

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**EPIDEMIOLOGÍA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS
DE CÉRVIX. LIGA PERUANA DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER
FILIAL CAJAMARCA, 2021**

**PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

HAMER ORLANDO GRAUS GARCÍA

ASESORA:

Mg. Obsta. SONIA ELIZABETH DÍAZ ESTACIO

Cajamarca – Perú

2022

Copyright ©2022 by

Hamer Orlando Graus García

Derechos Reservados

SE DEDICA A:

A Dios por ser mi guía.

A mi familia, por su apoyo incondicional, por acompañarme en todo momento y dirigirme para cumplir mis metastrazadas.

Hamer

SE AGRADECE A:

Universidad Nacional de Cajamarca
por acogerme en sus aulas durante la
carrera.

A la escuela profesional de obstetricia
y a los excelentes docentes quienes
nos brindaron sus conocimientos.

Mi asesora, Obsta. Sonia Elizabeth
Diaz Estacio por la guía otorgada en
el desarrollo de la presente
investigación.

Hamer

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Ítem	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRÁFICOS	vi
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1. Planteamiento del problema	2
1.2. Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	3
1.4. Justificación	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes de la investigación	5
2.2. Bases teóricas	11
2.2.1. Epidemiología	11
2.2.2. Cáncer de cérvix	12
2.2.3. Lesiones premalignas	13
2.2.4. Métodos de clasificación	14
2.2.5. Historia natural de la enfermedad	15
2.2.6. Métodos diagnósticos	16

2.2.7. Factores de riesgo	17
2.3. Variables	20
2.4. Operacionalización de variables	20
CAPITULO III: DISEÑO MÉTODOLÓGICO	21
3.1. Diseño Metodológico	21
3.2. Área de estudio	22
3.3. Población	22
3.4. Muestra y muestreo	22
1.5. Unidad de análisis	22
1.6. Criterios de inclusión y exclusión	22
1.7. Consideraciones éticas	23
1.8. Técnicas de recolección de datos	23
1.9. Descripción del instrumento	24
1.10. Procesamiento y Análisis de datos	24
1.11. Control de calidad	25
1.12. Confiabilidad y validez	25
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	26
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	54

INDICE DE TABLAS

Ítem	Pág.
Tabla 1: Distribución de los factores de riesgo Gineco-Obstétricos en lesiones premalignas y malignas según estudio anatomopatológico Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	34
Tabla 2: Distribución de los factores de riesgo Sociodemográficos en lesiones premalignas y malignas según estudio anatomopatológico Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	36
Tabla 3: Distribución de factores Sociodemográficos según lesiones premalignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	38
Tabla 4: Distribución de factores Gineco- Obstétricos según lesiones premalignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	40
Tabla 5: Distribución de factores Sociodemográficos según lesiones malignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	42
Tabla 6: Distribución de factores Gineco- Obstétricos según lesiones malignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	44

INDICE DE GRÁFICOS

Ítem	Pág
Gráfico 1: Frecuencia de resultados citológicos positivos. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	26
Gráfico 2: Resultados citológicos. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	28
Gráfico 3: Resultados Anatomopatológicos. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	30
Gráfico 4: Tendencia de la prevalencia en lesiones premalignas y malignas de cérvix. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021.	32

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

LEI BG: lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.

ASCUS: células escamosas atípicas de significado indeterminado.

ASC-H: no puede excluir una lesión de alto grado.

LEI AG: lesión escamosa intraepitelial de alto grado

ITS: infecciones de transmisión sexual.

N: sin lesiones (no presento cambios celulares)

DX: diagnóstico.

DIU: dispositivo intrauterino.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la frecuencia y distribución de las lesiones premalignas y malignas en mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer Filial Cajamarca, estudio de tipo descriptivo, observacional de corte transversal, con una muestra de 3 499, se utilizó una ficha de recolección de datos obteniéndose características sociodemográficas, gineco-obstétricas, resultados citológicos y anatomopatológicos. Se determinó que la prevalencia mediante citología fue de 2,92%; una tendencia al 2021 y 2022 (1,10%,1,23%) y (0,45%, 0,50%) en las lesiones premalignas y malignas respectivamente; los factores de riesgos identificados son: inicio de relaciones sexuales entre 16 a 18 años, tener 1 a 2 parejas sexuales, no haberse realizado tamizajes previos, tener ≥ 2 hijos, una edad entre 44 a 48 años, ser convivientes, amas de casa y proceder de la provincia de Cajamarca. En el diagnóstico Citológico se encontró: LEI AG (36,3%), LEI BG (34,3%), ASC-H (13,7%), ASCUS (8,8%) y carcinoma in situ (3,9%), carcinoma invasor (2,9%); por anatomopatología: LEI BG (28,9%), LEI AG (21,7%), carcinoma in situ (18,1%), procesos inflamatorios (15,7%), carcinoma invasor (9,6%), sin lesiones (4,8%) y 1,2% de metaplasia escamosa. Conclusión: se obtuvo una prevalencia de 2,92% en lesiones premalignas y malignas; más de la mitad de las afectadas no tenían tamizajes previos, la mayoría de mujeres con diagnóstico de lesiones premalignas tenían entre 44 a 53 años y las mujeres con lesiones malignas de 51 años a más.

Palabras claves: prevalencia, incidencia, lesiones premalignas, lesiones malignas.

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the frequency and distribution of premalignant and malignant lesions in women treated at the Peruvian League for the Fight against Cancer Subsidiary Cajamarca, a descriptive, observational, cross-sectional study, with a sample of 3499, using a data collection form obtaining sociodemographic, gynecological and obstetric characteristics, cytological and pathological results. It was determined that the prevalence by cytology was 2,92%; a trend to 2021 and 2022 (1,10%, 1,23%) and (0,45%, 0,50%) in premalignant and malignant lesions, respectively; The risk factors identified are: beginning of sexual relations between 16 and 18 years of age, having 1 to 2 sexual partners, not having undergone previous screening, having > 2 children, an age between 44 and 48 years, being cohabitants, housewives and come from the province of Cajamarca. In the cytological diagnosis, it was found: LEI AG (36,3%), LEI BG (34,3%), ASC-H (13,7%), ASCUS (8,8%) and carcinoma in situ (3,9%), invasive carcinoma (2,9%); by anatomopathology: LEI BG (28,9%), LEI AG (21,7%), carcinoma in situ (18,1%), inflammatory processes (15,7%), invasive carcinoma (9,6%), without lesions (4,8%) and 1,2% of squamous metaplasia. Conclusion: a prevalence of 2,92% was obtained in premalignant and malignant lesions; more than half of those affected had not been screened previously, the majority of women diagnosed with premalignant lesions were between 44 and 53 years old, and women with malignant lesions were 51 years of age or older.

Keywords: prevalence, incidence, premalignant lesions, malignant lesions

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias de cérvix son un conjunto de enfermedades que en la actualidad ocupan el cuarto lugar entre los tipos de cáncer más frecuentes en las mujeres de todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2020 se estima un total de 604 000 casos nuevos y 342 000 muertes, que se presentaran en países de ingresos bajos y medianos (1), una gran mayoría de cáncer de cuello uterino (+ 95%) se debe a los virus de los Papilomas Humanos (VPH), además de la edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, la edad, estado civil, ocupación, entre otros que son factores relacionados a su presencia y progresión. En Perú el cáncer de cérvix es el segundo carcinoma con mayor frecuencia en las mujeres colocando a nuestro país en uno de los que presenta mayor número de casos en América Latina (2).

La elevada carga de enfermedad del cáncer de cérvix en Perú y en Cajamarca representa un problema de salud pública de primer orden, tomando en cuenta que esta enfermedad tiene una larga historia natural y que tiene oportunidades de intervenciones exitosas tanto en su etapa premaligna como en los estadios procesos malignos (4)(5), el presente estudio se ha realizado con el fin de establecer información válida de las características epidemiológicas de lesiones premalignas y malignas que permita abordar el problema según la realidad local y la adopción de estrategias efectivas en la prevención primaria y secundaria en donde los profesionales obstetras tienen un rol importante. Se realizó la investigación en mujeres que acudieron al Centro de Prevención de la Liga de Lucha Peruana de Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021. La cual se divide en cuatro capítulos:

Capítulo I: Planteamiento, formulación de objetivos y justificación del problema.

Capítulo II: Antecedentes, bases teóricas, hipótesis, conceptualización y operacionalización de variables.

Capítulo III: Diseño metodológico, área de investigación y unidad de análisis.

Capítulo IV: Resultados, análisis y discusión. Finalmente: conclusiones, recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema.

En el mundo el cáncer de cérvix es aún un problema importante de salud pública, la OMS en el 2019 destacó que este cáncer es el cuarto más frecuente en las mujeres de regiones menos desarrolladas como América Latina y el Caribe, donde cada año se registran más de 56 000 casos y más de 28 mil mujeres pierden la vida (1). El cáncer de cérvix es también el segundo más frecuente entre las mujeres peruanas, donde más de 4 000 casos nuevos aparecen cada año, según Globocan 2018 (3). El Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte (IREN - Norte) para los años 2007-2017 reportó que el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar entre los cánceres femeninos, con un 12,97%; en mujeres con una media de 53 años, donde las 2/3 partes (64%) de los casos se diagnostican entre los 30 y 59 años de edad, el 83,3% entre los 30 a 69 años y un 23,7% de los casos en la quinta década de la vida (4)

El boletín epidemiológico de la dirección de salud Cajamarca del 2019, informa que el cáncer cervical es el segundo más frecuente en las mujeres de la región con un 17,5%, donde Cajamarca provincia, ocupa el primer lugar con un 85% de casos, Celendín el segundo lugar con 19% del total de casos, por otro lado, el método del primer diagnóstico de los casos registrados es el diagnóstico clínico con un 32,2%, el segundo es de tamizaje con un 23,2% (5). Por otra parte, el incremento de los casos de cáncer puede ser atribuido a los factores de riesgo, como el consumo de alcohol, sobrepeso y obesidad, la disminución de consumo de frutas y verduras (6). Antecedentes gineco-obstétricos como la paridad, número de parejas sexuales, inicio de relaciones sexuales a temprana edad (7).

La etiopatogenia de esta enfermedad ha podido ser investigada en forma detallada gracias a avances en biología celular, molecular e inmunología. Estos avances han permitido conocer el rol del virus papiloma humano en el desarrollo de lesiones

pre malignas y malignas del cérvix y han tenido importantes implicancias en la metodología de screening, diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad (8)(9).

Tomando en cuenta el contexto descrito, en la presente investigación se identificó las lesiones pre malignas y malignas de cérvix más frecuentes, además se determinó la distribución de los factores de riesgo presentes en las mujeres que fueron atendidas en el Centro de Prevención de La Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca en el periodo 2015 - 2019, con la finalidad de que la información obtenida sea útil en la toma de decisiones y la mejora de los procesos de atención; que a la vez serán de beneficio para las mujeres contribuyendo a disminuir los casos de morbilidad por este tipo de cáncer. Por tal motivo se planteó la siguiente interrogante.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la epidemiología de las Lesiones pre malignas y Malignas de Cérvix en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021?

1.3 Objetivos.

1.3.1. Objetivo general.

Determinar la frecuencia y distribución de las lesiones pre malignas y malignas de cérvix en las mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, para el periodo 2015 – 2019.

1.3.2. Objetivos específicos.

1. Determinar la prevalencia de las lesiones pre malignas y malignas de cérvix en mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.
2. Establecer la tendencia de la prevalencia de las lesiones pre malignas y malignas de cérvix en las mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.
3. Identificar los principales factores de riesgo en las mujeres con lesiones pre malignas y malignas de cérvix atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

4. Establecer la distribución de los factores sociodemográficos y Gineco- Obstétricos en las mujeres con anatomopatológica anormal de cérvix atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

1.1. Justificación de la investigación.

El cáncer del cuello uterino a nivel mundial según la OMS (2019) destacó que este cáncer es el segundo más frecuente en las mujeres de regiones menos desarrolladas como América Latina y el Caribe, donde cada año se registran más de 56 000 casos y más de 28 mil mujeres pierden la vida (2). El cáncer de cérvix es también el segundo más frecuente entre las mujeres peruanas, donde más de 4 000 casos nuevos aparecen cada año, según Globocan 2018 (3), por otro lado, el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Región Ila Libertad (IREN - NORTE) para los años 2007-2017 reportó que el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar entre los cánceres femeninos, con un 12,97%; en mujeres con una media de 53 años, donde las 2/3 partes (64,0%) de los casos se diagnóstica entre los 30 y 59 años de edad, el 83,3% entre los 30 a 69 años y un 23,7% de los casos en la quinta década de la vida (4).

