presentados como ASC-US (19).

Incluye los cambios citológicos altamente anormales, pero en los cuales solamente se observan una o dos células diagnósticas (cuantitativamente insuficientes para hacer un diagnóstico de bajo grado).

Los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno como ya se mencionó, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave (19,20).

#### **2.1.3.3. Atíпия de células escamosas no puede excluir una lesión intraepitelial de alto riesgo (ASC-H)**

ASC-H significa células escamosas atípicas con lesiones de alto grado que no pueden ser excluidas de lesiones intraepiteliales de bajo grado (LSIL). Las modificaciones de estas células no permiten excluir sin certeza lesiones intraepiteliales de alto grado o bajo grado (13).

#### **2.1.3.4. Lesión escamosa intraepitelial de Bajo Grado**

Los efectos citopáticos de la infección por Virus Papiloma Humano no son separables de las displasias leves o NIC I; las anomalías asociadas con VPH pueden ser de dos tipos, transitoria-regresiva y la persistente que causa displasia y cáncer por ello, ambos son considerados en esta categoría (21).

La lesión epitelial de bajo grado comprende los cambios celulares debidos al VPH y la displasia leve o NIC I, ambas son la misma lesión con distinta morfología.

Se reconoce que aproximadamente el 15% de mujeres con lesión escamosa intraepitelial de bajo grado puede hallarse lesión de alto grado en la coloscopia. Por otra parte, si afectan sólo al tercio inferior, se habla de CIN 1 o CIN- I (11).

### **2.1.3.5. Lesión escamosa intraepitelial de Alto Grado**

Esta lesión se asocia a infección viral persistente y alto potencial para progresar. Comprende NIC2 Y NIC3 de la clasificación de Richardt (16). HSIL es generalmente una lesión de las células escamosas inmaduras. Normalmente ocupan más de la tercera parte inferior del epitelio. Puede haber coilocitosis o no (22) se habla CIN-II o displasia moderada, si afectan a no más de las dos terceras partes; y CIN 3 III, si la afectación es superior a estos dos tercios o abarca a todo el espesor del epitelio (11).

### **2.1.3.6. Carcinoma de células escamosas**

Las células escamosas ocupan el 80-90% como origen de los carcinomas de cuello uterino y la lesión precursora es la neoplasia intraepitelial del cuello uterino (CIN), la cual puede evolucionar a cáncer invasor y adoptar una configuración exofítica o endocervical (23).

A partir del cuello uterino, el tumor se propaga por extensión directa a través del espacio pericervical hacia los parametrios y/o a la vagina, pudiendo en algunos casos invadir el cuerpo uterino. El compromiso de los tejidos pericervicales incluye, además, la vejiga, el recto, los ganglios linfáticos regionales y la pared lateral pélvica. Esto se puede diseminar fundamentalmente por vía linfática y con mucha menor frecuencia por el torrente sanguíneo, pudiéndose observar enfermedad metastásica incluso en pacientes con un pequeño volumen tumoral primario (24).

### **2.1.3.7. Carcinoma microinvasor**

Es la fase más temprana en la génesis de un cáncer invasivo. La profundidad de la invasión en el carcinoma microinvasor originalmente se determinó que era menos de 5 mm. El pronóstico de la enfermedad se determina más claramente por el volumen del tumor. Las características citológicas consistentes con cáncer microinvasivo son todavía muy difíciles de interpretar, sin embargo, algunas de las características citológicas son fuertemente asociada con una anormalidad epitelial más avanzada que la de una CIN de grado 3 tipo de lesión (19).

### **2.1.3.8. Carcinoma invasivo**

Estas neoplasias muestran claramente invasión y destrucción tisular. El diagnóstico citológico, en ocasiones, es más difícil que en las lesiones intraepiteliales debido a que los restos necróticos y la mayor parte de las células tumorales descamadas muestran intensos cambios degenerativos y hemorrágicos presentes en el frotis los cuales dificultan su evaluación. Presentan signos de malignidad evidente que residen en el núcleo y citoplasma, a nivel extracelular con una población heterogénea de células tumorales que en general son más pequeñas que las células escamosas superficiales, células de formas aberrantes que confieren al frotis un marcado polimorfismo, mucho más característico de las lesiones francamente invasivas que del carcinoma microinvasivo (11,19).

#### **2.1.4. El virus del papiloma humano (PVH)**

El VPH es causante de una de las infecciones más frecuentes de transmisión sexual (25). La familia Papovaviridae cuenta con más de 150 tipos víricos. La familia del VPH que, en función de su patogenia oncológica, se clasifican en cutáneos y mucosos (6). Los tipos de VPH mucosos que están asociados con lesiones benignas (tipos 6 y 11) son distinguidos como tipos de "bajo riesgo" y se encuentran mayormente en los condilomas acuminados, por otro lado, aquellos tipos asociados a lesiones malignas (tipos 16, 18) son distinguidos como virus de "alto riesgo." Además del VPH-16 y el VPH-18, otros estudios internacionales recientes han ampliado la lista de los virus oncogénicos para incluir los tipos 31, 33, 35, 45,51, 52, 58 y 59 (6,13,14).

El virus aprovecha el epitelio escamoso para su síntesis e integración celular, y progresivamente produce lesiones epiteliales de bajo alto grado en la unión escamocolumnar del cuello uterino llamado displasias, algunas de las cuales sufren transformación neoplásica y evolucionan hacia CACU en un lapso de 20 a 30 años. Las infecciones producidas por los tipos de alto riesgo siguen predominantemente un curso silente; tienden a establecer infecciones continuas y generan alteraciones citológicas (6,26).

Los tipos de VPH de "bajo riesgo" abarcan principalmente en el grupo de las neoplasias intraepiteliales de cérvix (CIN) de grado I (CIN I) o lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL). En una proporción menor, las infecciones producidas por el VPH de alto riesgo pueden transformarse en

lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (CIN II-III, lesiones escamosas de alto grado HSIL) y en cáncer de cuello uterino (5,27).

Inicialmente la infección por VPH es asintomática y la transmisión puede ocurrir antes de que la expresión del virus se manifieste. El virus tiene una afinidad con el epitelio ya que para el virus es necesario el epitelio diferenciado para su completo desarrollo y crecimiento, fenómeno conocido como tropismo celular (28).

La severidad de traumas o erosiones epiteliales y la inducción de hiperplasias epidérmicas antes de la infección, son factores locales importantes que favorecen el crecimiento viral. El proceso de infección ocurre fundamentalmente, a través de receptores de integrinas presentes en las células basales. Sin embargo, la lesión puede ser iniciada por lesiones epiteliales pequeñas, siendo poco el acceso a las células basales, donde produce un amplio espectro de cambios morfológicos una vez infestadas (2).

## **2.1.5. Factores y cofactores de riesgo**

### **2.1.5.1. Infección por VPH**

El Virus Papiloma Humano es el principal factor de riesgo asociado con cáncer de cuello uterino y sus precursores. La infección por VPH considerada en términos biológicos como una enfermedad de transmisión de las células del epitelio cervicouterino, poco después de iniciada la relación sexual sin que haya evidencia de lesiones (29). Estas infecciones pueden no presentar



síntomas o estar asociadas con una variedad de neoplasias benignas y malignas. La infección por VPH en las células escamosas produce anomalías que son detectadas más frecuentemente por la prueba de tamizaje de Papanicolaou, como coilocitos. El hombre cursa como portador asintomático. Más del 95% de los casos de cáncer de cuello uterino contienen DNA de uno o más de los serotipos de alto riesgo o VPH oncogénico, los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 (14).

#### **2.1.5.2. Número de compañeros sexuales.**

El número de parejas sexuales, no es más que el reflejo de la probabilidad de exposición al Virus Papiloma Humano y demás agentes infecciosos. Existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales (30,31).

#### **2.1.5.3. Edad del primer coito.**

El inicio temprano de las relaciones sexuales implica la aparición de múltiples compañeros sexuales y el riesgo a exponerse al PVH, también se ha estudiado que en la adolescencia el tejido cervicouterino es más susceptible a la acción de los carcinógenos y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial es mayor cuando el primer coito se tiene antes de los 22 años (30).

#### **2.1.5.4. Enfermedades de transmisión sexual.**

Existe una alta asociación entre *Trichomonas vaginalis* y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino (se incrementa en 3 veces) (32). También se ha

demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, adicionalmente, la coinfección con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) favorece el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH (33).

#### **2.1.5.5. Paridad y edad del primer embarazo**

Mujeres portadoras del ADN del VPH, con 7 o más embarazos a término, tienen un riesgo de padecer la enfermedad de 4 veces más que mujeres nulíparas o con menor número de hijos. Como se mencionó la puerta de entrada del VPH es el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los partos. La presencia de uno o más partos antes de los 17 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino, ya que el epitelio está en fase de transición y este es más susceptible a la acción de los carcinógenos (30).

#### **2.1.5.6. Tabaquismo**

No está bien establecida la dinámica de la interacción del tabaquismo con el cáncer, pero en promedio las fumadoras tienen el doble de riesgo de lesión Intraepitelial con respecto a las no fumadoras (32). Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos derivados del tabaco presentes en el moco cervical. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. También se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local (34).

### **2.1.5.7. Métodos anticonceptivos**

Se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo a las lesiones intraepiteliales. En un estudio el riesgo aumentó para las pacientes que los usaban entre cinco y diez veces a más. La evidencia para la asociación entre el cáncer de cuello uterino y los anticonceptivos orales u otras hormonas anticonceptivas no es completamente consistente. Se ha investigado que, en 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)(35).

### **2.1.6. Métodos diagnósticos**

#### **2.1.6.1. Tamizaje citológico**

La citología exfoliativa, conocida también como prueba de Papanicolau (PAP), forma parte del examen pélvico de la mujer, es utilizada para el diagnóstico precoz y oportuno de cambios anómalos en las células cervicales los que representan lesiones precursoras de cérvix y pueden causar cáncer. Se realiza cada año una vez que la mujer ha iniciado vida sexual activa (36,37).

#### *Principio del método*

Este método está basado en la coloración de las células diferenciadas por diversos colores de acuerdo al componente celular se aplica a los diversos tipos celulares para el diagnóstico de cambios malignos y la tipificación celular. Los núcleos son coloreados con la Hematoxilina de Harris (coloración básica), el citoplasma con un colorante de naturaleza alcohólica y policromática

coloración de Eosina (coloración ácida); y la queratina citoplasmática, cuando está presente, se colorea con Orange G, el ácido Fosfotúngstico presente en la solución de la Eosina determina el color del citoplasma (38).

#### **2.1.6.2. Colposcopia**

La colposcopia es un método de exploración clínica, óptico binocular para una mejor visualización de la superficie del tegumento de la mucosa del tracto genital inferior femenino y la zona de transformación. Generalmente intervencionista, ayuda al diagnóstico y a la aplicación de terapéuticas que requieren de un control visual preciso, el que se logra bajo la magnificación que ofrece el aparato (39).

Se pueden diagnosticar no sólo las lesiones precancerosas del cuello uterino (NIC) o cáncer invasor temprano del cuello uterino por medio de la colposcopía, sino también, aunque en forma menos frecuente a la vagina, la vulva, la región perineal, el ano y hallazgos benignos (pólipos, endometriosis), las desviaciones de la mucosa y del estroma funcionales, los cambios hormonales durante la infancia, adolescencia, edad reproductiva y la postmenopausia tardía (40,41).

#### **2.1.6.3. Diagnóstico histopatológico**

Para el diagnóstico final de una neoplasia intraepitelial cervical (NIC) se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se evalúa el grado de lesión en la muestra tisular, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una

mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas. Se evalúan anomalías nucleares, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiperchromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis) (42,43).