En la actualidad el estudio de las lesiones premalignas y malignas de cáncer de cérvix, causado por la infección del virus VPH es muy importante para establecer las intervenciones de prevención secundaria, por esta razón el presente estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia y distribución de esta enfermedad, con los resultados podemos establecer las acciones de prevención y detección de cáncer de cuello uterino; Así mismo; los resultados servirán como información importante en la toma de decisiones y la mejora de los procesos de atención que a la vez serán de beneficio para las mujeres cajamarquinas a fin de disminuir los casos avanzados y la morbilidad por este tipo de cáncer.

Siendo el cáncer de cérvix el más frecuente en las mujeres de Cajamarca (5), el aporte de la presente investigación es relevante para los profesionales de la salud involucrados en el diagnóstico y manejo de las lesiones premalignas y malignas de cáncer de cérvix, así como en las acciones preventivo promocionales que permitirán contribuir en la disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad en la región de Cajamarca.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Nivel internacional

Woromogo S y col. (Gabón, 2021), realizaron su estudio con el objetivo de identificar los factores de riesgo de las lesiones cancerosas y precancerosas de cuello uterino, en el Centro Hospitalario Universitario de Libreville, Gabón; estudio analítico transversal, obteniendo los siguientes resultados 63 mujeres tuvieron resultado histológico positivo, de las cuales 43 son precancerosas de estas 36,5% NIC I, 17,5% CIN II, 14,3% CIN III y 20 lesiones cancerosas donde el 3,2% son adenocarcinomas, 20,6% son cáncer de células escamosas, los factores para lesiones precancerosas son: son tener > 35 años con un 58,76%; 53,1% inicio de relaciones sexuales <18 años; tener antecedentes de ITS un 41,3% y lesiones cancerosas > a 45 años. conclusión: las participantes en el tamizaje masivo en el 2018 tenían una edad promedio de 39 años, en su mayoría solteras, premenopáusicas, se encontró que los procesos infecciosos tienen influencia en el progreso de las lesiones de cervix (10).

Hierrezuelo N, Carbó Y. (Cuba, 2021), investigación realizada en el Policlínico Ramón López Peña, con el objetivo de identificar los factores de riesgo asociados a la neoplasia intraepitelial cervical, estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, contó con un universo de 119 mujeres, que tienen como diagnóstico neoplasia intraepitelial cervical, reportando que el 95,7% (NIC I); 2,5% (NIC II); 0,8% (NIC III) y un 0,8% de carcinoma in situ, en los factores de riesgo encontramos el inicio de relaciones sexuales entre 13 y 15 años con un 35,2%, > 3 parejas sexuales con 48,7%, multiparidad (27,7%), tabaquismo 26%, concluyendo que estos factores tienen relación con la aparición de las lesiones intraepiteliales de cérvix (11).

Flores G, Fuertes F. (Ecuador, 2021), determinar la prevalencia y factores de riesgos asociados a las lesiones malignas y premalignas de cuello uterino en el Centro de Salud Uncovia, estudio analítico retrospectivo, de corte transversal, con una población 242 pacientes atendidas en el 2018 al 2019, mostró un promedio de 32,76 años como promedio en las mujeres de 19 a 38 años, un 50,4% de mujeres en unión libre, y el 36% son solteras, y en porcentaje restante son de casadas, divorciadas y viudas siendo esta la de menor porcentaje, el 95% de la población no presenta ninguna lesión, el 5% representan a algún tipo de lesión, de las cuales el 75% son (ASCUS), 16,7% son lesiones escamosas de alto grado, y el 8,3% de lesiones de bajo grado, por otra parte el 68,2% de las mujeres tenían 1 o 2 hijos y el 21,9% tenían ≥ 3 hijos, 9,9% son nulíparas, encontrando una prevalencia de las lesiones premalignas y malignas de 5% que es un valor por debajo de los estándares nacionales (9,8%) (12).

Aburto H, López A, Espinoza L. (Nicaragua, 2019), investigación realizada en el SILAIS Carazo, donde tamizaron a 26 700 mujeres, con el objetivo de encontrar la prevalencia de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino, estudio de tipo descriptivo transversal, reportando que 745 mujeres tuvieron un citología anormal, por lo cual se encontró una prevalencia de lesiones precancerosas de 2,7%, LEI BG (65,5%), LEI AG (20,9%), seguido de un 12,5% ASCUS, el 35,7% de las pacientes tenían entre 20-30 años y el 26,4% de 31 a 40 años, por biopsia se detectó un 33,9% de NIC I (LIE BG), 37,1% de NIC II Y NIC III (LEI AG). Concluyo: la prevalencia de lesiones precancerosas fue de 2,7%, del cual el 65,5% de las pacientes tenían LEI BG, 20,9% LEI AG, 12,5% ASCUS Y 0,4% ASC-H (13).

Dunyo P y col. (Ghana, 2018), iniciaron una investigación con el objetivo de examinar las características sociodemográficas, clínicas e histológicas asociadas con la presencia tardía de los casos de cáncer de cuello uterino en el Hospital Católico, Battor, estudio transversal analítico, población de 159 mujeres de las cuales se analizaron 157 casos, mostrando los siguientes resultados que el 63,69 % son > 50 años, 52,63% son casadas, 33,33% tienen ≥ 5 hijos; 39,39% inicio su vida sexual entre los 16 a 25 años finalmente un 55,63% no tenía tamizajes previos. Concluyo que la ausencia de tamizajes previos, la edad avanzada de la menarquia tienen asociación con la presentación del cáncer de cuello uterino evidenciándose que necesitan mejorar el tamizaje en etapas tempranas (14).

Tapia M, Lema D. (Ecuador, 2018), la investigación se desarrolló en la Unidad Metropolitana de Salud Norte en Quito, con la finalidad de encontrar la prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales, investigación de tipo observacional, descriptiva y de

corte transversal, conto con una población de 1213, de las cuales 242 (9.55%) mujeres tuvieron alguna alteración citológica y colposcópica; mostrando los siguientes resultados: ASCUS (74,13%), seguido de lesión de bajo grado (LEI BG) con un 25,86%, concluyendo que las prevalencia es de 9,55% siendo un cifra elevada (15).

Velázquez C, kawabata A y col. (Paraguay, 2018), realizaron tamizajes a 129 mujeres indígenas de Caaguazú, con el objetivo de encontrar la prevalencia de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, estudio observacional, descriptivo de corte transversal; encontró una edad media de 26 años, las lesiones con más frecuencia son: ASCUS con un 10,08%; CIN I con un 2,32%; 0,77% correspondiente a CIN II, no observo CIN III, así mismo no encontró ningún diagnóstico de cáncer in situ, también menciona que las edad que presentaron una mayor frecuencia de esta enfermedad está entre los 25 a 44 años que representa un 70,59%, además el 58,8% de las mujeres que presentaron lesiones cervicales tuvo menarquia < 12 años; 76,5% tienen relaciones sexuales < 15 años y el 82,35% son multíparas, encontrando una prevalencia de lesiones precursoras 13,18% (16).

Solis J, Briones T. (México, 2017), investigación realizada en el Instituto Mexicano del Seguro Social, tamizó a 379 mujeres con el objetivo de determinar la prevalencia de lesiones intraepiteliales y describir las variables asociadas en estas pacientes, estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, donde reporto una prevalencia de 4,49%. Así mismo encontró que de las mujeres tamizadas el 3,17% corresponden a LEI BG y el 1,32% a LEI AG, no reporto ningún caso de carcinoma invasor, de estas pacientes el 64,71% corresponden a edades de 41 a 60 años y un 52,94% no se realizó exámenes citológicos hace 3 años o más. Concluyo: que más de la mitad de las afectadas no tenían tamizajes previos, además que la mayoría de casos de LEI AG se encuentran en las edades de 41 a 60 años (17).

Sousa K, Colmenares E. (Venezuela, 2017), el propósito de su investigación fue evaluar los resultados citológicos, colposcópicos e histológicos cervicales en mujeres en edad fértil, se realizó en el Centro Materno Pediátrico Zulia, estudio prospectivo, descriptivo, transversal, conformado por 112 pacientes, donde la edad promedio fue de 27 años, la edad de inicio de relaciones sexuales > 15 años, con un promedio de 2 parejas, en sus hallazgos histológicos reportó: NIC I o LEI BG (69,4%) , 10,7% NIC II o LEI AG. Concluyo que las lesiones premalignas y malignas de cérvix constituyen un riesgo alto de morbimortalidad en pacientes en edad fértil (18).

Kebede M y col. (Etiopia, 2016), efectuaron una investigación en las mujeres trabajadoras de la fábrica textil Almeda de Etiopía, busco identificar la prevalencia y factores de riesgo de las lesiones cervicales, estudio transversal, con una población tamizafa de 342; de las cuales el 6,7% presentaron lesiones precancerosas, el 73,9% son < 35 años, un 82,6% son casadas, 87% tienen < 4 hijos, el 65,2% no tiene antecedentes de ITS. Concluyo que la prevalencia de lesiones cervicales precancerosas es muy alta (19).

Sorman G y col. (India, 2015), realizaron su investigación en cinco comunidades de pescadores de Sadras zona costera de Tamil Nadu, busco identificar los factores de riesgos de las mujeres con lesiones cervicales, estudio descriptivo cuantitativo con diseño transversal, se tamizó a 250 mujeres, de las cuales 2,4% de ellas presentaron lesiones precancerosas; 2% lesiones de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS), 0,4% de displasia leve; también informo que el 50% de las lesiones precancerosas se presentaron entre 41 a 45 años, 32,8% tienen > 3 hijos, 12,4% inicio su vida sexual < 15 años, concluyo que los hallazgos muestran la mayor vulnerabilidad de las mujeres pescadoras para contraer cáncer de Cuello uterino, ya que tenían muchos factores de riesgo que contribuyen a la misma (20).

2.1.2. Nivel nacional

Gama J. (Lima, 2021), desarrollo su investigación en centros de salud de San Juan de Lurigancho, buscó determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas de cérvix, estudio observacional, descriptivo retrospectivo, la población estuvo conformada por 7 000 mujeres, de las cuales 266 resultados dieron positivo, que representa una prevalencia de 3,8%; de estas el 49,6% (LEI BG); 32% (ASCUS); 15% (LEI AG); 2,3% (ASC - H) y 1% de ASCUS. Concluyo que la prevalencia de estas lesiones es elevadas, así mismo que la mayor alteración citológica se presentó entre los 14 a 30 años (21).

Rodriguez A. (Trujillo, 2018), el propósito de su investigación fue determinar la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau atendidas en el laboratorio Pacver, estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo de diseño no experimental; la población fue de 393 mujeres de las cuales el 7,1% dieron resultados positivos, que se encontraron entre las edades de 30 a 39 años; de estos el 71,4% son LEI BG, 14,3% LEI AG y 14,3% ASCUS. Concluyo que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer es de 7,1% (22).

Huazanga A. (Loreto, 2017), estudio realizado en el Hospital Regional de Loreto, con el objetivo de determinar la prevalencia de las lesiones premalignas y malignas de cuello uterino, estudio de tipo descriptivo, transversal, retrospectivo; tamizaron a 1145 mujeres de las cuales 69 casos tuvieron citología anormal, obteniéndose con esto una prevalencia de 6,0%, así mismo reporto que el 49,3% (LEI BG), 30,4% (ASCUS) y carcinoma invasor (4,4%); las edades donde se presentaron los diagnósticos con mayor frecuencia fueron de 41 a 50 años (3,5%) y 31 a 40 años con 27,5%, concluyo: las lesiones premalignas más frecuentes son LEI BG y ASCUS, con una prevalencia de 6% (23).

Quispe J, Caballero K. (Huancavelica, 2017), su investigación se desarrolló en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, con el objetivo de determinar la frecuencia de las lesiones premalignas de cáncer de cérvix, estudio tipo observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, con una muestra de 216 mujeres, reportando que las lesiones premalignas de cáncer de cérvix de las mujeres con resultados de Papanicolaou es de un 28%, de ellos el 62% tienen resultados lesiones Intraepiteliales Bajo grado, el 32% de las mujeres tienen Lesiones Intraepiteliales de alto grado; por último el 7% de las mujeres tienen como resultados ASCUS. En conclusión: las lesiones premalignas de cáncer de cérvix en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, se está presentando en un 28% lo que significa que es un alto índice de comparación con los otros estudiados internacionales, sugiriendo una tendencia similar a nivel de otras localidades a nivel nacional (24).

Arango G. (Lima, 2016), el propósito de su investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el Hospital II- Cañete, en el periodo de julio 2014 a julio de 2015, estudio observacional de tipo descriptivo, retrospectivo, donde su población y muestra fue de 3061 pacientes de las cuales 136 dieron resultados de Papanicolaou positivo de estos 104 se encontraron con alguna alteración citológica, obteniendo una prevalencia de 3,39%, así mismo informa que para ASCUS hubo un 43,3%; LEI BG, 37,5% y LEI AG un 18,3% y carcinoma de cérvix 1%, dando como conclusión que la prevalencia fue bajo en el grupo estudiado en comparación con otros estudios en Latinoamérica, Adicionando que encontró más presencia de lesiones en los grupos de 25 a 34 años (25).

Zegarra C. (Lima, 2015), buscó la prevalencia de las lesiones precursoras de cáncer cervical en el Centro de salud Alberto Barton, estudio descriptivo, transversal, correlacional, donde revisaron los resultados de Papanicolaou de 809 mujeres comprendidas entre los 15 a 71 años de edad, dentro de la muestra se encontró 51

casos de citologías anormales; entre los cuales hay 16 con ASC-US, 12 con LI BG por PVH, 19 con displasia leve (NIC I), 3 con displasias moderada (NIC II) y un caso con displasia severa (NIC III). Entre los factores de riesgo un 70,2% iniciaron las relaciones sexuales < 18 años, el 81,2% tuvieron > 3 compañeros sexuales, 11,4% tienen de \geq 5 embarazos, 36,5% planificaron con anovulatorio o DIU y el 78,5% su última citología fue de 3 años a más o nunca, concluyo que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer cervical es 6,3%, entre los factores de riesgo asociados se encontró que el número de compañeros sexuales fue estadísticamente significativo (26).

2.1.3. Nivel local

Huayhua S. (Cajamarca, 2017), estudio retrospectivo, transversal y observacional, busco determinar los hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia de cérvix en el Essalud Hospital II Cajamarca, conto con 160 pacientes con sospecha de lesiones precursora de neoplasia cervical, con los siguientes resultados en hallazgos citológicos de 0,6% de las mujeres con un resultado de carcinoma invasor, LIE de alto grado 6,8%, LIE de bajo grado 17,5%, displasia de cérvix sin especificar un 8,1 % cada uno y resultados negativos en un 58,7%. Concluyendo que por biopsia de cérvix encontró un 1,2% de carcinoma invasor y carcinoma in situ, displasia severa escamosa en 3,1%, displasia moderada escamosa en 3,7%, displasia leve escamosa en 15% (27).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Epidemiología

Tiene sus orígenes hace 2 000 años con Hipócrates, quien expresó que las enfermedades aparecían gracias a la influencia de factores ambientales, a finales del siglo XIX y comienzos del XX, empezó a utilizarse con más frecuencia este término, donde se comparaba las tasas de enfermedades en subgrupos de poblaciones, inicialmente solo se enfocaba en enfermedades contagiosas, posteriormente se aplicó a enfermedades transmisibles como las cardiopatías y el cáncer, sobre todo en países con ingreso medio a elevado (28). La epidemiología es parte de una de las ciencias fundamentales para la salud pública, ha contribuido a la mejora de la salud en la población, se encarga esencialmente en el estudio de enfermedades emergentes.

Según el libro Epidemiología básica la OPS lo define como el estudio de la distribución y de las determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de éste al control de problemas sanitarios (29).

2.2.1.1. Prevalencia

La prevalencia (P) cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o periodo de tiempo determinado. Su cálculo se estima mediante la expresión:

$$p = \frac{\text{Nº de casos con la enfermedad}}{\text{total de población en ese momento}}$$

Como todas las proporciones, la prevalencia no tiene dimensión y nunca toma valores < 0 o > de 1, siendo frecuente expresarla en términos de porcentaje, en tanto por ciento, tanto por mil, en función de la "rareza" de la enfermedad estudiada. La prevalencia de un problema de salud en una comunidad determinada suele estimarse a partir de estudios transversales para determinar su importancia en un momento concreto, y no con fines predictivos. Además, es evidente que el cálculo de la prevalencia será especialmente apropiado para la medición de procesos de carácter prolongado, pero no tendrá mucho sentido para valorar la importancia de otros fenómenos de carácter más momentáneo (30).

- a. Puntual: proporción de personas que experimentan el evento clínico, en un punto dado en el tiempo. Es un corte en un momento dado, en el que cuento los casos (29).

- b. Periódica: proporción de casos, se considera los que enfermaron en períodos anteriores y que aún siguen siendo casos (existentes y nuevos) (29,30).

2.2.1.2. Tendencia

Las tendencias penetraron en el uso científico con la aplicación de la estadística y el ajuste de curvas a datos del pasado registrados con regularidad. Este uso se dio en la primera y segunda décadas del siglo XX.

Según Instituto Nacional de Estadística, tendencia es llamado así a la dirección que puede tomar una enfermedad, siempre avanza nunca retrocede, por lo que es muy utilizada para poder determinar cómo se desarrollara alguna enfermedad en el transcurso del tiempo (31,29).

2.2.2. Cáncer de cérvix

2.2.2.1. Definición

El cáncer de cérvix es una proceso de alteración celular que conlleva un proceso de multiplicación de las células anormales sin control ocasionando un daño incontrolable al sobrepasar la cantidad de células buenas, que se origina en el epitelio del cérvix, manifestándose inicialmente como lesiones premalignas, siendo de progresión lenta, llegando a cáncer in situ o cáncer invasor en donde las células anormales traspasan la membrana basa (38,32).

2.2.2.2. Fisiopatología

En el desarrollo de esta enfermedad influye la presencia de infección del cuello uterino por VPH de tipo oncogénico, tales como el VPH 16 y 18, los cuales son de alto riesgo, siendo estos los responsables del 70% de cánceres cervicales. Así mismo, se encuentran los de tipo 31,33,35,45,52, que son más comunes y de bajo riesgo, llegando a causar el 20% de estas infecciones, es así que aquellas de alto riesgo son menos probables que lleguen a una resolución espontáneamente, progresando a una lesión intraepitelial. Además, se tiene encuentra la genética, la susceptibilidad del huésped y otros factores como el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, como coadyuvantes para que se presente esta enfermedad (32).

2.2.3. Lesiones premalignas de cérvix

Las lesiones intraepiteliales escamosas se caracterizan por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares a diversos niveles del epitelio. Estas lesiones se subdividieron en tres grados según su extensión y gravedad. La CIN I es la displasia confinada al tercio inferior del epitelio; CIN II es la displasia que afecta a los dos tercios inferiores del epitelio, y la CIN III es una lesión intraepitelial escamosa en la cual las anomalías nucleares afectan a más de dos tercios de todo el espesor del epitelio. Por lo que según el sistema Bethesda se utilizan los términos “lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LEI BG) y lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LEI AG)” Para referirse al espectro de lesiones intraepiteliales, clasificadas de otro modo como CIN. Schotlander y Kermauner fueron los primeros autores en describir las anomalías epiteliales no invasivas adyacentes al carcinoma de células escamosas invasivo del cuello uterino. Así mismo el carcinoma in situ se definió como “una lesión en la cual la totalidad o la mayor parte del epitelio muestra las características celulares de un carcinoma, sin identificarse invasión del estroma subyacente”. El informe especificaba de forma adicional que la displasia constituye una lesión en la cual parte del espesor del epitelio es reemplazado por células con grados variables de atipia, la displasia puede dividirse en tres grados (leve, moderada y grave) de acuerdo con el grado de atipia celular y la arquitectura epitelial (24,34).

2.2.3.1. Células escamosas atípicas (ASC – US, ASC-H)

La categoría ASC- US está restringida a aquellos resultados del estudio que revelen que las células alteradas son de significado incierto. El diagnóstico se ha vuelto bastante común, oscilando entre el 3 y el 25%. Utilizando criterios diagnósticos estandarizados, la tasa de resultado de ASC debería ser del 3 al 5%. El anterior término ASCUS (clasificación Bethesda II) actualmente se subdivide en ASC-US y ASC-H (clasificación Bethesda III). El diagnóstico citológico de ASC-US se asocia con un 10 a un 20% de incidencia de CIN 1 y un 3 a un 5% de riesgo de CIN 2 o 3. Actualmente las infecciones por VPH que desaparecerá espontáneamente en más del 60% de los casos. Por lo tanto, el objetivo para clasificar un resultado de ASC-US en una citología es la identificación de lesiones más avanzadas, CIN 2 y 3 (33).

2.2.3.2. Lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LEI BG – NIC I)

El diagnóstico citológico de LEI BG incluye el condiloma plano y acuminado, la CIN 1, es la fase reproductiva del VPH, en el epitelio escamoso induciendo a alteraciones en

los queratinocitos denominados coilocitos, estos cambios son limitadas a las células escamosas superficiales de citoplasma abundante y bordes definidos, con lo cual se reconoce un incremento de su tamaño hasta tres veces, con membrana irregular, con bordes periféricos densamente teñido. Así mismo también puede ser un citoplasma denso queratinizado. Cuentan con el 1,6% de los diagnósticos citológicos. Alrededor del 75% de las pacientes tendrán un CIN, con un 20% de CIN 2 o 3 (35,33).

2.2.3.3. lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LEI AG – NIC II Y NIC III)

Estas células muestran grupos aislados, de tamaño similar a las células parabasales y/o metaplásicas, donde hay un incremento del núcleo en relación del citoplasma, hiper cromasia, membranas con irregularidades marcadas y gránulos en grumos gruesos. Es así que cualquier mujer con una muestra citología de LEI AG, debería realizarse una colposcopia con biopsia dirigida. Después de la biopsia dirigida por colposcopia y del establecimiento de la distribución de la lesión, se debe realizar un tratamiento por ablación y destrucción de toda la zona de transformación (34,33).

2.2.3.4. carcinoma in situ.

Cuando ya no hay una maduración en dirección a la superficie y el epitelio adquiere un carácter monomorfo, en su significado biológico esta alteración no se diferencia de una displasia severa de modo que ambas pueden ser agrupadas como lesiones CIN III, es así que está atipia no crece hacia el interior de las glándulas para desplazar de una infección por HPV, las células de reserva localizadas por debajo del epitelio cilíndrico se transforman en células basales atípicas y luego se diferencian en un epitelio plano (35).

2.2.4. Métodos de Clasificación.

Para realizar los informes citológicos cervicales/ vaginales se utiliza actualmente el sistema Bethesda que se desarrolló originalmente en el NCI de los EE.UU. en el año 1988, logrando gran aceptación internacional. Este sistema fue revisado en 1991, modificado de acuerdo a resultados clínicos y de laboratorio, siendo nuevamente evaluado y actualizado en el año 2001 (36).

El cambio importante efectuado en el Bethesda system 2001 consistió en focalizar el énfasis en la detección y tratamiento de las lesiones cervicales de alto grado, particularmente la NIE III, considerado que las lesiones de bajo grado no lo son y solo representan una infección auto limitada producida por el hpv (36).

DISPLASIA/CIS AÑOS 49-69	¿HPV?	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE	CIS
CIN-NIC (Richart) AÑOS 69-89	HPV (1976)	CIN-NIC 1	CIN-NIC 3	CIN-NIC 3	
SIL-LIP (BETHESDA) Desde 1969	SIL – LIP BAJO GRADO (L-SIL)		SIL -LIP ALTO GRADO (H-SIL)		
Lacruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales de Papanicolaou a Bethesda. 2005 [Revista española de patología]. [Citado 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/36-1n02.htm					

2.2.5. Historia natural de la enfermedad

El VPH al infectar la célula, se va a replicar solo en células de un epitelio escamoso totalmente diferenciado, como consecuencia de un microtrauma epitelial, una abrasión del epitelio, habitualmente coital, que deja expuesta la membrana basal y las células basales, el HPV ingresa hasta este nivel infectando en primer lugar a un subgrupo de células (queratinocitos) con un bajo número de copias (33).

Replicación del ADN viral que parece ser independiente del ciclo celular, y que aumenta las copias del genoma viral a alrededor de 50-100 por células, número que se mantiene en las células en división. A continuación, sucede una etapa de plásmido o mantención episomal en la que la expresión viral es mínima, y especialmente la expresión de los oncogenes E6 y E7 se mantienen bajo un estrecho control, con la transcripción de E6/E7 mRNA escasamente detectable (34).