## **2.2. Antecedentes**

### **2.2.1. Antecedentes Internacionales**

**Neoplasia cervical intraepitelial, análisis de las características clínico- patológicas.** En México se realizó un estudio durante el periodo 2002-2013 a pacientes mayores de 20 años con diagnóstico de NIC o LEIBG, LEIAG. Se analizó las características sociodemográficas, los factores de riesgo y los síntomas de presentación en pacientes con enfermedad pre invasora del cérvix. El mayor porcentaje de casos de NIC se presentó en mujeres en edad reproductiva de 25 a 45 años. El diagnóstico histopatológico fue de LEIBG-NIC1 en el 83.98% casos y de LEIAG en el 16.02% que correspondió a NIC2, NIC3 y carcinoma in situ. Respecto a los factores de riesgo se reportaron con tabaquismo positivo el 33.98%; el 11.45% tuvieron alguna otra enfermedad de transmisión sexual, siendo el herpes genital la patología más frecuente seguida de tricomoniasis, molusco contagioso y Chlamydia; el 14.99% de los casos tuvieron sólo un compañero sexual y en el 85.01% más de un compañero sexual, el 19.89% de los casos fueron nuligestas, el mayor porcentaje de casos con NIC se encontró en las mujeres con 2 y 3 gestas; los anticonceptivos orales fueron utilizados en el 30.99% de los casos. En relación al reporte de citología cervical, el 60.92% correspondió a LEIBG-

NIC1, asociada a infección por VPH. Sin embargo, en el 17.25% fue ASCUS (12).

**Presencia de lesiones intraepiteliales de alto grado a las mujeres privadas de libertad: estudio documental.** En Brasil se realizó un estudio durante los años 2003 al 2010 en mujeres de 18 a 65 años privadas de libertad, en las que se analizaron los resultados de pruebas de Papanicolaou donde el 4.1% tuvieron atipias de células escamosas (ASCU-S); 3.2% lesiones de bajo grado y 2.5% lesiones de alto grado (44).

**Cáncer cervicouterino, epidemiología y su relación con los factores de riesgo.** En México durante el 2006-2007 se realizó un estudio en mujeres de 20 a 91 años con diagnóstico de cáncer de cuello uterino. En la cual se determinó la frecuencia de factores de riesgo para cáncer cervicouterino donde los factores de riesgo fueron multiparidad (48%), el inicio de una vida sexual activa entre los 14 y 18 años de edad (82%), la menarquia se presentó a los 14 años en un (30%), de los métodos anticonceptivos (46%) utilizaron salpingoclasia (45).

**Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes.** En los años 2007-2008 en Cuba se realizó un estudio a mujeres de 15 a 24 años, con diagnóstico de lesión de alto grado de cuello uterino. En la cual, todas las pacientes habían iniciado sus relaciones sexuales durante su vida adolescente; 65,3

% iniciaron las relaciones sexuales entre 15-17 años; 62,2 % habían tenido 3 o más parejas sexuales; más de la mitad de las pacientes 51,9 %, tenían antecedentes de interrupciones de embarazo y el 23,1% utilizaban métodos de barrera. La correlación cito-histológica fue del 100 % para las neoplasias intraepiteliales cervicales II y III (46).

**Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana.** Durante el periodo 2008-2010, en Colombia se estudió a mujeres de 15 a 75 años de edad para determinar la prevalencia de las lesiones de bajo y alto grado del cuello uterino. El 87.5 % de las citologías reportaron como negativas, el 8.2% lesión de bajo grado (LSIL), 2.6% células escamosas atípicas de significado indeterminado (AS-CUS), 0.9% lesión de alto grado (HSIL), 0.4% células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado (ASC-H) 0.4% células glandulares atípicas de significado incierto (AGUS) y el 0.2% carcinoma invasor (30).

**Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012.** En Colombia durante el 2010-2012 se realizó un estudio sobre la prevalencia de alteraciones oncológicas por medio de la citología cervical, en mujeres que acudieron al programa de detección de cáncer cervicouterino. La prevalencia global de alteraciones citológicas fue 8,5 %; LIEBG presentó el 2 %, LIEAG en 0,3 %; ASCUS en 3,2 %. En las menores de 30 años se obtuvo una mayor prevalencia de LIEAG y ASCUS. En las mujeres mayores de 50 se observaron las prevalencias más elevadas de lesiones LIEAG, inflamación

y atrofia (47).

### **2.2.1. Antecedentes Nacionales**

**Risk Factors for High-Risk Human Papillomavirus Infection and Cofactors for High-Grade Cervical Disease in Peru.** En Amazonas, Perú en el año 2000 se llevó a cabo un estudio en mujeres de 25 a 49 años para evaluar la asociación entre los factores de riesgo y el Virus Papiloma Humano de alto riesgo y los cofactores para las lesiones de alto grado CIN II. La prevalencia de VPH – AR fue 12.6%. La primera relación sexual a temprana edad, varias parejas sexuales aumentan el riesgo de tener VPH-AR, la de con mayor paridad presentó mayor riesgo de CIN II (48).

**Factores asociados al cáncer de cuello uterino en las mujeres atendidas en el Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María (Chimbote) del 2008 al 2010.** Entre los años 2008-2010 en Chimbote, Perú se estudió a una población de mujeres gestantes para determinar si los factores edad, gestaciones, condición social y examen clínico estaban asociados al cáncer de cuello uterino. En relación a factores de edad > de 35 años, 1.0%; < de 35 no se encontró casos de cáncer cervicouterino; el factores socioeconómicos bajo 0.2%, el factores socioeconómicos medio no presento casos, demostrando que no son significativos para cáncer de útero; mientras en relación a multigestas 2.6% y no multigestas 0.0%; al examen clínico-cervicitis 20% y sanas no se encontró casos de cáncer uterino; demostrando que los dos últimos factores están asociados para cáncer de útero (49).

**Prevalencia de anomalías cérvico-uterinas asociadas al nivel de**



**pobreza en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011- 2013.** Entre los años 2011 y 2013 en Lima, Perú se investigó a todas las muestras de pacientes, para el estudio cervicouterinos con la coloración Papanicolaou y poder determinar la prevalencia de anormalidades cervicouterinos asociados al nivel de pobreza en pacientes con informes positivos. De los 4621 casos positivos; 47.55% corresponde a lesión intraepitelial de bajo grado (LSIL); 37.94 atípia escamosa de significado indeterminado (ASCU-S); 9.42 lesión de alto grado (HSIL); 4.27% atípias celulares glandulares de significado indeterminado (AGUS) y atípias de células escamosas no puede excluir una lesión intraepitelial de alto riesgo ASC-H; 0.8% carcinoma cervical. La correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y anormalidades cérvico-uterinas, reportaron que a mayor nivel de pobreza, mayor la proporción de mujeres con informes positivos procedentes de las microrredes Los Olivos, San Martín de Porres y Rímac; ( $\rho=0,492$ ;  $p<0,005$ ), esta última muy relacionada con CCU y HSIL (1).

**Prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino e infección por papilomavirus humano en madres del comité de Vaso de Leche en la Municipalidad de Surquillo.** En el año 2012 en Lima, Perú se estudió a madres menores de 55 años del programa Vaso de Leche. La prevalencia de citología convencional anormal fue de 2.2% de la cual fue mayor el grupo etario de 30 a 34 años de edad, la prevalencia estimada de NIC I fue 0.44% y NIC I, II (0.88%). Todos los casos con presencia de NIC resultaron tener infección con PVH oncogénico (50).

**Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú.** En el año 2014 en Ica, Perú se realizó un estudio en pacientes con biopsia positiva compatible con cáncer de cérvix donde se determinaron los factores clínicos epidemiológicos más frecuentes de cáncer cervicouterino. En el cual los hallazgos fueron; 25.9% para carcinoma invasivo y 74.1 para lesiones intraepiteliales de alto grado. Las características ginecobstétricas resaltantes fueron 59.3% en multigestas; 55.6% en multíparas; menarquia igual o mayor a 15 años 25.9% y 33.3% respectivamente (51).

**Frecuencia del cáncer de útero en la Región Junín-2013.** En el departamento de Junín en el año 2013 se realizó una investigación a pacientes femeninas de 18 a 70 años. Donde se determinó la frecuencia de cáncer de cuello uterino a través del Papanicolau, los resultados reportaron que Huancayo ocupó el primer lugar en las estadísticas con un 60% seguido de la Selva Central con un 37%, respecto a los factores de riesgo más del 50% reportaban cambios por PVH en las células cervicales(52).

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología**

#### **3.1. Diseño del Estudio**

Descriptivo, retrospectivo de tipo transversal.

#### **3.2. Población**

Fichas de estudios citológicos cérvico-uterinos de pacientes referidas, ambulatorias y hospitalizadas del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Huancayo- Perú. Del año 2015. Total de población 31488.

##### **3.2.1. Criterios de Inclusión**

- Fichas de Anatomía patológica que tuvieron los datos completos y cumplan las normas de BETHESDA.

##### **3.2.2. Criterios de Exclusión**

- Fichas clínicas que reportaron datos incompletos.
- Fichas clínicas que reportaron que se realizó el procedimiento de histerectomía.
- Fichas clínicas que reportaron datos inconsistentes en la solicitud de estudio citológico.
- Fichas clínicas que reportaron una inadecuada toma de muestra.
- Fichas clínicas que reportaron un embarazo.
- Fichas clínicas que reportaron poca celularidad

### 3.3. Muestra

Muestras con informes positivos para lesión intraepitelial cervical que cumplan con los criterios de inclusión y la calidad según la Guía Bethesda 2014 del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé.

### 3.4. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
<b>Principal:</b> Lesiones Intraepiteliales	Presencia de anomalías en las células escamosas	Ficha de estudio citológico	nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo grado</li> <li>• ASCUS</li> <li>• ACS-H</li> <li>• Alto grado</li> </ul>
<b>Secundarias:</b> Edad	Tiempo de vida de la mujer en años.	Ficha de estudio citológico	discreta	Números naturales enteros
Edad de la primera relación sexual	Es la edad en que la mujer ha iniciado su actividad sexual	Ficha de estudio citológico	discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 a 12</li> <li>• 13 a 15</li> <li>• 16 a 18</li> <li>• 18 a mas</li> </ul>
Número hijos	Es la cantidad de hijos procreados por la mujer	Ficha de estudio citológico	discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0 a 1</li> <li>• 1 a 2</li> <li>• 3 a mas</li> </ul>
Menarquia	Es la edad en que la mujer ha tenido su primera menstruación	Ficha de estudio citológico	discreta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 8 a 10</li> <li>• 11 a 13</li> <li>• 14 a 16</li> </ul>
Método anticonceptivo	Es el tipo de método anticonceptivo que usa la mujer	Ficha de estudio citológico	nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preservativo</li> <li>• Ampollas</li> <li>• BTB</li> <li>• Pastillas</li> <li>• DIU</li> </ul>
Lugar de procedencia	Sector donde radica la mujer	Ficha de estudio citológico	nominal	Provincias de la región Junín

### **3.5. Procedimientos y Técnicas**

- Autorización del jefe del servicio: A través de un documento se pidió la respectiva autorización para el desarrollo del proyecto de tesis.
- Permiso para contar con fichas de estudio citológico: Se pidió permiso al jefe del área para contar con las fichas de estudio citológico y resultados de las pacientes que se realizaron el estudio cervicovaginal.
- Evaluación de fichas de estudio citológico: En coordinación con el jefe del Servicio de Anatomía Patológica y Licenciados que laboran en el área, se revisó las fichas de todas las pacientes del año 2015, juntamente con la búsqueda en la base de datos del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de la historias clínicas de la pacientes que presentaron estudio cervicouterino anormal.
- Recolección y registros de datos en la hoja de trabajo Excel: Estos datos fueron registrados en una ficha de recolección de datos, después se elaboró una base de datos y el análisis estadístico respectivo en el programa Excel.