Cuando las células detienen su división y comienzan a diferenciarse hacia un queratinocito maduro se detona una señal hacia el virus para activar todos sus genes para aumentar los genomas virales, produciéndose entonces la replicación viral con amplificación de las copias virales al menos a 1000 por células. En las capas superficiales del epitelio las proteínas de la cubierta L1 y L2 se expresan y muchos miles de genomas virales son ensamblados y desprendidos junto con partículas infecciosas virales. Este ciclo de infección toma alrededor de 2-3 semanas in vivo, el tiempo necesario que toma al queratinocito basal para llegar a lo alto del epitelio y diferenciarse (Stanley, 2010). A diferencia de otras infecciones, no hay respuesta sistémica, no hay viremia ni fase sanguínea. Por lo que la historia natural se inicia con una infección aguda que resulta en replicación viral que termina desarrollando una infección subclínica o una infección clínica evidente (34).

El tiempo transcurrido entre la infección por HPV y la aparición de la primera evidencia microscópica de lesión premaligna puede ser sorprendentemente corto, frecuentemente 5 años (Woodman y cols, 2001). De hecho, las lesiones premalignas han sido diagnosticadas dentro de los 2 años siguientes a la primera relación sexual, la edad promedio del diagnóstico de lesión premaligna varía entre los 25 y 35 años y va a depender de la edad de la primera relación sexual y de la sensibilidad del método empleado en la detección de esta en relación al riesgo de persistencia viral y su progresión a lesión premaligna. Debido a esta persistencia, algunos estudios han señalado que existiría un riesgo de invasión del 20 – 30 % en un periodo de 5 - 10 años entre los más comunes el HPV 16, HPV 18, HPV 45 (34).

2.2.6. Métodos de diagnóstico.

2.2.6.1. Citología

Es la detección para las mujeres, sexualmente activas, deben someterse a citología cervicovaginal y exploración pélvica anual. Después de tres resultados negativos, se pueden espaciar las exploraciones; los falsos negativos se sitúan entre el 15% y el 30% y suelen ser consecuencia de una mala técnica de obtención de la muestra, de un mal procedimiento o de un error de laboratorio. Técnica: la citología se realiza situando una espátula de madera en la pared externa del orificio y rotándola 360°, a continuación, se introduce un escobillón de citología en la misma posición y se gira 180°. La utilización de espátula y cepillo permite obtener un mayor número de células endocervicales, obteniendo así mejores resultados en la detección de CIN. El material obtenido con ambos instrumentos se extiende sobre un portaobjetos de cristal y se introduce en un fijador, generalmente etanol al 95%. Otro método utiliza el frotis de base líquida (preparación delgada). Este método puede ser más sensible para detectar SIL que la citología convencional. Sin embargo, la especificidad de ambos métodos es similar, además, el líquido que sobra después de procesar la muestra puede utilizarse para detectar ADN viral (32).

2.2.6.2. Colposcopia

La colposcopia es el examen del cuello uterino, la vagina y la vulva con un instrumento que emite un haz de luz intensa y tiene lentes de aumento que magnifican el campo, lo que permite examinar las características específicas de la capa epitelial (la superficie) y los vasos sanguíneos circundantes. Esto puede hacerse con un colposcopio, que es un equipo especializado costoso. Más recientemente, ese examen también se ha realizado

utilizando cámaras de video o digitales especialmente diseñadas. Normalmente, la colposcopia se utiliza en pacientes con resultados de tamizaje positivos para comprobar la presencia, grado y tipo de lesiones precancerosas de cáncer, orientar las biopsias de cualquier área que parezca anormal y ayudar a determinar si el tratamiento más apropiado es la crioterapia o la escisión electroquirúrgica con asa. La colposcopia requiere a dispensadores altamente capacitados y no es una herramienta apropiada para el tamizaje, como tampoco es un paso necesario entre el tamizaje (32).

2.2.6.3. Biopsia

La biopsia es la remoción de muestras pequeñas de tejido anormal para su examen microscópico con fines diagnósticos. Se pueden tomar biopsias de áreas del cuello uterino que son IVAA positivas o de áreas que parecen sospechosas de cáncer. Si una lesión o estructura anormal del cuello uterino no es observable a simple vista, la colposcopia puede ayudar a especificar el sitio o los sitios donde deben tomarse una o más biopsias. Normalmente, se toma una biopsia de cada área anormal, aunque las biopsias aleatorias pueden ser útiles en ciertas circunstancias (33).

2.2.7. Factores riesgo.

En la actualidad hablamos de factores de riesgo a la probabilidad de que esta aumente la posibilidad de contraer una enfermedad, esto se dio a conocer gracias a estudios que mostraron que hay características entre las personas que poseen una enfermedad y las que no la tiene, por lo cual se consideran factores de riesgo según (INH-2015)(American Cancer Society-2020), los factores de riesgo para las lesiones premalignas y cáncer de cérvix son: infección por virus del VPH, antecedentes sexuales, tabaquismo, antecedente de infecciones de transmisión sexual, uso prolongado de anticonceptivos, el número de embarazo a término (37).

2.2.7.1. Antecedentes sexuales

Varios factores relacionados con sus antecedentes sexuales pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Muy probablemente el riesgo se vea afectado cuando hay un aumento de las posibilidades de exposición al VPH (37,38).

- Ser sexualmente activo a una edad temprana (especialmente los menores de 18 años).
- Tener muchas parejas sexuales

- Tener una pareja que se considera de alto riesgo (alguien con infección por VPH o que tiene muchas parejas sexuales) (37,38).

2.2.7.2. Tabaquismo

Cuando alguien fuma, tanto el fumador como las personas que le rodean están expuestos a muchas sustancias químicas cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo (37).

Las mujeres que fuman tienen aproximadamente el doble de probabilidades de padecer cáncer de cuello uterino en comparación con las no fumadoras. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunitario sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH (37).

2.2.7.3. Infección de Transmisión Sexual

Las infecciones producidas por contacto sexual con parejas que tienen organismos dañinos para la salud tenemos muchas tales como las tricomonas, sífilis gonorrea, clamidia etc, sabiendo además que este último es el que más problemas a ocasionado con respecto al cáncer de cuello uterino. Una de las formas de transmisión de estas enfermedades son el contacto sexual sin protección, el cual es el más frecuente también incluimos el contagio por medio de mucosidades y de otros flujos provenientes de pacientes infectadas. Las mujeres infectadas con clamidia a menudo no presentan síntomas y es posible que no sepan que están infectadas a menos que se les hagan pruebas durante un examen pélvico. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad (37,38).

Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de análisis de sangre y mucosidad del cuello uterino muestran evidencia de una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. Ciertos estudios muestran que la bacteria clamidia puede ayudar al VPH a crecer y vivir en el cuello uterino, lo que puede aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino (37,38).

2.2.7.4. Uso prolongado de anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos que se ofrecen hoy a la población son muy variados desde anticonceptivos orales, ampollas ya sean mensuales o trimestrales, DIU, implante subdérmico, es por esto que se incluye dentro de los factores de riesgo a uno en especial que con evidencia los anticonceptivos orales por períodos prolongados aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. Los estudios de investigación sugieren que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras, y el riesgo regresa a lo normal muchos años después de suspenderlas (37).

2.2.7.5. Tener muchos embarazos.

Aquellas mujeres que a lo largo de su vida reproductiva han tenido tres o más embarazos a término, aumenta su riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Esto se debe a una mayor exposición a la infección por VPH probablemente, Además, existen estudios, aunque no muchos donde indican que los cambios hormonales que sufre la mujer embarazada podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a la infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunitarios más débiles, lo que las volvería más susceptibles a infección por VPH (37).

3.3. Variables

Epidemiología

Lesiones pre malignas y malignas de cérvix

3.3.1 Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
Epidemiología	El estudio de los factores que causan o están asociados con la enfermedad, así como también su prevalencia, incidencia y distribución en las poblaciones humanas (33)	Estudio la frecuencia y distribución de lesiones premalignas y malignas de cérvix.	Prevalencia Tendencia	P= $\frac{\text{n}^\circ \text{casos nuevos} + \text{casos antiguos}}{\text{Total de la población tamizada}}$. Comportamiento de la enfermedad en 5 años	Razón Razón
Lesiones premalignas y malignas de cérvix	Son alteraciones celulares que se origina en el epitelio del cérvix, se manifiestan inicialmente como lesiones premalignas de lenta y progresiva evolución los cuales progresan a cáncer in situ o un cáncer invasor donde se las células se transforman en malignas (19).	Son las lesiones que afectan al cérvix de carácter premaligno o maligno: a) infección por HPV b) lesiones premalignas c) cáncer de cérvix en estado avanzado.	Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) Atipia escamosa en la que no puede excluirse una LEI-AG (ASC-H) Lesión intraepitelial de bajo grado. (LEI-BG)-HPV/Displasia leve Lesión intraepitelial de alto grado. (LEI-AG)/ Displasia leve / Displasia moderada/ Carcinoma in situ carcinoma invasor adenocarcinoma	Casos reportados con lesiones premalignas y malignas de cérvix.	Razón

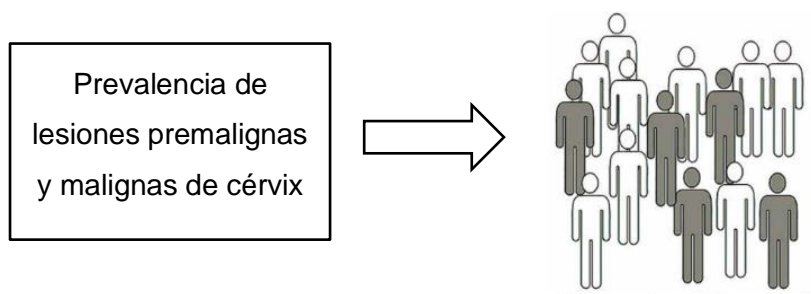
CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio: el siguiente estudio observacional de tipo transversal descriptivo

- **Observacional:** porque es una búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables (40,39,28)
- **transversal:** la muestra se toma en un solo momento del tiempo y estudia la prevalencia de una enfermedad (39,40,30)
- **Descriptivo:** se limita a una descripción de la frecuencia de una enfermedad en una población y a menudo es la primera etapa de una investigación epidemiológica (28,40).

3.1.1 Diseño: estudio transversal



3.2. Área de estudio

El estudio se llevará a cabo en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

3.3. Población

La población estará constituida por las mujeres que tengan historia clínica en el Centro de Prevención de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, en el periodo 2015 al 2019, que consiste en 3 499.

3.4. Muestra y muestreo

3.4.1. Muestra: la muestra estaba constituida por las 102 historias clínicas que es el total de pacientes con resultados positivos.

3.4.2. Muestreo: el muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, ya que se consideró las historias que cumplía un criterio importante, el tener diagnóstico positivo de alguna lesión premaligna o maligna de cérvix.

3.4. Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada una de las Historia clínica que cumplían los criterios de inclusión.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas de mujeres que hayan sido tamizadas para cáncer de cérvix en el periodo de estudio.
- Historias clínicas completas.
- Historias clínicas que sean legibles.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Historias clínicas de mujeres con resultados de citología normal.
- Historias clínicas de mujeres con resultados de muestra inadecuada o insatisfactoria.

3.6. Consideraciones éticas

Esta investigación se fundamentó básicamente en criterios dirigidos a asegurar la calidad, objetividad de la investigación:

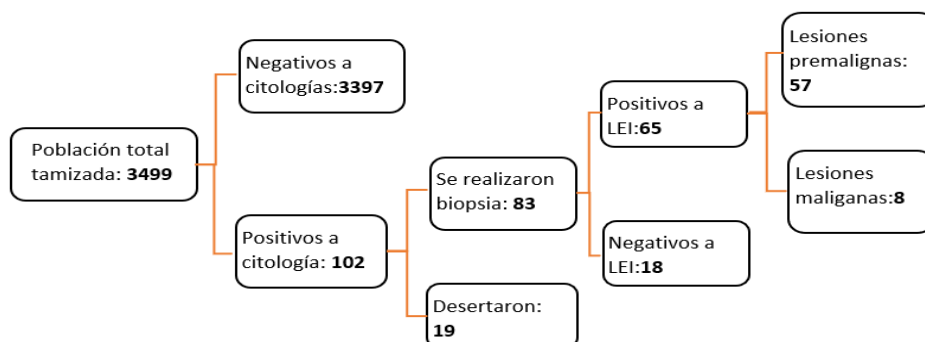
Principio de autonomía: Se encuentra en cierta parte disminuida ya que no se contará con el permiso de los pacientes en estudio sino con el de la institución que cuenta con los datos necesarios para la investigación.

De no maleficencia: obteniendo el permiso de la institución donde se realizó el estudio, los datos que se obtendrán serán utilizados únicamente para la investigación científica y no con la intención de causar daño o perjuicio alguno.

Uso de datos personales: se garantiza la privacidad y confidencialidad respecto a los datos personales de los sujetos en estudio de acuerdo a la Ley Orgánica de la Función Estadística Pública (BOE 112, 15/5/1989)

3.7. Técnicas de recolección de datos

- Para la realización del presente estudio, en primera instancia se pidió el permiso correspondiente a la directora de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, para tener acceso a las historias clínicas.
- Luego se llevó a cabo la selección de casos en base a los registros de citología, posteriormente se realizó la revisión de cada una de las historias clínicas de las pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, lo cual tomo un tiempo 3 meses, en el que se procedió a registrar los datos de los 102 casos positivos a los estudios citológicos que incluyen lesiones premalignas y malignas, para definir la distribución de los factores de riesgo se tomaron en cuenta los 65 casos positivos confirmados mediante colposcopia más estudio de atanomopatología, de acuerdo al siguiente esquema:



- Seguidamente se procedió a registrar en la base de datos los factores de riesgo sociodemográficos y Gineco-Obstétricos de cada una de las pacientes incluidas como casos positivos confirmados.
- Finalmente se realizó la sistematización de la información recolectada de las historias clínicas, en Excel office 2019, para proceder con el procesamiento de la información según los objetivos propuestos.

3.8. Descripción del instrumento

Para la recolección de los datos de esta investigación se empleó el instrumento, ficha de recolección de datos, que consta de 4 partes: la primera corresponde a datos generales, datos sociodemográficos, Gineco-Obstétricos, finalmente los datos de los resultados según método diagnóstico citológico y anatomopatológico.

3.9. Procesamiento, interpretación y análisis de los datos

3.9.1. Procesamiento de recolección de datos

Los datos obtenidos en la ficha fueron registrados en la base de datos de acuerdo a las variables de estudio, el ingreso de la información en la base de datos se realizó el mismo día que se aplicó el instrumento en el programa Microsoft Excel 2019.

3.9.2. Interpretación y análisis de los datos

Para la interpretación y análisis se utilizó el programa IBM SPSS statistics 25, Excel 2019, para la elaboración de tablas y gráficos de frecuencias y distribución de las variables que nos permitió separar por categorías según los objetivos a desarrollar, para la prevalencia se aplicó la fórmula:

$$P = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de lesiones pre malignas y malignas (2015 – 2019)}}{\text{Total de mujere tamizadas en el periodo de estudio}}$$

También se calculó la tendencia tanto para las lesiones premalignas como malignas con el programa IBM SPSS statistics 25, finalmente se calculó la distribución de los diferentes factores de riesgo sociodemográficos y gineco-obstétricos según los resultados de anatomopatología por medio de tablas dinámicas de Excel 2019.

3.10. Control de calidad

El control de la calidad se realizó de manera inmediata in situ, directamente por el investigador, quien verifico la información recogida para evitar la pérdida u omisión de datos.

3.11. Validez y Confiabilidad del instrumento

3.11.1. Validez

Para establecer la validez del instrumento se aplicó el método de agregados individuales; es decir la validez por juicio de expertos, para lo que se contó con 3 profesionales que trabajan en esta área, dos obstetras y un especialista en patología (anexos,2,3,4)

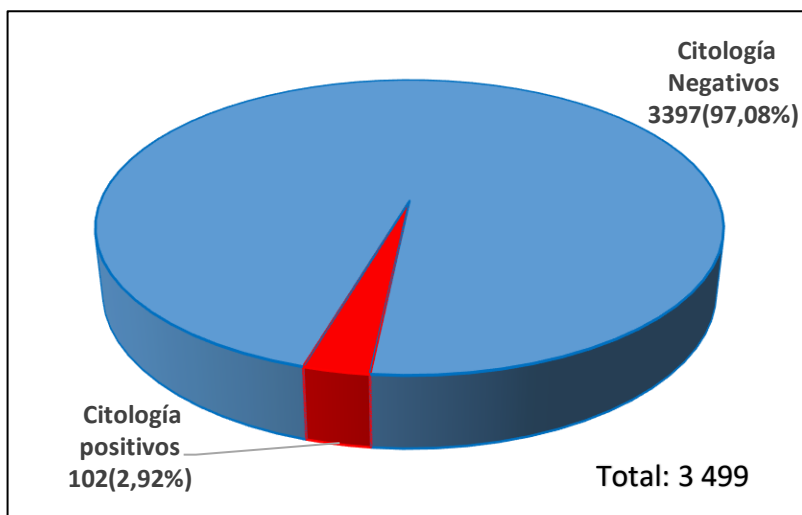
3.11.2. Confiabilidad del instrumento

Para obtener la confiabilidad de la ficha de recolección de datos se realizó una prueba piloto con 25 historias clínicas, las cuales se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, posteriormente se analizó con Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna, cuyo valor encontrado es de 0,7 que está cercano al 0,9 lo cual indica que la información obtenida con este instrumento es altamente confiable, es decir que su uso repetitivo obtendrá resultados similares.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN, ANALISIS Y DISCUSIÓN

**Gráfico 1. Frecuencia de resultados citológicos positivos.
Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca,
2021**



Fuente: Liga Peruana de lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En el presente gráfico se puede apreciar la frecuencia de citología con resultado positivo (prevalencia) que es de 2,92% (102) de un total de 3 499 mujeres que fueron tamizajes en el período 2015 al 2019.

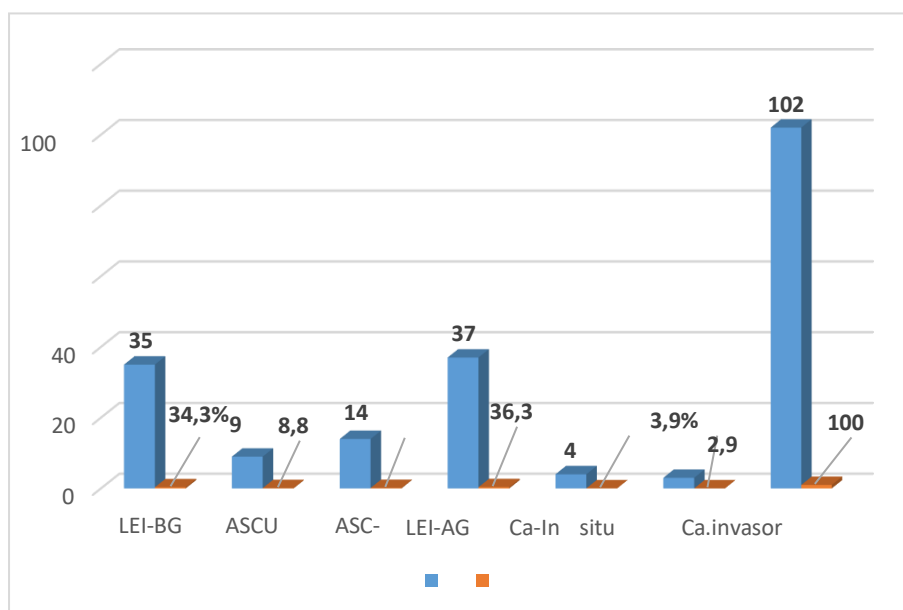
Resultado similar encontró Aburto H, López A y Espinoza L. (Nicaragua, 2019) quienes informaron una frecuencia de 2,7% el cual es una cifra con gran similitud a lo encontrado, siendo la única que se asemeja a nuestra frecuencia de lesiones premalignas y malignas de cérvix.

Con respecto a la frecuencia de las lesiones premalignas y malignas, discrepamos con Flores G, Fuertes F (Ecuador, 2021), que reportaron una frecuencia de 5%, el cual es

superior comparándolo con nuestro resultado obtenido de 2,92%, así mismo Tapia H, Lema D. (Ecuador, 2018) y Solis J, Briones T, (México, 2017), reportaron una frecuencia de 9,55% y 4,49% respectivamente; Kebebe M (Etiopia,2016) encontró una frecuencia de 6,7% mostrando que a nivel internacional la mayoría de ellos tienen una mayor frecuencia de estas alteraciones citológicas.

Con respecto a la frecuencia a nivel nacional encontramos resultados similares con Gama J. (Lima, 2021) de 3,8%, a diferencia Rodríguez A. (Trujillo, 2018) y Huazanga A. (Loreto, 2017), reportaron un frecuencia de 7,1%; 6%, respectivamente, Quispe J, Caballero K. (Huancavelica, 2017) 28%, cabe resaltar que puede influir mucho el tipo de población que fue estudiada, ya que las mujeres que son de la Costa o Selva del Perú, se diferencian en estilos de vida con aquellas que provienen de la Sierra.

Gráfico 2. Distribución de las lesiones premalignas y malignas según resultados citológicos. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.



Fuente: Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

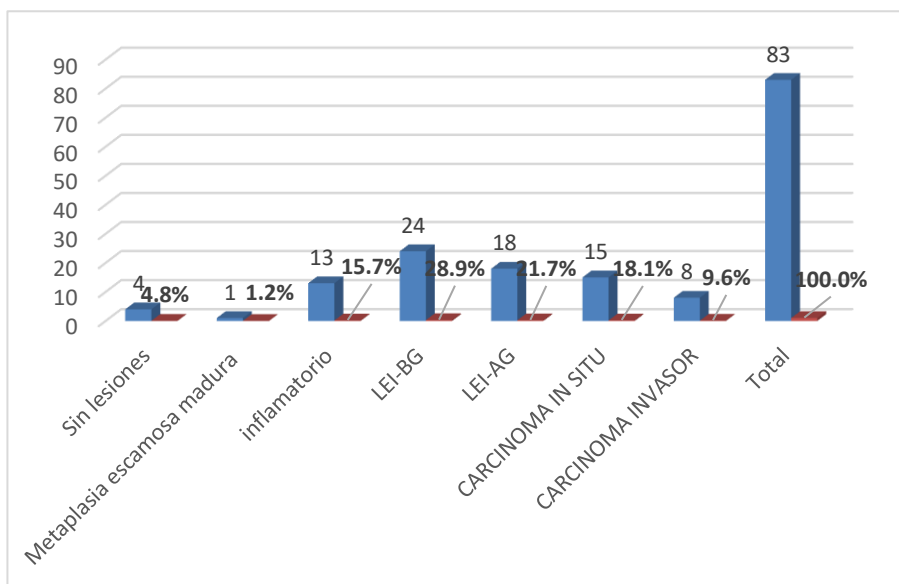
En el gráfico 2 se observa los siguientes resultados: LEI AG (36,3%); LEI BG (34,3%); ASC-H (13,7%); ASCUS (8,8%); Ca. In situ (3,9%) y Ca. Invasor (2,9%).

Woromogo S y col. (Gabón, 2021) informo resultados de NIC I de una 36,5% y NIC II y III de 31,8%, un 20,6% de cáncer de células escamosas, 3,2% de adenocarcinoma con lo cual estamos en desacuerdo ya que los resultados encontrados muestran que el diagnóstico con mayor frecuencia es LEI AG (NIC II o NIC III); por otra parte se encontró resultados similares con Aburto H, López A y Espinoza L. (Nicaragua, 2019) donde el 65,5% (LEI BG); 20,9% (LEI AG) y 12,5% de ASCUS, de la misma forma Solis J, Briones T. (México, 2017), reporto un 3,17% (LEI BG); 1,32% LEI AG, no encontró carcinoma invasor, evidenciándose que los resultados con mayor porcentaje son LEI AG y LEI BG, así mismo discrepamos con Flores G, Fuertes F. (Ecuador, 2021) que reporta un 75% de ASCUS; 16,7% (LEI AG); 8,3% (LEI BG); al igual que Tapia M, Lema D. (Ecuador, 2018) que comunico un 74,13% son ASCUS y 25,80% LEI BG, observándose que en estos últimos su diagnóstico principal fue ASCUS.

A nivel nacional en los antecedentes se puede apreciar que su diagnóstico principal fue de LEI BG, ASCUS tales como Gama J. (Lima, 2021) que reporto un 49,6% (LEI BG); 32,0% (ASCUS); 15% (LEI AG) y 2,3% de ASC-H, igualmente Rodríguez A. (Trujillo, 2018) que informa un 71,4% para LEI BG;14,3% de ASCUS y LEI AG, de la misma manera, Huazanga A. (Loreto, 2017) que reportan como principal hallazgo citológico son las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y ASCUS.

A diferencia de Quispe J, Caballero K. (Huancavelica, 2017) y Huayhua S. (Cajamarca, 2017) donde el principal reporte informado es de lesiones intraepiteliales escamosas de alto y bajo grado los cuales concuerdan con los datos obtenidos, evidenciando una mayor frecuencia de estos diagnósticos a nivel internacional, nacional y local que se presentaron como parte de los antecedentes.