### **3.6. Plan de Análisis de Datos**

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 23.0. Se determinaron medidas de tendencia central y desviación estándar. Se emplearon tablas de frecuencia, de contingencia y gráficos en la presentación de los resultados. Asimismo, se utilizó los porcentajes para establecer la prevalencia de la variable principal.

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1. Resultados

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la evaluación, respecto a las Lesiones Intraepiteliales Cervicales, en las pacientes que fueron referidas de las diferentes Redes Asistenciales, las que asistieron en forma ambulatoria y las hospitalizadas del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” de Huancayo, en el año 2015.

##### 4.1.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

###### Edad de la muestra

**Tabla Nº 1:** Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	31488
Media	37,02
Desviación estándar	±10,90
Edad mínima	18
Edad máxima	60

Fuente: Elaboración propia

La muestra, formada por 31488 pacientes del sexo femenino que fueron atendidas en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” de Huancayo, en el año 2015, fueron evaluadas respecto a las Lesiones Intraepiteliales Cervicales, presentó una edad promedio de 37,02 años, con una desviación estándar o típica de  $\pm 10,90$  años y un rango de edad que iba desde los 18 a los 60 años. Este rango de edades ha sido clasificado en seis grupos etáreos que se muestran en la tabla Nº 2.

## Grupos etáreos de la muestra

Tabla Nº 2: Grupos etáreos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 18 a 24 años	4864	15,4	15,4
de 25 a 31 años	6400	20,3	35,8
de 32 a 38 años	7424	23,6	59,3
de 39 a 45 años	4096	13,0	72,4
de 46 a 52 años	4608	14,6	87,0
de 53 a 60 años	4096	13,0	100,0
Total	31488	100,0	

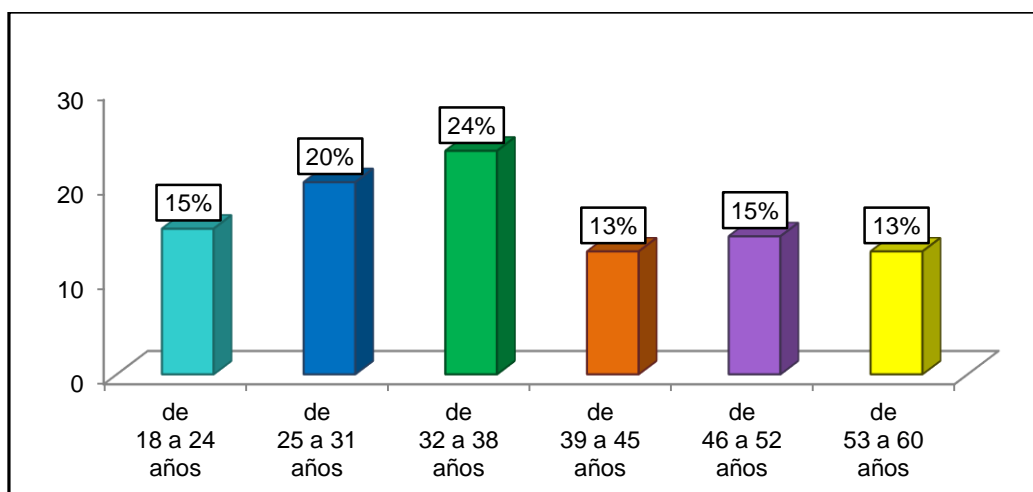


Figura Nº 1: Grupos etáreos de la muestra

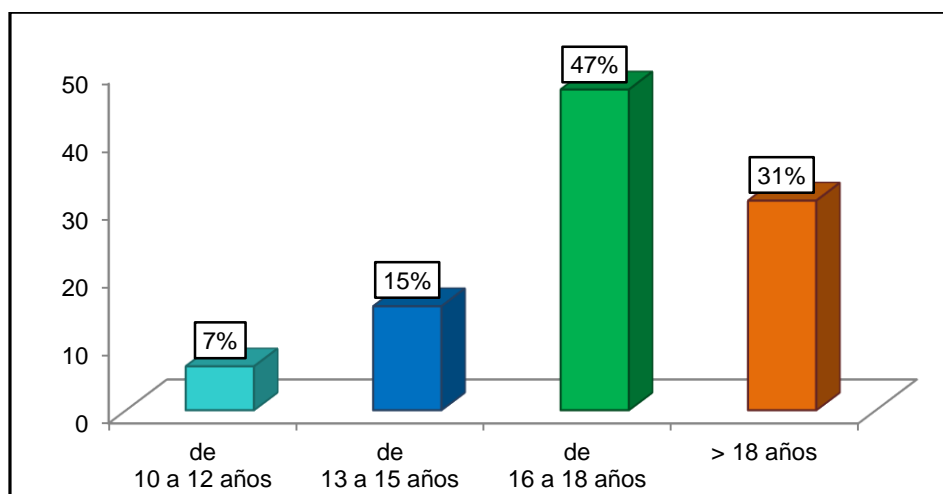
La tabla Nº 2 presenta la distribución por grupos etáreos de la muestra. 4864 pacientes, que fueron evaluados respecto a las a Lesiones Intraepiteliales Cervicales, tenían entre 18 y 24 años; 6400 pacientes tenían entre 25 a 31 años de edad; 7424pacientes tenían entre 32 a 38 años de edad; 4096 tenían entre 39 a 45 años de edad, 4608 tenían entre 46 y 52 años de edad y 4096 tenían entre 53 a 60 años de edad. Se observa que la mayor parte de la

muestra eran mujeres cuyas edades eran entre 32 y 38 años de edad. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 1.

### Inicio sexual de la muestra

**Tabla N° 3:** Inicio sexual de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 10 a 12 años	2048	6,5	6,5
de 13 a 15 años	4864	15,4	22,0
de 16 a 18 años	14848	47,2	69,1
> 18 años	9728	30,9	100,0
Total	31488	100,0	



**Figura N° 2:** Inicio sexual de la muestra

La tabla N° 3 presenta la distribución de la muestra por inicio sexual. 2048 mujeres tuvieron su primera relación sexual entre los 10 y 12 años; 4864 tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 15 años; 14848 tuvieron su primera relación sexual entre los 16 y 18 años y 9728 mujeres tuvieron su primera relación sexual después de los 18 años. La mayor parte de la muestra

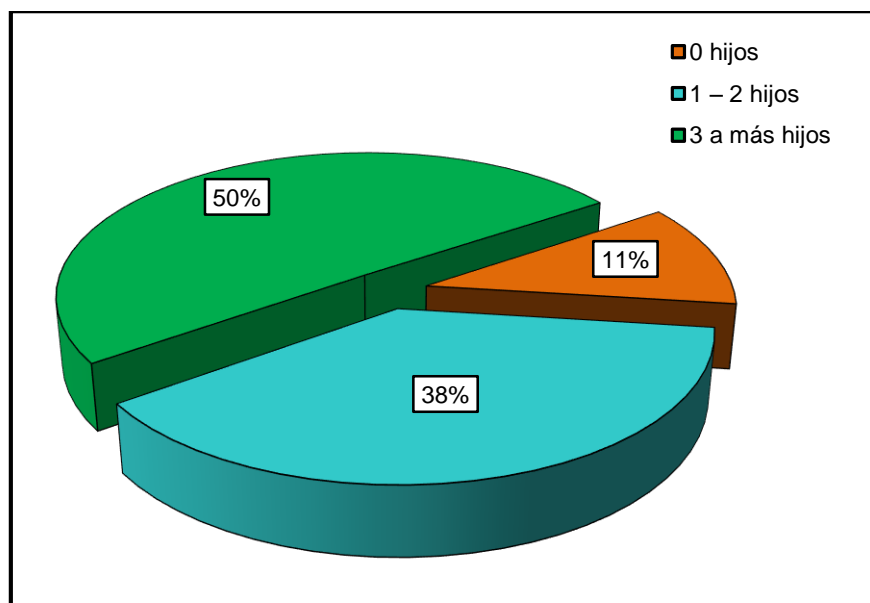


tuvo su primera relación sexual entre los 16 y 18 años de edad. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 2.

### Número de hijos de la muestra

**Tabla N° 4:** Número de hijos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0 hijos	3584	11,4	11,4
1 – 2 hijos	12032	38,2	49,6
3 a más hijos	15872	50,4	100,0
Total	31488	100,0	



**Figura N° 3:** Número de hijos de la muestra

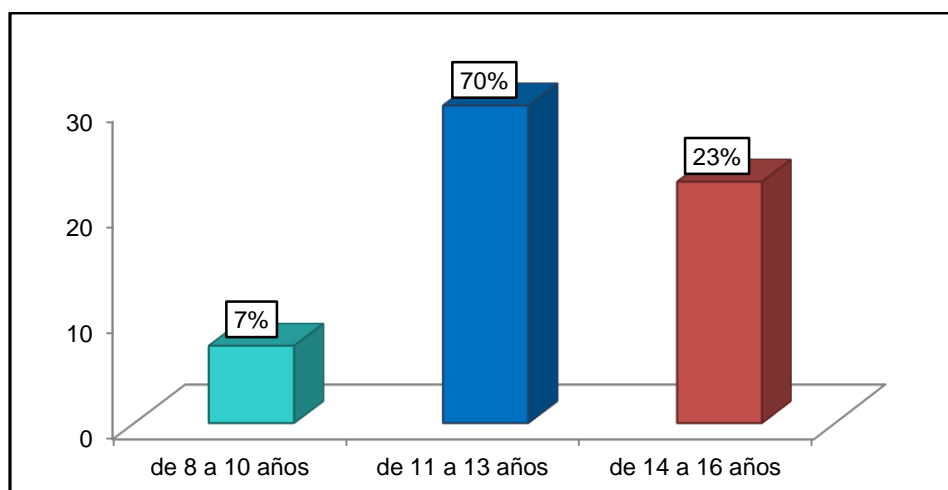
La tabla N° 4 presenta la distribución de la muestra por el número de hijos que habían tenido. 3584 pacientes no habían tenido ningún hijo; 12032 pacientes habían tenido entre 1 y 2 hijos y 15872 pacientes habían tenido 3 o más hijos.

Se observa que la mayor parte de la muestra había tenido 3 o más hijos. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 3.

### Menarquia de la muestra

**Tabla N° 5:** Primera menstruación de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 8 a 10 años	2304	7,3	7,3
de 11 a 13 años	22016	69,9	77,2
de 14 a 16 años	7168	22,8	100,0
Total	31488	100,0	



**Figura N° 4:** Primera menstruación de la muestra

La tabla N° 5 presenta la distribución de la muestra por menarquia de la muestra. 2304 pacientes tuvieron su primera menstruación entre los 8 y 10 años; 22016 pacientes tuvieron su primera menstruación entre los 11 y 13 años y 7168 pacientes tuvieron su primera menstruación entre los 14 y 16 años. Se observa que la mayoría de la muestra tuvo su primera menstruación entre los 11 y 13 años de edad. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 4.