Gráfico 3. Distribución de las lesiones premalignas y malignas según resultados anatomopatológicos. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.



Fuente: Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En el siguiente gráfico se aprecia que el 4,8% no presentan lesiones; así mismo un 1,2% de metaplasia escamosa; 15,7% de procesos inflamatorios; LEI BG (28,9%); LEI AG (21,7%), Carcinoma in situ con extensión glandular (18,1%); Carcinoma invasor (9,6%).

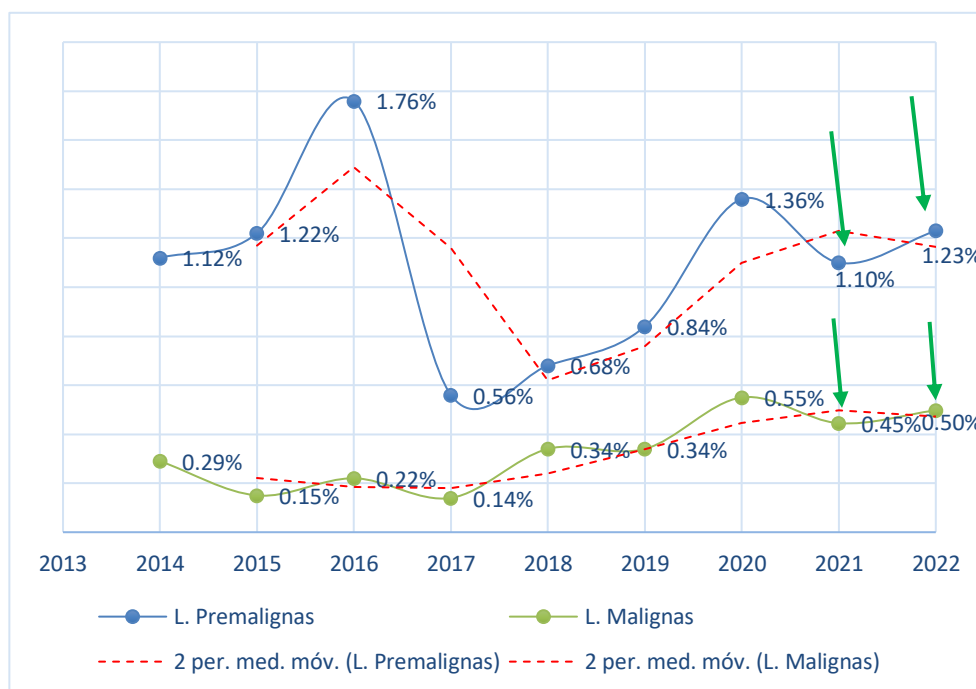
Resultados semejantes reportaron Hierrezuelo N, Carbó N. (Cuba, 2021), que informaron un 95,7% de (NIC I); 2,5% (NIC II); 0,8% (NIC III); 0,8% de carcinoma in situ; de la misma forma Aburto H, López A y Espinoza L. (Nicaragua, 2019), quienes hallaron un 33,9% de NIC I (LEI BG); 37,1% NICII y NIC III (LEI AG) y finalmente Sousa K, Colmenares E. (Venezuela, 2017), comunicaron que el 69,1% son NIC I o LEI BG; 10,7% NIC II o LEI AG. Con lo mencionado anteriormente se puede apreciar que la mayoría de ellos tienen el diagnóstico de NIC, es así que se realizó la conversión al sistema Bethesda para efecto de su comparación; que la similitud a nivel internacional se encuentra presente en los principales diagnósticos que son LEI BG, seguido de LEI AG.

A nivel nacional se encontró resultados similares con Zegarra C. (Lima, 2015), quien reporto que displasia escamosa leve o LEI BG (41,18%); displasia escamosa moderada y severa es un o LEI AG (7,84%); a diferencia de lo presentado con Huayhua S. (Cajamarca, 2017), que reporta 6,8% de displasia escamosa moderada y severa (LEI

AG); displasia escamosa leve (LEI BG) 1,5%; finalmente un 1,2% tanto para carcinoma in situ como invasor; por eso se puede apreciar que Huayhua S, reporta como principal diagnóstico a LEI AG , seguido de LEI BG.

Cabe destacar que la población estudiada es diferente en los factores gineco-obstétricos y sociodemográficos que pueden influir en la presencia de las lesiones; sin embargo; Huayhua quien realizó su estudio en la misma provincia mostrando resultados diferentes, esto podría deberse al grupo de población de estudio que fueron mujeres asistentes al Hospital EsSalud de Cajamarca, con mayor acceso a los servicios de salud y otros factores que influyen en la aparición de las lesiones cervicales

Gráfico 4. Tendencia de la prevalencia en lesiones premalignas y malignas de cérvix. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.



Fuente: Liga Peruana de lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En el gráfico 6, se aprecia un año anterior al inicio de la investigación con la finalidad de percibir el aumento o disminución de las cifras de la tendencia, es así que se obtuvo los siguientes resultados para lesiones premalignas, en el año 2015 se observa un aumento a comparación del 2014 de un 1,12% a un 1,22%, también se observó que el 2016 hubo un incremento significativo llegando a 1,76 % de diagnósticos de esta enfermedad, así mismo el año 2020 se consideró en la gráfica para poder observar el comportamiento de la tendencia y sirvió para realizar las predicciones de los años 2021 y 2022 los cuales se pueden observar un aumento progresivo representado por 1,10% y 1,23% respectivamente.

Con respecto a las lesiones malignas, el año 2015 mostró un descenso a comparación del 2014 de un 0,29% a 0,15%, así mismo se pudo encontrar una predicción para los años 2021(0,45%) y 2022 (0,50%), mostrando un aumento progresivo de esta enfermedad. Cabe recalcar que no reportean constantemente estos resultados, por lo cual no se puede realizar comparaciones respectivas con los antecedentes

cabe mencionar que la cifra elevada que se manifiesta en el año 2016, se debe a que en esos años se realizaba campañas de tamizajes preventivos en coordinación con empresas y centros de salud de distintas partes de Cajamarca, que por razones políticas e influencia de parte de los interesados en la no continuidad de estas campañas, decidieron que las colaboraciones que se venía realizando ya no serían necesarias, además del robo de Equipos Médicos necesario para los tamizajes que surgió el año posterior, se decidió ya no realizar más campañas, esto se obtuvo una vez que se hizo llegar la inquietud al personal de salud que labora en la institución.

Tabla 1. Distribución de los Factores riesgo Gineco-Obstétricos en lesiones premalignas y malignas según estudio anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, 2021

Factores de riesgo Gineco-Obstétricos	Pacientes	
	N°	%
Inicio de relaciones sexuales		
≤ 15 Años	10	15.38%
16 - 18	36	55.38%
≥19 Años	19	29.23%
Promedio	18	
Número de parejas sexuales		
1-2 parejas	54	83.08%
3-4	11	16.92%
≥5 parejas	0	0.00%
Promedio	2	
Antecedentes de ITS		
No	48	73.85%
Cervicitis	5	7.69%
Tricomoniasis	0	0.00%
Vaginitis Bacteriana	12	18.46%
Paridad		
1 hijo	12	18.46%
≥ 2Hijos	53	81.54%
Promedio	3	
Uso de método anticonceptivo		
No	51	78.46%
Ampolla Trimestral	12	18.46%
Preservativos	1	1.54%
AQV	1	1.54%
Antecedentes de Papanicolaou		
No tiene	42	64.62%
1 - 3 años	13	20.00%
≥ 4 años	10	15.38%
Total	65	100%

Fuente: Liga Peruana de lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En la presente tabla se observa que los factores de riesgo en las pacientes con lesiones premalignas y malignas son: el inicio de relaciones sexuales entre los 16 a 18 años (55,38%), tener de 1 o 2 parejas sexuales (82,08%), ≥ 2 hijos (81,54%) y no tener tamizajes previos (64,62%).

Estos datos difieren con Woromogo S y col. (Gabón, 2021), que informa que el 41,3% tienen antecedentes de ITS, pero mostro un resultado similar en el inicio de relaciones sexuales < 18 años con un 53,7%; así mismo Hierrezuelo N, Carbó Y. (Cuba, 2021), informan que el inicio de relaciones sexuales está entre los 13 -15 años con un 35,2%, > 3 parejas sexuales (48,7%), de la misma manera Velásquez H, López A, Kawabata A, et al. (Paraguay, 2018) donde el inicio de relaciones sexuales es > a 15 años (76,5%), se puede apreciar que los resultados difieren tanto en el inicio de relaciones sexuales como el número de parejas sexuales; pero a la misma vez existe una similitud, al reportar que las mujeres en estudio tenían > 2 hijos al igual que en nuestra investigación.

Dunyo P y col. (Ghana, 2018) reportó que el 55,63% no tiene tamizajes previo; 39,39% inicio su vida sexual entre 16 a 25 años, evidenciándose una similitud con los datos obtenidos en la investigación; por otra parte encontramos una desigualdad con respecto al número de hijos donde informa un 33,33% \geq 5 hijos, de la misma manera Sarman G y col. (India, 2015) comunica que el 32,8% tiene > 3 hijos y 12,44% inicio su vida sexual < 15 años.

Por otro lado, Zegarra C. (Lima, 2015) reporta similitudes con respecto al inicio de relaciones sexuales que fue < 18 años (81,2%) y que el último tamizaje fue hace más de 3 años (78,5%), este último resultado puede estar influenciado por el tipo de población donde se desarrolló la investigación.

Al analizar los resultados obtenidos, la American Cancer Society y la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia mencionan factores de riesgo que predisponen a contraer las lesiones premalignas y malignas de cérvix; como es el inicio temprano de relaciones sexuales, tener > 3 parejas sexuales, ser múltipara, utilización prolongada de métodos anticonceptivos hormonales y no tener tamizajes previos, es así que los hallazgos obtenidos difieren comenzando con el inicio de relaciones sexuales que tiene un promedio de 18 años (73,85%), el cual no es una edad temprana para el inicio de su vida sexual, así mismo se observó que en promedio tiene 2 parejas sexuales, la mayoría no utiliza métodos anticonceptivos, percibiendo que varía mucho con lo mostrado por las Guías con las cuales se trabaja actualmente; pero existe una concordancia muy importante que es no tener tamizajes previos con un 64,62% considerándose un factor de riesgo que se debe abarcar mucho más para evitar que en su primer tamizaje tengan resultados muy avanzados de estas lesiones cervicales.

Tabla 2. Distribución de los factores de riesgo Sociodemográficos en lesiones premalignas y malignas según estudio anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.

Factores de riesgo Sociodemográficos	Pacientes	
	N°	%
Edad		
≤ 28 Años	0	0.00%
29 - 33	7	10.77%
34 - 38	1	1.54%
39 - 43	10	15.39%
44 - 48	21	32.31%
49 - 53	12	18.46%
54 - 58	5	7.69%
≥ 59 Años	9	13.85%
Promedio	49.86	
Estado civil		
Soltera	5	7.69%
Casada	27	41.54%
Conviviente	30	46.15%
Viuda	3	4.62%
Ocupación		
Ama de casa	39	60.00%
Independiente	7	10.77%
Servidor público	18	27.69%
Servidor privado	1	1.54%
Procedencia		
Cajamarca	42	64.62%
Cajabamba	1	1.54%
Hualgáyoc	8	12.31%
Celendín	7	10.77%
Contumazá	1	1.54%
San Miguel	1	1.54%
Chota	1	1.54%
Provenientes de otros departamentos.	4	6.15%
Total	65	100.0%

Fuente: Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En la tabla 2 se observa que los factores de riesgo sociodemográficos en las pacientes con lesiones premalignas y malignas son: edad entre 44 – 48 años (32,31%) con un promedio de 49,86, ser conviviente (46,15%), ama de casa (60,00%) y proceder de la provincia de Cajamarca (64,62%).

Se reporto resultados similares con respecto al estado civil donde Flores G, Fuertes F. (Ecuador, 2021) mencionan que el 50,4% son de unión libre (convivientes); pero

discrepamos con respecto a la edad, al mencionar un promedio de 32,76 años, de la misma manera que Aburto H, López A y Espinoza L. (Nicaragua, 2019), con una edad de 20 a 30 (35,7%); Solis J, Briones T. (México, 2017) con un 64,71% para las edades de 41 – 60 años, finalmente Sousa K, Colmenares E. (Venezuela, 2017), que reporta un promedio de 27 años. Con lo mencionado anteriormente se deduce que en lo único que hay similitud es en el estado civil de conviviente el cual predomina en ambos casos.

Dunyo P y col. (Ghana, 2018) informa que el 63,69% son > 50 años, 52,63% son casadas; también Kebede M y col. (Etiopia, 2016) menciona que el 73,9% son < 35 años, 82,6% son casadas, con lo cual se aprecia el desacuerdo porque el estado civil que predomina es conviviente y la edad está entre 44 y 48 años, por otra parte Sarman G y col.(India, 2018) comunica que el 50% tienen de 41 a 45 años notándose la similitud en las edades.

En los hallazgos encontrados se aprecia que la edad promedio es de 49,86 años, el cual tiene concordancia con la bibliografía y guías de cáncer que se utilizan para la prevención de lesiones premalignas y malignas, esta edad es donde la mayoría de mujeres han podido tener mas exposición al VPH que es causante de gran parte de estas lesiones cervicales; el estado civil que predomina es conviviente (46,1%) y se presenta como factor de riesgo dado que la mayoría de mujeres que son convivientes se predisponen a tener mas parejas sexuales, influyendo así en la aparición de esta enfermedad crónico degenerativa.

Tabla 3. Distribución de factores sociodemográficos según lesiones premalignas por resultados Anatomopatológicos. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.

Factores sociodemográficos	Resultado Anatomopatológico				
	LE-BG	LEI-AG	Carcinoma in situ con extensión glandular.	N°	%
Edad					
≤ 28 Años	0(0.00%)	0(0.00%)	0(0.00%)	0	0.00%
29 - 33	4(7.02%)	0(0.00%)	3(5.26%)	7	12.28%
34 - 38	1(1.75%)	0(0.00%)	0(0.00%)	1	1.75%
39 - 43	3(5.26%)	0(0.00%)	2(3.51%)	5	8.77%
44 - 48	9(15.79%)	5(8.77%)	6(10.53%)	20	35.09%
49 - 53	3(5.26%)	10(17.54%)	0(0.00%)	13	22.81%
54 - 58	2(3.51%)	0(0.00%)	1(1.75%)	3	5.26%
≥ 59 Años	2(3.51%)	3(5.26%)	3(5.26%)	8	14.04%
Promedio de edad	46.22				
Estado civil					
Soltera	0(0.00%)	2(4.51%)	1(1.75%)	3	5.26%
Casada	11(19.30%)	9(15.79%)	4(7.02%)	24	42.11%
Conviviente	13(22.81%)	6(10.53%)	8(14.04%)	27	47.37%
Viuda	0(0.00%)	1(1.75%)	2(3.51%)	3	5.26%
Ocupación					
Ama de casa	16(20.07%)	10(17.54%)	7(12.28%)	33	57.89%
Independiente	2(3.51%)	0(0.0%)	3(5.26%)	5	8.77%
Servidor público	5(8.77%)	8(14.04%)	5(8.77%)	18	31.58%
Servidor privado	1(1.75%)	0(0.0%)	0(0.0%)	1	1.75%
Procedencia					
Cajamarca	14(24.56%)	15(26.32%)	10(17.54%)	39	68.42%
Cajabamba	1(1.75%)	0(0.00%)	0(0.00%)	1	1.75%
Hualgáyoc	3(5.26%)	2(3.51%)	1(1.75%)	6	10.53%
Celendín	4(7.02%)	1(1.75%)	0(0.00%)	5	8.77%
Contumazá	0(0.00%)	0(0.00%)	1(1.75%)	1	1.75%
San Miguel	0(0.00%)	0(0.00%)	1(1.75%)	1	1.75%
Provenientes de otros departamentos.	2(5.51%)	0(0.00%)	2(3.51%)	4	7.02%
Total	24(42.11%)	18(31.58%)	15(26.31%)	57	100.0%

Fuente: Liga Peruana de lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca

En la presente tabla observamos que la mayoría de los diagnósticos se encuentran entre los 39 a \geq 59 años, pero que las lesiones premalignas el 15,79% (LEI BG), 10,53% (carcinoma in situ con extensión glandular), el 8,77% (LEI AG) están presentes entre las edades de 44 a 48 (35,09%), así mismo se encontró que aquellas que son casadas

(42,11%) o convivientes (47,37%) mostraron un 22,81% (LEI BG), 14,04% (carcinoma in situ con extensión glandular), 10,53% (LEI AG).

Con respecto a la ocupación se encontró servidoras públicas (31,58%) y amas de casa (57,89%) de las cuales mostraron un 20,07% (LEI BG), 17,54% (LEI AG), 12,28% (carcinoma in situ con extensión glandular); finalmente las mujeres que proceden de las provincias de Hualgáyoc y Celendín (19,30%) ocupan el segundo lugar; pero aquellas que provienen de la provincia de Cajamarca obtuvieron un 68,42% ocupando el primer lugar, en donde se observó que el 24,56% (LEI BG), 26,32% (LEI AG), 17,54% (carcinoma in situ con extensión glandular).

Woromogo S y col. (Gabón,2021), comunica que la edad para las lesiones precancerosas (pre malignas) son > 35 años con un 58,76% donde tuvo como primer diagnóstico a NIC I o LEI BG (36,5%), seguido de NIC II y III o LEI AG (31,8%) encontrándose una similitud con respecto a la frecuencia del primer diagnóstico, de la misma manera Solis J, Briones T. (México, 2017) donde la edad fue de 41 a 60 años (64,71%) con un mayor número de diagnósticos de LEI AG

Podemos apreciar que la mayoría de estos factores sociodemográficos como la edad de 44 a 48 años, ser conviviente y amas de casa, tienen en su mayoría los diagnósticos de Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado esto tiene relación con lo mostrado por las Guías para la atención primaria de cáncer que ofrece el Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de enfermedades neoplásicas y la Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia, ya que a esta edad las mujeres sufren un desequilibrio hormonal propio de su etapa de vida que conlleva que las células epiteliales escamosas del cérvix sufran cambios en su forma y posición, ocasionando una migración céntrica de estas células, dejando células expuestas al Ph vaginal y microorganismos que puede contribuir a la aparición de lesiones adicionalmente se encontró que el 47,37% son convivientes y como ya se mencionó anteriormente es un factor de riesgo influyente para tener como diagnóstico lesiones de alto grado, por lo cual se deduce que las mujeres con mayor edad deben acudir a más tamizajes preventivos de Cáncer de cervix.

Tabla 4. Distribución de factores Gineco-Obstétricos según lesiones premalignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021

Factores Gineco-Obstétricos	Resultado Anatomopatológico				N°	%
	LEI BG	LEI AG	Carcinoma in situ con extensión glandular.			
Inicio de relaciones sexuales						
≤ 15 Años	0(0.00%)	3(5.26%)	5(8.77%)	8	14.04%	
16 - 18	14(24.56%)	11(19.30%)	7(12.28%)	32	56.14%	
≥19 Años	10(17.54%)	4(7.02%)	3(5.26%)	17	29.89%	
Número de parejas sexuales						
1-2 parejas	21(36.84%)	13(22.81%)	14(24.56%)	48	84.21%	
3-4	3(5.26%)	5(8.77%)	1(1.75%)	9	15.79%	
Antecedentes de ITS						
No	17(29.89%)	10(17.54%)	14(24.56%)	41	71.93%	
Cervicitis	0(0.00%)	4(7.02%)	1(1.75%)	5	8.77%	
Vaginitis Bacteriana	7(12.28%)	4(7.02%)	0(0.00%)	11	19.30%	
Paridad						
1 hijo	6(10.53%)	4(7.02%)	2(3.51%)	12	21.05%	
≥ 2 Hijos	18(31.58%)	14(24.56%)	13(22.81%)	45	78.95%	
Método anticonceptivo						
No	18(31.58%)	14(24.56%)	12(21.05%)	44	77.19%	
Ampolla Trimestral	6(10.53%)	4(7.02%)	2(3.51%)	12	21.05%	
AQV	0(0.00%)	0(0.00%)	1(1.75%)	1	1.75%	
Antecedentes de Papanicolaou						
No tiene	14(24.56%)	13(22.81%)	10(17.54%)	37	64.91%	
1 - 3 años	9(15.79%)	3(5.26%)	1(1.75%)	13	22.81%	
≥ 4 años	1(1.75%)	2(3.51%)	4(7.02%)	7	12.28%	
Total	24(42.11%)	18(31.58%)	15(26.32%)	57	100.0%	

Fuente: Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En la presente tabla observamos que el 24,56% (LEI BG), 19,30% (LEI AG), 12,28% (carcinoma in situ con extensión glandular) están presentes en aquellas que iniciaron relaciones sexuales entre los 16 – 18 años (56,17%), así mismo para las mujeres que manifestaron haber tenido 1 o 2 parejas sexuales (54,21%), obtuvieron un 36,84% (LEI BG), 24,56% (carcinoma in situ con extensión glandular), 22,81% (LEI AG); con respecto a los antecedentes de ITS el 71,93% no presentó ninguna infección, sin embargo el 19,30% presentaron Vaginitis Bacteriana, de los cuales el 12,28% (LEI BG) y 7,02% (LEI AG).

También se obtuvo un 78,95% de mujeres que tienen ≥ 2 hijos de estos el 31,58% (LEI BG), 24,56% (LEI AG), 22,81% (carcinoma in situ con extensión glandular); el 71,19% no utilizó métodos anticonceptivos, pero la ampolla trimestral con un 21,05% está en segundo lugar, de los cuales el 10,53% (LEI BG), 7,02% (LEI AG), 3,51% (carcinoma in situ con extensión glandular); por último el 64,91% no tiene tamizajes previos, es así que el 24,56% (LEI BG), 22,81% (LEI AG) y 17,54% (carcinoma in situ con extensión glandular), se encuentran presentes en este grupo específico.

Al no contar con antecedentes de estudios similares donde aporten la información que se presenta en la investigación, se analizara los resultados donde aquellas mujeres que iniciaron su vida sexual entre 16-18 años (56,19%) son más propensas a contraer LEI BG y AG, que puede estar influido por el número de parejas sexuales, pero se evidencia que la mayoría tiene 1 o 2 parejas, por lo tanto existe una discordancia con las Guías para la atención primaria de cáncer que ofrece el Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia, donde mencionan que las mujeres que tienen > 3 parejas sexuales son propensas a contraer estas lesiones, pero en esta población estudiada no es así; además se tiene que agregar que no presentaron antecedentes de ITS en su mayoría, por lo cual difiere con los factores de riesgo predisponentes; por otra parte se encontró una semejanza con respecto a los antecedentes de Papanicolaou el cual se observó que el 64,91% no tenía tamizajes previos, influyendo en la aparición y progresión de estas lesiones cervicales al no tener un diagnóstico temprano de esta enfermedad.

Tabla 5. Distribución de factores sociodemográficos según lesiones malignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.

Factores sociodemográficos	Resultado Anatomopatológico	
	Carcinoma Invasor	%
Edad		
≤ 40 Años	0	0.0%
41 – 45	1	12.5%
46 – 50	1	12.5%
51 - 55	5	62.5%
≥ 56 Años	1	12.5%
Promedio de edad	53.5	
Estado civil		
Soltera	2	25.0%
Casada	3	37.5%
Conviviente	3	37.5%
Ocupación		
Ama de casa	6	75.0%
Independiente	2	25.0%
Procedencia		
Cajamarca	3	37.5%
Hualgáyoc	2	25.0%
Celendín	2	25.0%
Chota	1	12.5%
Total	8	100.0%

Fuente: Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En la tabla 6 se observa que el 62,5% de diagnósticos están entre 51 a 55 años; el 37,5% son casadas y convivientes; también que el 75,0% son amas de casa y el 37,5% proceden de la provincia de Cajamarca, también un 25,0% son de las provincias de Hualgayoc y Celendín, obteniéndose en su totalidad resultados de carcinoma invasor.

Woromogo S y col. (Gabón, 2021) informa que las lesiones cancerosas (malignas), son más frecuentes en mujeres > 45 años, con lo que concordamos ya que los resultados muestran que a partir de esa edad hacia adelante, ya se pueden observar pacientes con lesiones malignas de cérvix.

Al analizar los hallazgos, se encontraron 8 casos de carcinoma invasor, entre las edades 51-55 años con un 62,5% con un promedio de 53,5 años, también se observa que el estado civil de conviviente y casado son predominante con un 37,5% para ambos casos;

las Guías para la atención primaria de cáncer que ofrece el Ministerio de Salud del Perú, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas y la Sociedad Española de Patología Cervical y Colposcopia en su epidemiología concuerda con lo mostrado en la investigación ya que tienen diagnósticos que están en edades avanzadas y esto se debe a que mientras más edad tiene una mujer más años de exposición tiene y las lesiones premalignas pueden progresar a malignas; pero se encontró una discrepancia con respecto al estado civil, si bien se sabe que el factor que predispone es ser conviviente, en este caso existe una igualdad con aquellas que son casadas, por lo cual se deduce que en esta población con estado civil de casada tiene las mismas probabilidades de contraer carcinoma invasor.