## Método anticonceptivo usado por la muestra

Tabla Nº 6: Métodos anticonceptivos usados por la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Preservativo	9216	29,3	29,3
Inyectables	5888	18,7	48,0
MELA	1280	4,1	52,0
BTB	2304	7,3	59,3
Pastillas orales	4608	14,6	74,0
DIU	1024	3,3	77,2
No usa	7168	22,8	100,0
Total	31488	100,0	

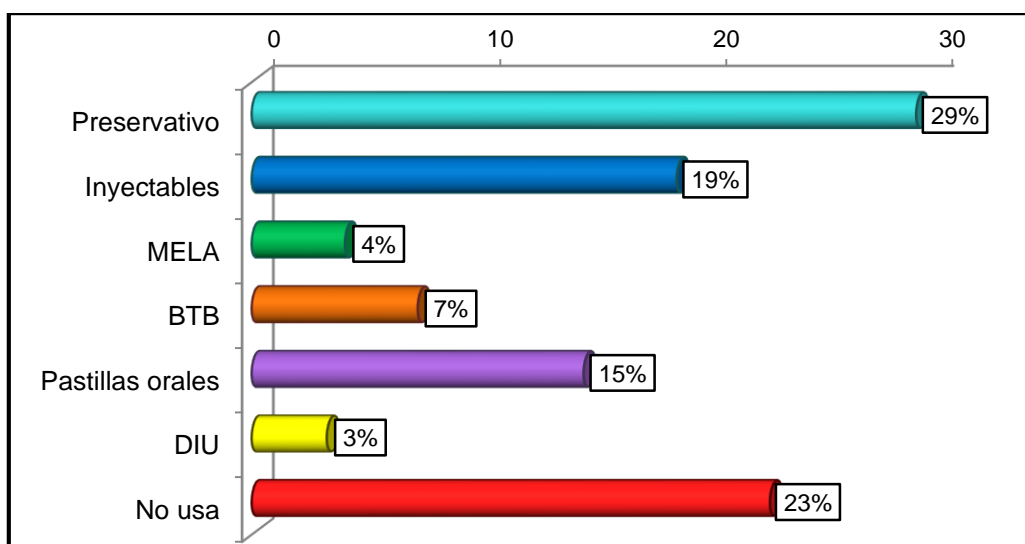


Figura Nº 5: Métodos anticonceptivos usados por la muestra

La tabla Nº 6 presenta los métodos anticonceptivos que usaba la muestra. 9216 pacientes usaban el preservativo como método anticonceptivo; 5888 inyectables como método anticonceptivo; 1280 usaban el MELA como método anticonceptivo; 2304 pacientes usaban el BTB como método anticonceptivo; 4608 pacientes usaban anticonceptivos orales como método anticonceptivo; 1024 usaban el DIU como método anticonceptivo y 7168 pacientes no usaban ningún método anticonceptivo. Se observa que la mayor parte de la muestra

usaba el preservativo como método anticonceptivo. Los porcentajes se muestran en la figura N° 5.

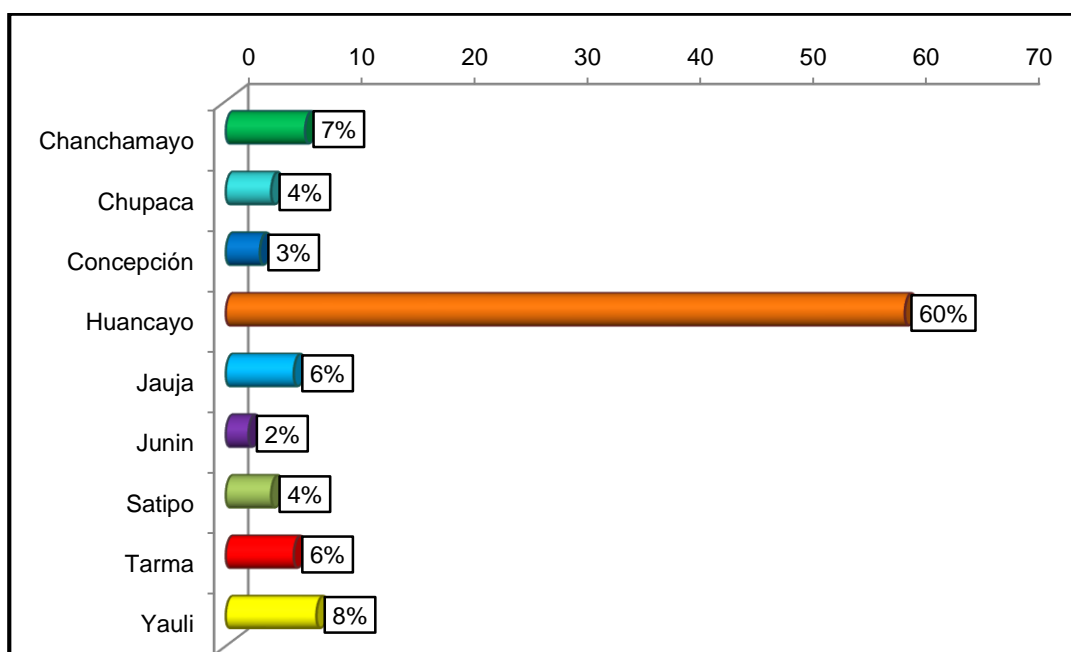
### Lugar de procedencia de la muestra

**Tabla N° 7:** Distribución de la muestra por procedencia

	Redes asistenciales de ESSALUD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Chanchamayo</b>	CAP I Pichanaqui	314	1,00	72,9
	Hospital Selva Central La Merced	1940	6,2	79,1
<b>Chupaca</b>	CAP Chupaca	1350	4,3	29,5
<b>Concepción</b>	Concepción	1055	3,4	66,5
<b>Huancayo</b>	CAP III Mantaro	3876	12,3	12,3
	CAP II Chilca	4052	12,9	25,2
	Policlínico Metropolitano	10592	33,6	63,1
	Hospital Ramiro Priale	416	1,2	100,0
<b>Jauja</b>	Jauja	1715	5,4	71,9
<b>Junín</b>	P.M. Junín	503	1,6	87,1
<b>Satipo</b>	Hospital I Rio Negro	1161	3,7	90,8
<b>Tarma</b>	Hospital I Tarma	1953	6,2	85,3
	P.M- San Pedro de Cajas	56	0,2	85,5
<b>Yauli</b>	Hospital II La Oroya	2505	8,0	98,8
Total		31488	100,0	

La tabla N° 7 presenta la distribución por lugar de procedencia de la muestra. La mayor parte de los pacientes (18936), procedían de la Red Asistencial de Huancayo; 2505 pacientes procedían de la Red Asistencial de Yauli; 2254 pacientes procedían de la Red Asistencial de Chanchamayo; 2009 pacientes

procedían de la Red Asistencial de Tarma; 1715 pacientes procedían de la Red Asistencial de Jauja; 1350 pacientes procedían de la Red Asistencial de Chupaca; 1161 pacientes procedían de la Red Asistencial de Satipo; 1055 pacientes procedían de la Red Asistencial de Concepción; 503 pacientes procedían de la Red Asistencial de Junín. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 6.

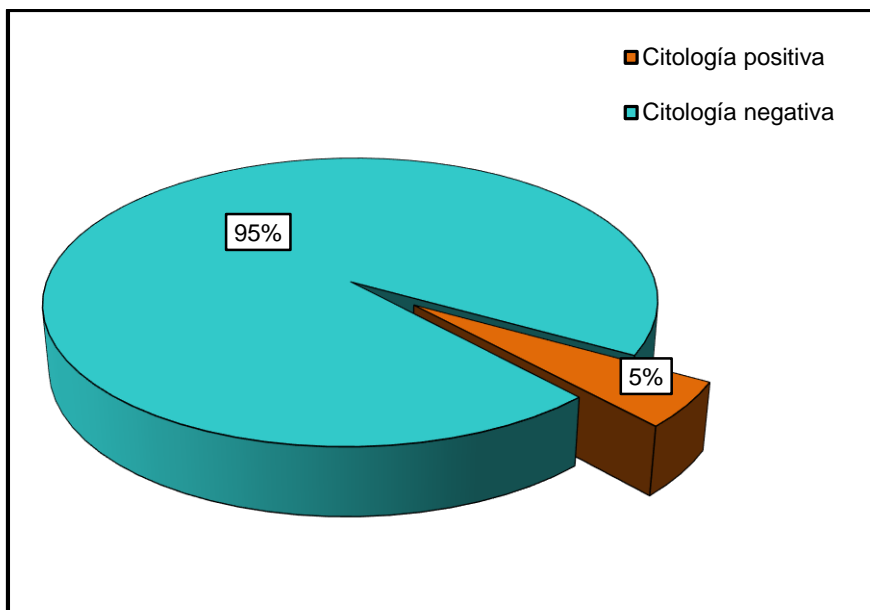


**Figura N° 6:** Lugar de procedencia de la muestra

#### 4.1.2. Prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra

**Tabla N° 8:** Prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Citología positiva	1536	4,9	4,9
Citología negativa	29952	95,1	100,0
Total	31488	100,0	



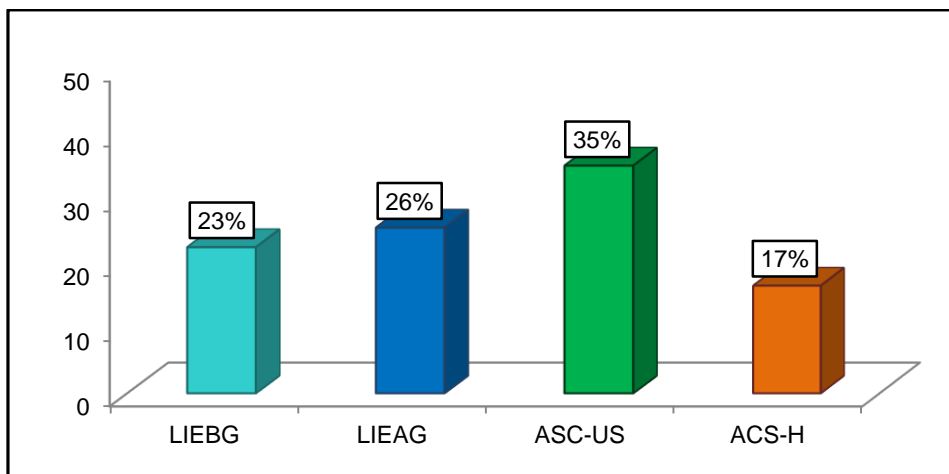
**Figura N° 7:** Prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra

La tabla N° 8 presenta la prevalencia de las Lesiones Intraepiteliales Cervicales de la muestra. 1536 pacientes presentaron Lesiones Intraepiteliales Cervicales mientras que 29952 pacientes no presentaban lesiones intraepiteliales cervicales. La prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra fue del 4,9%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 7.

### **Tipos de lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra**

**Tabla N° 9:** Tipos de lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
LIEBG	347	22,6	22,6
LIEAG	394	25,6	48,2
ASC-US	539	35,1	83,3
ACS-H	256	16,7	100,0
Total	1536	100,0	



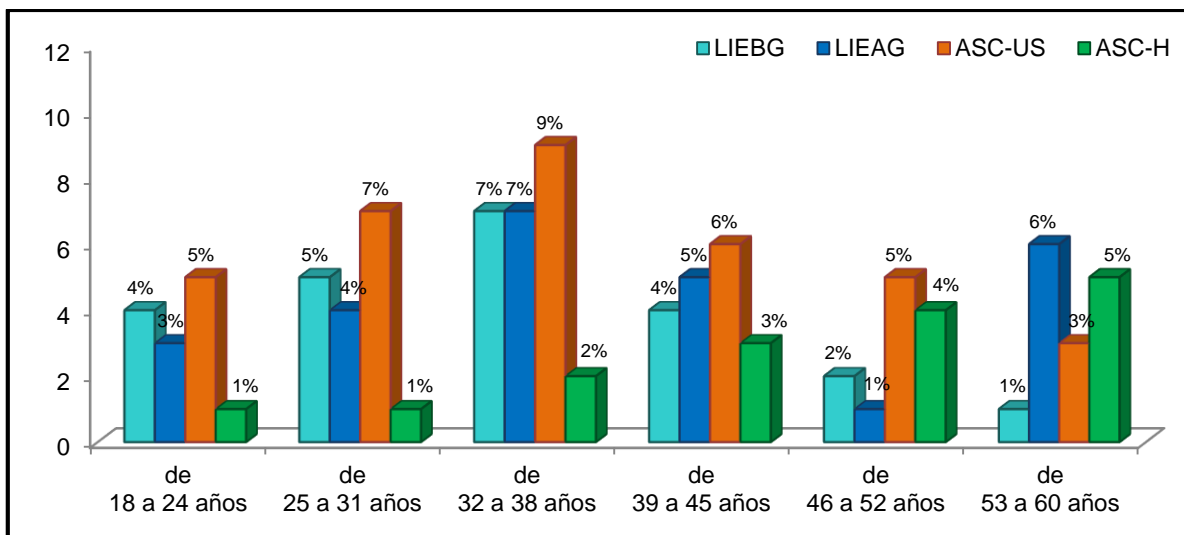
**Figura N° 8:** tipos de lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra

La tabla N° 9 presenta los tipos de Lesiones Intraepiteliales Cervicales de la muestra. 347 pacientes tenían LIEBG (Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado); 394 pacientes tenían LIEAG (Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado); 539 pacientes padecían de ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado) y 256 pacientes padecían de ASC-H (Células Escamosas Atípicas con lesiones de alto grado que no pueden ser excluidas de lesiones intraepiteliales de bajo grado). Se observa que el tipo de Células Escamosas Atípica de Significado Indeterminado (ASC-US) fue prevalente con un 35,1%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 8.

### Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra por grupos etáreos

**Tabla N° 10:** Lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por grupos etáreos

	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total
	LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H	
de 18 a 24 años	54	42	82	14	192
de 25 a 31 años	72	60	103	22	257
de 32 a 38 años	106	102	138	34	380
de 39 a 45 años	65	80	97	50	292
de 46 a 52 años	32	20	72	64	188
de 53 a 60 años	18	90	47	72	227
Total	347	394	539	256	1536



**Figura N° 8:** Lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por grupos etáreos

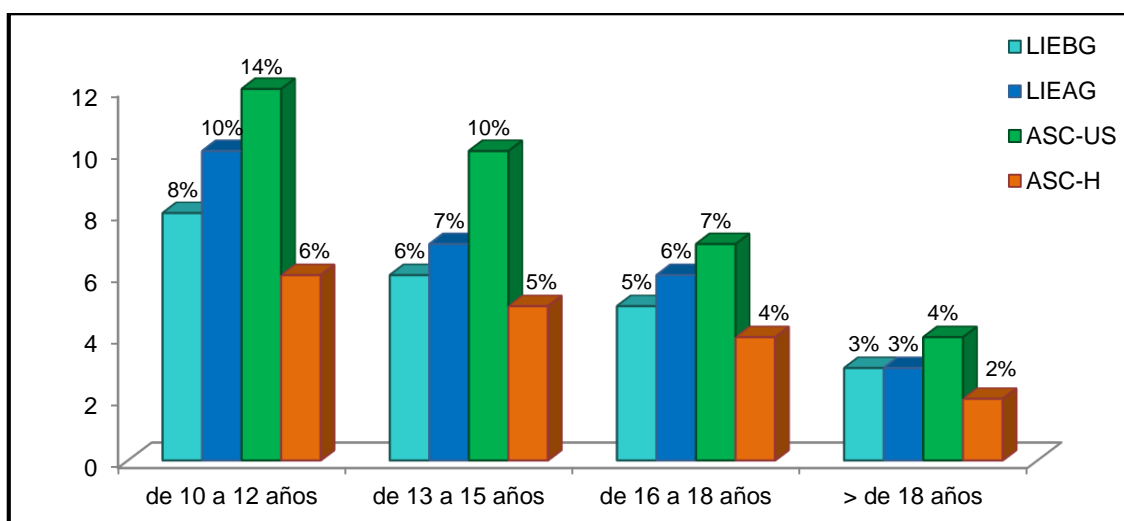
La tabla N° 10 presenta las Lesiones Intraepiteliales Cervicales de la muestra por grupos etáreos. En las pacientes que tenían de 18 a 24 años, 54 tenían LIEBG; 42 tenían LIEAG; 82 tenían ASC-US y 14 tenían ASC-H. En las pacientes que tenían de 25 a 31 años, 72 tenían LIEBG; 60 tenían LIEAG; 103 tenían ASC-US y 22 tenían ASC-H. En las pacientes que tenían de 32 a 38 años, 106 tenían LIEBG; 102 tenían LIEAG; 138 tenían ASC-US y 34 tenían ASC-H. En las pacientes que tenían de 39 a 45 años, 65 tenían LIEBG; 80 tenían LIEAG; 97 tenían ASC-US y 50 tenían ASC-H. En las pacientes que tenían de 46 a 52 años, 32 tenían LIEBG; 20 tenían LIEAG; 72 tenían ASC-US y 64 tenían ASC-H. En las pacientes que tenían de 53 a 60 años, 18 tenían LIEBG; 90 tenían LIEAG; 47 tenían ASC-US y 72 tenían ASC-H. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que tenían entre 32 y 38 años de edad, con un 24,7%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 9.



## Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra según inicio de las relaciones sexuales

**Tabla N° 11:** Lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por inicio de las relaciones sexuales

	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total
	LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H	
de 10 a 12 años	128	155	212	98	590
de 13 a 15 años	96	112	156	71	435
de 16 a 18 años	77	70	102	54	318
> de 18 años	43	44	69	33	193
Total	347	394	539	256	1536



**Figura N° 9:** Lesiones intraepiteliales de la muestra por inicio de las relaciones sexuales

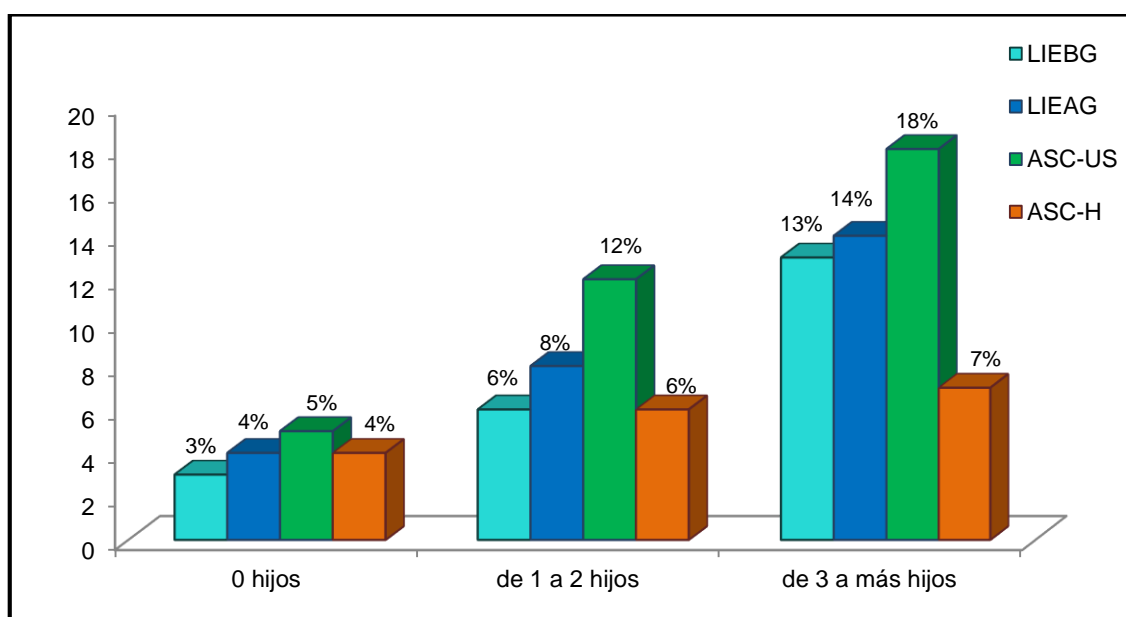
La tabla N° 11 presenta las Lesiones Intraepiteliales Cervicales de la muestra según inicio de las relaciones sexuales. En las pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 10 a 12 años, 128 tenían LIEBG; 155 tenían LIEAG; 212 tenían ASC-US y 98 tenían ASC-H. En las pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 13 a 15 años, 96 tenían LIEBG; 112 tenían LIEAG; 156 tenían ASC-US y 71 tenían ASC-H. En las pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales entre los 16 a 18 años, 77 tenían LIEBG; 70 tenían LIEAG; 102 tenían ASC-US y 54 tenían ASC-H. En las pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales cuando tenían más de 18 años, 43 tenían LIEBG; 44

tenían LIEAG; 69 tenían ASC-US y 33 tenían ASC-H. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que habían iniciado su actividad sexual entre los 10 a 12 años, con un 38,4%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 10.

### Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra según número de hijos

**Tabla N° 12:** Lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por número de hijos

	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total
	LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H	
0 hijos	52	58	84	55	249
de 1 a 2 hijos	97	130	176	98	501
de 3 a más hijos	198	206	279	103	786
Total	347	394	539	256	1536



**Figura N° 11:** Lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por número de hijos

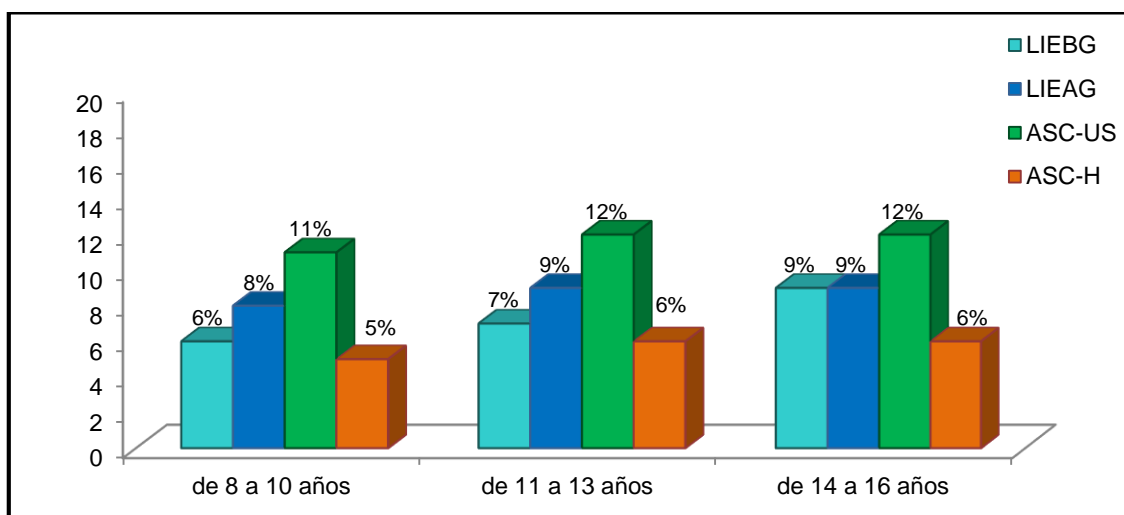
La tabla N° 12 presenta las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra según número de hijos. En las pacientes que no habían tenido ningún hijo, 52 tenían LIEBG; 58 tenían LIEAG; 84 tenían ASC-US y 55 tenían ASC-H. En las

pacientes que habían tenido entre 1 y 2 hijos, 97 tenían LIEBG; 130 tenían LIEAG; 176 tenían ASC-US y 98 tenían ASC-H. En las pacientes que habían tenido entre 3 o más hijos, 198 tenían LIEBG; 206 tenían LIEAG; 279 tenían ASC-US y 103 tenían ASC-H. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que habían tenido 3 o más hijos, con un 51,2%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 11.

### Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra según la menarquia

**Tabla N° 13:** Lesiones intraepiteliales de la muestra según la menarquia

	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total
	LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H	
de 8 a 10 años	98	120	171	80	459
de 11 a 13 años	104	132	178	86	500
de 14 a 16 años	145	142	190	90	567
Total	347	394	539	256	1536



**Figura N° 12:** Lesiones intraepiteliales de la muestra según la menarquia

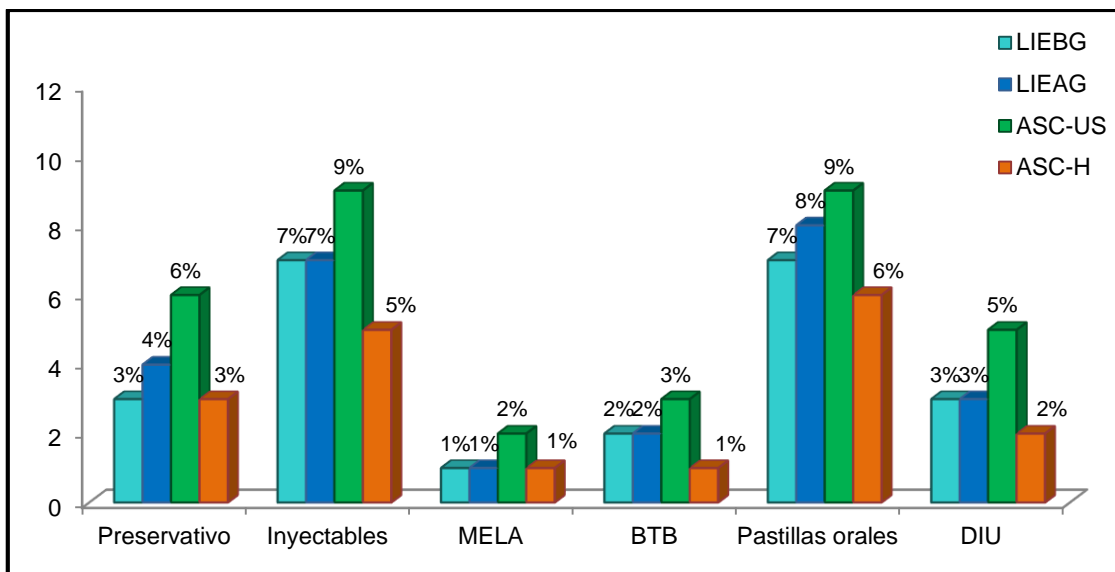
La tabla N° 13 presenta las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra según la menarquia. En las pacientes que iniciaron su actividad menstrual entre

los 8 a 10 años, 98 tenían LIEBG; 120 tenían LIEAG; 171 tenían ASC-US y 80 tenían ASC-H. En las pacientes que iniciaron su actividad menstrual entre los 11 a 13 años, 104 tenían LIEBG; 132 tenían LIEAG; 178 tenían ASC-US y 86 tenían ASC-H. En las pacientes que iniciaron su actividad menstrual entre los 14 a 16 años, 145 tenían LIEBG; 142 tenían LIEAG; 190 tenían ASC-US y 90 tenían ASC-H. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que habían tenido su primera menstruación entre los 14 y 16 años, con un 36,9%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 12.

### **Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra según el método anticonceptivo**

**Tabla N° 14:** Lesiones intraepiteliales de la muestra según método anticonceptivo usado

	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total
	LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H	
Preservativo	47	58	94	42	241
Inyectables	104	110	143	70	427
MELA	14	19	28	12	73
BTB	26	32	44	10	112
Pastillas orales	114	123	158	86	481
DIU	42	52	72	36	202
Total	347	394	539	256	1536



**Figura N° 13:** Lesiones intraepiteliales de la muestra según método anticonceptivo usado

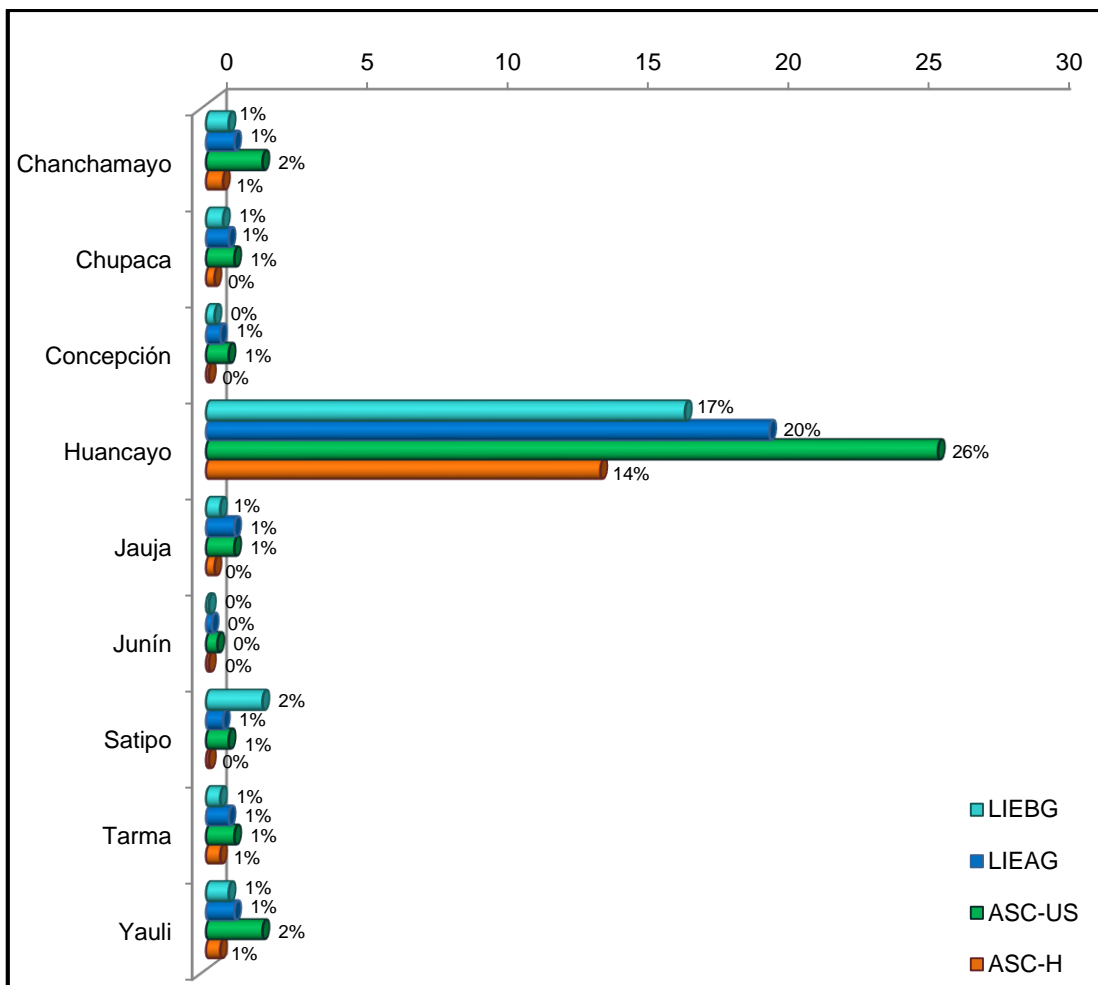
La tabla N° 14 presenta las Lesiones Intraepiteliales Cervicales de la muestra según el método anticonceptivo que usaban. En las pacientes que usaban el preservativo como método anticonceptivo, 47 tenían LIEBG; 58 tenían LIEAG; 94 tenían ASC-US y 42 tenían ASC-H. En las pacientes que usaban inyectables como método anticonceptivo, 104 tenían LIEBG; 110 tenían LIEAG; 143 tenían ASC-US y 70 tenían ASC-H. En las pacientes que usaban el MELA como método anticonceptivo, 14 tenían LIEBG; 19 tenían LIEAG; 28 tenían ASC-US y 12 tenían ASC-H. En las pacientes que usaban el BTB como método anticonceptivo, 26 tenían LIEBG; 32 tenían LIEAG; 44 tenían ASC-US y 10 tenían ASC-H. En las pacientes que usaban pastillas orales como método anticonceptivo, 114 tenían LIEBG; 123 tenían LIEAG; 158 tenían ASC-US y 86 tenían ASC-H. En las pacientes que usaban el DIU como método anticonceptivo, 42 tenían LIEBG; 52 tenían LIEAG; 72 tenían ASC-US y 36 tenían ASC-H. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que habían tenían como método anticonceptivo las

pastillas orales, con un 31,3%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 13.

### **Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra según lugar de procedencia**

**Tabla N° 15:** Lesiones intraepiteliales de la muestra según lugar de procedencia

Lugar	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total	Porcentaje
	LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H		
<b>Chanchamayo</b>	12	15	25	9	61	4,0%
<b>Chupaca</b>	9	12	18	5	44	2,9%
<b>Concepción</b>	4	8	12	2	26	1,7%
<b>Huancayo</b>	260	304	404	218	1186	77,2%
<b>Jauja</b>	8	14	19	4	45	3,0%
<b>Junín</b>	2	3	6	1	12	0,8%
<b>Satipo</b>	32	9	13	2	56	3,6%
<b>Tarma</b>	8	13	16	7	44	2,8%
<b>Yauli</b>	12	16	26	8	62	4,0%
<b>Total</b>	347	394	539	256	1536	100,0%



**Figura N° 14:** Lesiones intraepiteliales según lugar de procedencia de la muestra

La tabla N° 15 presenta las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por lugar de procedencia. De las pacientes que presentaban lesiones intraepiteliales cervicales, el 4,0% procedía de Chanchamayo; el 2,9% procedía de Chupaca; el 1,7% procedía de Concepción; el 77,2% procedía de Huancayo; el 3,0% procedía de Jauja; el 0,8% procedía de Junín; el 3,6% procedía de Satipo; el 2,8% procedía de Tarma y el 4,0% procedía de Yauli. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que procedían de Huancayo con un 77,2%. Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura N° 14.

## Lesiones intraepiteliales Cervicales de la muestra según Redes Asistenciales

**Tabla N° 16:** Lesiones intraepiteliales de la muestra según Redes asistenciales

	Redes asistenciales de ESSALUD	Lesiones Intraepiteliales Cervicales				Total	Porcentaje
		LIEBG	LIEAG	ASC-US	ASC-H		
<b>Chanchamayo</b>	CAP I Pichanaqui	0	0	3	0	3	0,2%
	Hospital Selva Central La Merced	12	15	22	9	58	3,8%
<b>Chupaca</b>	CAP Chupaca	9	12	18	5	44	2,9%
<b>Concepción</b>	Concepción	4	8	12	2	26	1,7%
<b>Huancayo</b>	CAP III Mantaro	48	56	76	43	223	14,5%
	CAP II Chilca	52	67	89	47	255	16,6%
	Policlínico Metropolitano	159	178	234	128	699	45,5%
	Hospital Ramiro Priale	1	3	5	0	9	0,6%
<b>Jauja</b>	Jauja	8	14	19	4	45	2,9%
<b>Junín</b>	P.M. Junín	2	3	6	1	12	0,8%
<b>Satipo</b>	Hospital I Rio Negro	32	9	13	2	56	3,6%
<b>Tarma</b>	Hospital I Tarma	8	13	14	7	42	2,7%
	P.M- San Pedro de Cajas	0	0	2	0	2	0,1%
<b>Yauli</b>	Hospital II La Oroya	12	16	26	8	62	4,0%
Total		347	394	539	256	1536	100,0%

La tabla N° 18 presenta las lesiones intraepiteliales cervicales de la muestra por Redes Asistenciales de ESSALUD. Las pacientes que presentaban lesiones intraepiteliales cervicales, en su gran mayoría eran referidas del CAP III Mantaro (14,5%); del CAP II Chilca (16,6%); del Policlínico Metropolitano



(45;5%); del Hospital II de La Oroya (4,0%); del Hospital Selva Central La Merced (3,8%) y del Hospital I Rio Negro (3,6%).

#### **4.2. Discusión**

El cáncer del cuello uterino (CaCu) es el segundo cáncer más frecuente en mujeres en el mundo (3). En países de América Latina, los datos de alteraciones citológicas cervicales son muy variables, pero la gran mayoría de estas alteraciones corresponden a ASCUS (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado) (44), al igual que este actual estudio.

En este presente estudio se evaluó a una población de 31488 pacientes correspondiente al año 2015, donde se obtuvo como resultado (4,9%) de casos positivos para Lesiones Intraepiteliales Cervicales, de ellas el (35%) correspondió ASC-US (Células Escamosas Atípicas de Significado Indeterminado); (26%) correspondió LIEAG (Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado); 23% correspondió a LIEBG (Lesiones Intraepiteliales de Bajo Grado) y (17%) ASC-H (Células Escamosas Atípicas con lesiones de alto grado que no pueden ser excluidas de lesiones intraepiteliales de bajo grado), estos resultados son similares al estudio realizado en Lima 2011- 2013(1) donde se registraron 118016 casos, 4621 casos positivos para anomalías cervico-uterinas, con prevalencia de (4,11%). En otro estudio realizado en Brasil durante los años 2003 al 2010 reportaron el (4.1%) atipias de células escamosas (ASCU-S); 3.2% lesiones de bajo grado y 2.5% lesiones de alto grado (44).

En nuestro grupo de estudio la prevalencia de lesiones intraepiteliales fue en el grupo de edad 32 a 38 años (24.7%). Bautista F, Vallejos C (50) mencionan en

su estudio realizado a 1142 madres en el año 2012 en Perú, el (4.3%) de citologías convencionales anormales fue mayor en el grupo de 30 a 34 años de edad, La edad media encontrada en los diferentes estudios publicados no difiere de la nuestra, en otro estudio en Colombiana (30) en cuanto a la edad, se encontró que las anormalidades citológicas están ausentes en menores de 16 años, muy escasas en las mayores de 64 años, siendo más frecuentes en los grupos de 35-44 años, 16-34 años y 45-64 años, datos que han sido informados previamente en este estudio.

La edad de la primera relación sexual es cada vez más temprana, varios estudios expresan que la mayoría de los casos con lesiones de alto grado iniciaron sus relaciones sexuales con 16 años o menos. El cual es uno de los cofactores importantes en la aparición del cáncer del cuello uterino (46). El inicio de vida sexual a edad temprana fue otro de los factores encontrados con mayor porcentaje en menores de 15 años de 10 a 12 años, con un 38,4%, de 13 a 15 años 28.3%, tanto en este estudio como otros reportados (49,51). Estas conductas sexuales riesgosas evidenciadas en estas mujeres como la sexarquía temprana, la falta de pareja estables y el elevado número de compañeros sexuales a lo largo de sus vidas, el cual predisponen a estas mujeres a una mayor probabilidad de presentar no solo cáncer de cuello uterino, sino también infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados. Venezuela 2013(45)

Otro factor para la presentación de estas alteraciones cervicales que son mencionadas por muchos autores también se presentó en la población estudiada, que existe el factor de riesgo en relación a la multiparidad (12,48,49,51). En un estudio (28) asocia este factor porque causa la

inmunosupresión lo cual aumenta la posibilidad de contraer infecciones y las modificaciones hormonales del embarazo modulan localmente la respuesta inmune. En este estudio se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en mujeres que habían tenido 3 o más gestas, con un 51,2%, sin embargo en algunas investigaciones han demostrado que no existe relación multiparidad con lesiones pre neoplásicas (30,50).

Respecto a la menarquia, en este estudio se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que habían tenido su primera menstruación entre los 14 y 16 años, con un 36,9%. Similar a un estudio publicado en Culiacán (45) donde las pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino presentaron menarquia a los 14 años de edad (30%). En numerosas investigaciones la menarquia tardía se ha asociado con el incremento de padecer lesiones intraepiteliales cervicales, por lo que es importante mantener con mayor vigilancia a este grupo de pacientes.

El porcentaje de pacientes que utilizó anticoncepción hormonal fue de 31,3% lo que se asemeja en un estudio publicado Ica 2014(51) donde aseguran que el empleo de anticoncepción hormonal a largo plazo comparado con mujeres que nunca los han usado, hay mayor riesgo de cáncer cervicouterino, sobre todo en periodos iguales o mayores a 5 años de 4 a 6.7/1000. No se incluyó en este presente estudio el tiempo de empleo de método de anticoncepción oral para comparar con el estudio publicado. En otra publicación (33) existe la relación de cáncer de cuello de útero y el uso de anticonceptivos usados por más de 5 años, además de la posible activación que pueden ejercer estos sobre la infección por el virus del papiloma humano.

Finalmente se consideró las nuevas provincias del departamento de Junín en relación al lugar de procedencia para la prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales, Huancayo presentó la mayor concentración con un 77,2%; seguido de Yauli con un 4,0%; Chanchamayo con el 4,0%; Satipo con el 3,6%; Jauja con el 3,0%; Chupaca con el 2,9%; Tarma con el 2,8%; Concepción con el 1,7%; Junín con el 0,8%. Los datos reflejan una diferencia marcada entre Huancayo y las demás provincias para dichas lesiones intraepiteliales. Durante el 2013 (52) en una investigación, se registraron mil 131 casos de cáncer de cuello uterino en la región Junín, donde Huancayo ocupó el primer lugar en las estadísticas con un 60% seguido de la Selva Central con un 37%, resultados similares al presente estudio.

#### **4.3. Conclusiones**

1. Se concluye por el estudio, que la prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales uterinas de los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015 es de 5%. La cual es relativamente similar comparado a otros estudios nacionales.
2. Este estudio permite concluir que la lesión tipo ASCUS (Células Escamosas Atípica de Significado Indeterminado), es la más prevalente, 43.3%; situación que también ratifica estudios nacionales e internacionales tratados en este tema. Este hecho refleja el curso natural del cáncer de cuello uterino, debido al inicio de los cambios atípicos hacia el porcentaje de estos, que desarrollan a alteraciones citológicas más indiferenciadas y de mayor complejidad.

3. El mayor porcentaje de lesiones intraepiteliales cervicales se observó en las edades comprendidas de 32 y 38 años de edad, con un 24,7%. La investigación nos da a conocer una tendencia, ya demostrada en estudios similares, entre la edad, y las lesiones intraepiteliales cervicales. El grupo etario más frecuentemente asociado se encuentran entre la tercera y cuarta década de la vida. Esta asociación probablemente es causada por su evolución natural, ya que esta patología necesita un periodo de tiempo necesario para desarrollarse.
4. Con respecto a los factores de riesgo reproductivo, las pacientes que presentaron citología positiva, inició su vida sexual entre 10 a 12 años (38,4%), mucho se ha investigado sobre la inmadurez de la zona de transformación en las adolescentes, lo que las hace más susceptible a los cambios citopáticos inducidos por diferentes enfermedades de transmisión sexual principalmente el Virus de Papiloma Humano.
5. La multiparidad es un factor de riesgo que aumenta el riesgo de cáncer cervical, en este estudio el mayor número lo aportó el grupo de mujeres que habían tenido 3 o más hijos con un 51,2%. Como se mencionó anteriormente la puerta de entrada del VPH es el epitelio erosionado, lo cual es muy frecuente tras los traumas obstétricos.
6. En el presente estudio la mayoría de las mujeres que presentaron lesiones intraepiteliales iniciaron su menstruación entre los 14 y 16 años (36,9%). En numerosos estudios la menarquia tardía se asocia con el incremento de padecer cáncer cervical.
7. El método anticonceptivo mayor empleado en las mujeres que presentaron lesiones intraepiteliales fue pastillas anticonceptivas orales

(31,3%).

8. Se observa que las lesiones intraepiteliales cervicales eran prevalente, en la mujeres que procedían de Huancayo con un 84,7%.

#### **4.4. Recomendaciones**

1. La prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales en el Hospital Nacional en el año 2015 es de 5% si bien se encuentran dentro de los indicadores nacionales establecidos, se recomienda seguir con las medidas de promoción y prevención, con el fin de disminuir estos porcentajes a futuro.
2. Se recomienda incrementar la cobertura del PAP entre las mujeres, una vez que inicien su vida sexual y sobre todo si tienen algún factor de riesgo para cáncer de cuello uterino, mediante estrategias de promoción de la salud.
3. La promoción y prevención de la enfermedad es la base primordial de la salud, también se recomienda el seguimiento continuo, ya que si bien un gran porcentaje de estas lesiones tiene un potencial grado de regresión.
4. Realizar estudios de investigación periódicos en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé para evaluar las incidencias para afrontar y replantear nuevas estrategias de control y prevención de lesiones de cérvix.
5. Ampliar la implementación de la toma de PAP en adolescentes sexualmente activas.
6. Estimular a los diferentes integrantes del equipo de salud, particularmente obstetras y ginecólogos, para incorporar el tamizaje

primario o inspección visual en su práctica asistencial, el cual es sencillo y económico y sirve mucho para orientar un posible diagnóstico en fases muy tempranas del cáncer de cérvix.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moya J, Pio L. Prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza en el hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011- 2013. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2014; 01(3):89-99.
2. Arzuaga MA, De Souza ML, De Azevedo VL. El cáncer de cuello de útero: un problema social mundial. Revista Cubana de Enfermería. 2012; 28(1):63-73.
3. Organización Mundial de la Salud; Nueva guía de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: 3 de diciembre del 2014. Disponible en:  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/preventing-cervical-cancer/es/>
4. Ministerio de Salud. Análisis de la situación del cáncer en el Perú- 2013.1ºed. Perú- noviembre 2013. Disponible en:  
[http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis\\_cancer.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf)
5. Atencio R, Bracho A, Porto L, Callejos D, Gotera J, Pirela N et al. Determinación del virus papiloma humano y virus herpes simple y su posible relación con la presencia y tipo de lesiones preinvasoras del cuello uterino. Rev. Kasmera 2013; 41(2):145-153.
6. Queiroz F, Rocha D, Filho AD, Santos MC. Detection and genotyping of HPV in women with indeterminate cytology and low-grade squamous intraepithelial lesions. J Bras Patol Med Lab, June 2015; 51(3):166-172
7. Pan American Health Organization. A Situational Analysis of Cervical Cancer. 23<sup>rd</sup> ed. Washington.2014.
8. Reyes YI, Sanabria JG, Marrero R. Incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. Rev. Ciencias Médicas. 2014; 18 (5): 753-766.
9. Dirección Regional de Junín. Reporte Estadístico anual de Morbilidad de lesiones intraepiteliales cervicales y cáncer de cuello uterino de la Región Junín. [USB]:2013-2015
10. Monsalve S, Valderrama D, Castillo MF, Guzmán YR, Amaya J. Experiencia de las pacientes frente a citología cervico-vaginal reportada



- como ASCUS o LEI de bajo grado en dos instituciones de Bogotá (Colombia), 2014. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2015; (66):14-21.
11. Lacruz Pelea C, Fariña Gonzáles J. *Citología Ginecológica: de Papanicolau a Bethesda*. Ed. ilustrada: Complutense, 2003.
  12. Medina EA, Parra PA, Neyra E, Perez JA, Sanchez JR, Contreras N. Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. *Rev. Gaceta Mexicana de Oncología*. 2014; 13(1):12-25.
  13. Nayar R, Wilbur DC. *The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology*. 3<sup>rd</sup> ed. Suiza: Spring. 2015.
  14. Carreras R, Xercavins J, Checa MA. *Virus papiloma humano y cáncer de cuello de útero*. 1<sup>a</sup> ed. Buenos Aires, Madrid: Medica Panamericana, 2007.
  15. Grisales H, Vanegas AP, Gaviria AM, Castaño J, Mora MA, Borrero M et al. Prevalencia de anormalidades de células epiteliales y factores asociados en mujeres de un municipio rural colombiano. *Biomédica*. 2008; 28(2): 271-283.
  16. Nucci M, Oliva E. *Gynecologic Pathology*. 1<sup>st</sup> ed. USA: Elsevier; 2009.
  17. De La Torre F. Lesión premaligna escamosa del cuello uterino, un enfoque actualizado. *Patología* 2008; 46(4):332-342.
  18. Lau D, Millan MM, Fajardo Y, Sanchez C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. *Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2012; 38(3):366-377.
  19. Bibbo M, Wilbur D. *Comprehensive Cytopathology*. 3<sup>rd</sup> ed. USA: Elsevier; 2008.
  20. Medina F, Sanchez J, Calderaro F, Borges A, Rennola A, Bermúdez C, et al. *Cáncer de cuello uterino. consenso nacional para el diagnóstico y tratamiento 2010*. *Rev Venez Oncol* 2011; 23 (2):102-129.
  21. Arteaga AC, Castellón RM. Lesión Intraepitelial de Bajo Grado: ¿Manejo Conservador o Intervencionista? *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital*. 2013;1(8):12-20
  22. More A, Moya C, Pino FV, Galvez AM, Espinoza ML, Ávalos JL. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la

- consulta de patología de cuello. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2013; 39(4):354-367.
23. Kuman R, Hedrick L, Ronnett B. Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract. 6<sup>th</sup> ed. USA: Springer; 2011.
24. Álvarez C, Castro E, Virginillo JM, Bruno G, González C, Vallejos J et al. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Rev. Argent. radiol. 2012; 76(2):169-17.
25. Sanabria JG. Virus del Papiloma humano. Rev Ciencias Médicas 2009; 13(4):168-187.
26. Lu B, Kumar A, Castellsagué X, Giuliano A. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: a systematic review & meta-analysis. BioMed 2011; 11(13): 151-162
27. Cabazza ME, Correnti M. Actualidades sobre el Virus Papiloma Humano. Venezuela. 2014. disponible en:  
<http://antoniorondonlugo.com/blog/wp-content/uploads/2010/05/60-Virus-Papiloma.pdf>
28. León G, Bosques O. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev cubana Obstet Ginecol 2005; 31(1): pp. 0-0. ISSN 1561-3062.
29. De Sanjosé S, García AM. 4<sup>a</sup> Monografía de la sociedad española de epidemiología: virus del Papiloma humano y cáncer: Epidemiología y prevención. 4<sup>o</sup> ed. España: EMISA. 2006.
30. Mendoza LA, Pedroza MJ, Micolta PH, Ramírez A, Cáceres CR, López DV et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev Chil Obstet Ginecol 2012; 77(2):129-136.
31. Agüero A, Castillo K, Gonzales M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. Rev. Obstet Ginecol Venez 2012; 72(2):89-102.
32. Díaz Y, Báez MM, Pérez JL, García M. Presencia de algunos factores de riesgo de cáncer de cérvix en mujeres con citologías normales. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2014; 30(2):198-207.

33. Espín JC, Cardona A, Acosta Y, Valdés M, Olano M. Acerca del cáncer cervicouterino como un importante problema de salud pública. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2012; 28(4):735-746.
34. Posso G, Rangel MA, Marchán N, González M. Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2014; 74(3):193-202.
35. Castro JI, Hernández C, Madrid V. La anticoncepción hormonal como factor de riesgo para cáncer cervicouterino: evidencias biológicas, inmunológicas y epidemiológicas. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79(9):533-539.
36. Rojas G, Córdova C, Sánchez, López J, Paulín. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. *Rev Esp Méd Quir* 2012; 17(2):76-80.
37. Contreras r. Papanicolaou y citología líquida en diagnóstico de cáncer de cérvix. Hospital civil de Maracay. 2012. *Comunidad y salud* 2015; 13(1):12-22.
38. Arnaudo ME, Konicoff A. Guía de procedimiento para citología exfoliativa. 25° ed. España. Bioanálisis 2009
39. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, Girardi F, Haefner H, Menton M et al. Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCCPC 2011. *Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior* 2012; 120(1):166-172.
40. Kühn W. La colposcopia en el diagnóstico precoz de Cáncer del cuello uterino. *Arch Med Actual Trac Gen Inf* 2012; 4(6):48-53
41. Ruiz JA. Pasado, Presente y Futuro de la Colposcopia. *Arch Med Actual Trac Gen Inf* 2010; 2(2):27-34
42. Lozano DM, Ruiz JD, Pérez MA, Escobar FM, Gómez IC, Arias LF. Hallazgos histopatológicos en biopsias de cérvix de pacientes con diagnóstico citológico de atipia de células escamosas de significado indeterminado. *Medicina & Laboratorio*. 2013; 19(17):173-182
43. Reyes O, López A, Batista A. Caracterización histopatológica y evolución del carcinoma epidermoide infiltrante del cuello uterino. *Corr Med Cient*

- Holg [Revista en línea] 2011 Abril-Junio. [acceso 19 de abril de 2016]; 15(1). Disponible en. <http://www.cocmed.sld.cu/no151/pdf/no151ori04.pdf>
44. Amorim PR, Gomes S, Maima DJ, Oliveira AI, De Castro AK, Bezerra AK. Presencia de lesiones intraepiteliales de alto grado a las mujeres privadas de libertad: estudio documental. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20(2):354-361.
45. López A, Álvarez JR, Murillo J, Cancer Cervicouterino, epidemiología y su relación con los factores de riesgo. Arch Salud Sin 2010; 4(1):9-13
46. Daudinot CE, Rodriguez A, Saez VC, De la Torre AI. Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes. Medisur 2011; 9(5):30-35.
47. Cardona JA, Valencia M. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012. Rev CES Med. 2014; 28(1): 7-20.
48. Almonte M, Feccio C, Gonzales M, Delgado JM, Buckley, Luciani S et al. Risk Factors for High-Risk Human Papillomavirus Infection and Cofactors for High-Grade Cervical Disease in Perú. International Journal of Gynecological Cancer. December. 2011; 21(9):1654-1663
49. Quesada E, Ninaquispe M, Tantes A, Acosta K. Factores asociados al cáncer de cuello uterino en la mujer atendida en el Centro de Obras Sociales de la Maternidad de María (Chimbote) del 2008 al 2010 Conocim Desarro 2012; 3(1):9-14.
50. Bautista F, Vallejos C, Brances G, Galdos O, Santos C. Prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino e infecciones por papilomavirus humano en madres del Comité Vaso de Leche de la Municipalidad Surquillo. Carcinomas. 2013; 3(1):3-9
51. Ybaseta J, Paccori F, Vilca A. Factores clínico epidemiológicos del cáncer de cuello uterino en el Hospital Santa María del Socorro. Ica, Perú. Rev méd panacea. 2014; 4(3): 61-65.

52. Rodríguez M, Falcón C, Frecuencia del cáncer de útero en la Región Junín- 2013(Tesis). Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú. Facultad de Medicina Humana; 2013.

# **ANEXOS**

**ANEXOS 01**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**"Año de Consolidación del Mar de Graú"**

**"HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ"**

- **CODIGO:** \_\_\_\_\_
- **FECHA:** \_\_\_\_\_
- **EDAD DE LA PACIENTE:** \_\_\_\_\_
- **EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES:** \_\_\_\_\_
- **NUMERO DE HIJOS:** \_\_\_\_\_
- **EDAD DE MENARQUIA:** \_\_\_\_\_
- **METODO ANTICONCEPTIVO:** \_\_\_\_\_
- **LUGAR DE PROCEDENCIA:**  
1. Huancayo. 2. El tambo. 3. Chupaca. 4. concepción.  
5. Chanchamayo. 6. Satipo. 7. Tarma. 8. Oroya. 9. Jauja.
- **TIPO DE LESION INTRAEPITELIAL:**  
1. LIEBG 2. LIEAG 3. ASCU-S 4. ASC-H

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_

---

## MATRÍZ DE CONSISTENCIA

PREVALENCIA DE LESIONES INTRAEPITELIALES CERVICALES EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ EN EL AÑO 2015					
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES E INDICADORES	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones Intraepiteliales cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015?</p>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015.</p>	<p><b>Variable Principal:</b> Lesiones intraepiteliales cervicales</p>	<p>Bajo grado ASCUS ASC-H Alto grado</p>	<p>Ficha de estudio citológico</p>	<p><b>Diseño de Estudio:</b> Descriptivo retrospectivo de tipo transversal.</p> <p><b>Población:</b> Fichas de estudios citológicos cérvico-uterinos de pacientes referidas, ambulatorias y hospitalizadas del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé, Huancayo - Perú. Durante el año 2015. Total de muestras 31 488.</p> <p><b>Muestra:</b> No se calcula el tamaño muestral, ya que se evaluarán y analizarán todas las fichas de estudio de las pacientes que fueron referidas, ambulatorias y hospitalizadas en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé el año 2015.</p>
<p><b>Problemas Específicos:</b> ¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según la edad?</p>	<p><b>Objetivos Específicos:</b> Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015 según la edad.</p>	<p><b>Variables Secundarias:</b> Edad</p>	<p>Números naturales</p>	<p>Ficha de estudio citológico</p>	
<p>¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el inicio de relaciones sexuales?</p>	<p>Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el inicio de relaciones sexuales.</p>	<p>Edad de inicio de relación sexual</p>	<p>10 a 12 13 a 15 16 a 18 18 a más</p>	<p>Ficha de estudio citológico</p>	
<p>¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el número de hijos.</p>	<p>Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el número de hijos.</p>	<p>Número de hijos</p>	<p>0 a 1 1 a 2 3 a más</p>	<p>Ficha de estudio citológico</p>	
<p>¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según la menarquia?</p>	<p>Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según la menarquia.</p>	<p>Menarquia</p>	<p>8 a 10 11 a 13 14 a 16</p>	<p>Ficha de estudio citológico</p>	



¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según en método anticonceptivo?	Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según el método anticonceptivo.	Método anticonceptivo	Preservativo Ampollas MELA BTB Pastillas, DIU	Ficha de estudio citológico	
¿Cuánto es la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, lugar de procedencia?	Determinar la prevalencia de Lesiones Intraepiteliales Cervicales en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé en el año 2015, según lugar de procedencia.	Lugar de procedencia	Zona rural Zona urbana	Ficha de estudio citológico	