Tabla 6. Distribución de factores Gineco-Obstétricos según lesiones malignas por resultado anatomopatológico. Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca, 2021.

Factores Gineco-Obstétricos	Resultado Anatomopatológico	
	Carcinoma Invasor	%
Inicio de relaciones sexuales		
≤ 15 Años	2	25.0%
16 – 18	4	50.0%
≥ 19 Años	2	25.0%
Número de parejas sexuales		
1-2 Pareja	6	75.0%
3-4	2	25.0%
Antecedentes de ITS		
No	7	87.5%
Vaginitis Bacteriana	1	12.5%
Paridad		
≥ 2 Hijos	8	100%
Uso de método anticonceptivo		
No	7	87.5%
Preservativos	1	12.5%
Antecedentes de Papanicolaou		
No tiene	5	62.5%
≥ 4 años	3	37.5%
Total	8	100.0%

Fuente: Liga Peruana de lucha Contra el Cáncer filial Cajamarca.

En la presente tabla se puede observar que el 50,0% iniciaron relaciones sexuales entre los 16 a 18 años, también que aquellas que manifestaron haber tenido 1 o 2 parejas sexuales predominan con un 75,0%, además el 87,5% no tiene antecedentes de ITS, 12,5% presentó vaginitis bacteriana; con respecto a la paridad en 100,0% tiene > 2 hijos, un 87,5% no utiliza métodos anticonceptivos y el 12,5% utiliza preservativos, finalmente el 62,5% no tiene tamizajes previos de Papanicolaou, con lo mencionado anteriormente se obtuvo como diagnóstico carcinoma invasor en su totalidad. Así mismo se debe mencionar que no se encontró investigaciones similares para realizar las comparaciones respectivas.

Los resultados obtenidos muestran que los factores de riesgo para contraer una lesión avanzada de cérvix como el carcinoma invasor son para las mujeres que iniciaron su vida sexual entre los 16-18 años (50,0%), número de parejas sexuales 1 o 2 con un 75,0%; pero la American Cancer Society y Cáncer INH, informa que el factor de riesgo son inicio temprano de la vida sexual, tener > 3 parejas sexuales, observándose las

diferencias que podría tomarse en cuenta al momento de realizar los tamizajes; cabe mencionar que es importante también el estudio de la pareja el cual pueden influir ya que se debe tener en cuenta que la pareja pudo haber estado en contacto con personas portadoras del virus VPH el cual desencadena en su mayoría las lesiones de cervix que progresan a cáncer.

Con respecto a los antecedentes de ITS se sabe bien que se considera como un factor que favorece la aparición de estas lesiones al ocasionar un cambio en la composición de los microorganismos presente en vagina, que son importantes para poder tener inmunidad ante microorganismos causantes de infecciones, pero en este caso los microorganismos ajenos a la composición normal, ocasionando un desbalance donde los lactobacilos disminuyen, esto provoca infecciones y estas microfisuras a nivel cervical y en consecuencia una puerta de entrada a microorganismos o virus (VPH); pero los resultados muestran que el 87,5% no tiene antecedentes de ITS, encontrándose una diferencia con respecto a lo que proponen las asociaciones mencionadas anteriormente, esto sugiere que la población estudiada tiene el mismo riesgo de contraer cáncer así no hayan presentado infecciones de transmisión sexual.

La American Cancer Society menciona que tener > 3 hijos y la utilización de métodos anticonceptivos por tiempo prolongado son parte de los factores de riesgo para cáncer de cérvix, esto lo justifican por los cambios hormonales que suceden durante el embarazo ocasionando susceptibilidad a infecciones como el virus VPH o activarlo al tener el sistema inmunitario no apto para combatirlo, de la misma forma los anticonceptivos especialmente los que son a base de progesterona predisponen a infecciones persistentes por los tipos de VPH de alto riesgo ocasionando cambios en las células epiteliales del cervix, con el uso prolongado > 5 años han evidenciado ser un factor de riesgo; pero en este caso el 87,5% no utiliza métodos anticonceptivos encontrándose un desacuerdo total y mostrando que existe el mismo riesgo para ambos casos.

Con respecto a tamizajes previos se concuerda en totalidad al evidenciarse que el 62,5% no tiene tamizajes previos y un 37,5% \geq 4 años, observándose que la mayoría que presentan carcinoma invasor son aquellas que no se realizaron tamizajes preventivos con anterioridad, es por eso que los tamizajes periódicos son importantes para su detección en la etapa premaligna.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar la investigación se concluye que:

- La prevalencia es 2,92% para las lesiones premalignas y malignas por diagnóstico citológico.
- Con respecto a la tendencia se concluye que para el 2021 y 2022 para lesiones premalignas y malignas son de 1,10%, 1,23% y 0,45%, 0,50% respectivamente, mostrando un aumento progresivo de la enfermedad evidenciando que es un problema de salud importante en que debe mantenerse su vigilancia y control.
- Se determinó que los factores de riesgos identificados en la población de estudio son: inicio de relaciones sexuales a los 18 años y tener 2 parejas sexuales como promedio, no tener tamizajes previos, tener ≥ 2 hijos, edad entre 44 a 48 años, ser convivientes y proceder de la provincia de Cajamarca.
- Se identificó que los diagnósticos de LEI AG y LEI BG son frecuentes entre las edades de 44 a 48 años (35.09%), convivientes (47,37%), amas de casa (57.89%), procedencia de la provincia de Cajamarca (68,42%), así mismo el carcinoma invasor fue más frecuente entre las edades de 51- 55 años (62.5%), mujeres casadas o convivientes (37.5%), amas de casa (75.0%); para ambos casos se identificó que el IRS está entre 16-18 años, ser multipara, tener entre 1-2 parejas sexuales.

RECOMENDACIONES

Al concluir la presente investigación se recomienda:

- **Al director de la institución donde se realizó la investigación**, continuar con los servicios de salud que ofrecen, también invocar retomar las actividades interinstitucional y convenios con la finalidad de poder cubrir más población para lograr diagnósticos en la etapa premaligna, siendo primordial para un tratamiento oportuno.
- **Al equipo de profesionales de salud**, que labora en esta institución recomiendo seguir con las atenciones brindadas, así mismo invocar a establecer un sistema o área de seguimiento de las pacientes con diagnósticos de lesiones premalignas y malignas, con la finalidad de poder brindar información con respecto a la resolución de su enfermedad y a la vez poder disminuir la progresión a etapas avanzadas y muerte.
- **A los profesionales y estudiantes de Obstetricia**, involucrados en los tamizajes de cáncer en la mujer continuar con investigaciones sobre prevención y manejo del cáncer de cérvix, así como programar y participar en capacitaciones sobre el tema a fin de mejorar el abordaje preventivo promocional para que las mujeres acudan más tempranamente al tamizaje, se identifiquen y traten oportunamente las lesiones premalignas lo cual permitirá contribuir en la disminución de los casos avanzados.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer cervicouterino.2020 2019 [citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cervical-cancer>
2. Calixto RP, OPS/OMS Perú - El cáncer cervicouterino es el tercero más frecuente entre las mujeres de América Latina y Caribe, pero se puede prevenir | OPS/OMS. American Health Organization/World Health Organization. 2019 [citado 4 de enero del 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4239:el-cancer-cervicouterino-es-el-tercero-mas-frecuente-entre-las-mujeres-de-america-latina-y-caribe-pero-se-puede-prevenir&Itemid=1062.
3. GLOBOCAN 2018. Número de casos nuevos en 2018, ambos sexos, todas las edades. Globocan 2018-Observatorio Global del Cáncer. 2018. [citado 27 de mayo del 2019]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
4. Pinillos L. Informe RHC-IREN-NORTE -2007-2017. [citado el 6 enero del 2020] Disponible en: <http://www.irennorte.gob.pe/pdf/epidemiologia/INFORME-RHC-IREN-NORTE-2007-2017.pdf>
5. Boletín SE-05-2019 Cajamarca. [Citado 8 de noviembre del 2019].Disponible en: <http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/BOLETIN%20SE-05-2019%20Cajamarca.pdf>
6. OPS. Control Integral del Cáncer Cervicouterino - Guía de prácticas esenciales. [citado 6 de noviembre del 2019]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1
7. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. cervical facts sp.pdf. Hoja Informativa del Cáncer de Cuello Uterino, 2019. [citado 4 de enero del 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/pdf/cervical_facts_sp.pdf

8. Serman F. Cáncer Cervicouterino: Epidemiología, historia natural del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2002. [citado 6 de enero del 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000400011.

9. OPS/OMS. Cáncer Cervicouterino, 2019. [citado 6 de noviembre del 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es

10. Woromogo S, Ambounda N, Yagata-Moussa F et al. Uterine cervical neoplasms mass screening at the University Hospital Centre of Libreville, Gabon: Associated factors with precancerous and cancerous lesions, 2021 [Artículo Científico] [Citado el 16 julio del 2022] Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0255289#pone-0255289-t004>

11. Hierrezuelo N, Carbó Y. Factores de riesgo asociados a la neoplasia intraepitelial cervical en el Policlínico Ramón López Peña. Cuba, 2021 [Artículo Científico] [Citado el 14 mayo del 2022] Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/783>

12. Flores Valencia G, Fuertes Escorza F, Prevalencia y factores de riesgo asociados a lesiones premalignas - malignas de cuello uterino en el centro de salud Uncovia. Año 2018 y 2019. Cuenca, 2020. [Tesis para optar el Título profesional de Médico] [Citado el 15 junio del 2020] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36180/1/Proyecto%20de%20investigaci%3%b3n.pdf>

13. Aburto H, López A, Espinoza L. Prevalencia de lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino en el SILAIS Carazo, Nicaragua, 2018. [Tesis para optar el Título de Doctor en Medicina y Cirugía]. Universidad Nacional de Nicaragua, Managua, 2019 [citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/16618/1/Abu%202019.pdf>

14. Dunyo P, Effah K, Asuquo E. Factors associated with late presentation of cervical cancer cases at a district hospital: a retrospective study, Ghana, 2018 [Artículo

Científico] [Citado el 17 de julio del 2022] Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12889-018-6065-6.pdf>

15. Tapia M, Lema D. Determinación de la prevalencia de lesiones intraepiteliales de cérvix LSIL, HSIL y ASCUS producidas por la infección del papiloma virus humano y correlación cito-colposcópica, utilizando técnicas de diagnóstico de Papanicolau y colposcopia en muestras de mujeres de 15 a 50 años, procesadas en la unidad de citología de la Unidad Metropolitana de Salud Norte de Quito Ecuador, en el período enero 2017- mayo 2018. [Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano] Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, 2018 [Citado 28 de enero del 2019]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/16977>
16. Velásquez C, Kawabata A, Ríos C. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino y antecedentes sexuales/reproductivos de indígenas de Caaguazú, Paraguay 2015-2017. [Artículo Científico] [Citado el 8 de noviembre del 2020]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980457/15-20.pdf>
17. Solís J, Briones T. Prevalencia de lesiones intraepiteliales en citología cervical de tamizaje en una unidad de primer nivel de atención. Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 2017. [citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/978/2944
18. Sousa K, Colmenares E. Resultados cito-colpo-histológica en lesiones del cuello uterino en pacientes en edad fértil de la consulta ginecológica del Centro Materno Pediátrico Zulia, 2015-2016. Maracaibo-Zulia, Venezuela. 2017. [Artículo Científico] [Citado 14 de mayo del 2022] Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/559/55964142007/html/>
19. Kabede M, Seyoum H, Teklehaimont H. Prevalence of precancerous cervical lesion and associated factors among women in North Ethiopia, 2016. [Artículo Científico] [Citado 17 de julio del 2022] Disponible en: <https://academicjournals.org/journal/JPHE/article-full-text-pdf/394E9DC62810>
20. Sornam G, Vasanth N, Jothi C. Associated factors with cervical pre-malignant lesions among the married Fisher women community at Sadras, Tamil Nadu, 2015. [Artículo Científico] [Citado 17 de julio del 2022] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2347562521003735>

21. Gama J. Prevalencia de Lesiones Premalignas y Malignas de Cérvix en Centros de Salud – San Juan de Lurigancho-2016. [Tesis para optar título profesional de Licenciado en Tecnología Médica en la Especialidad de Laboratorio y Anatomía Patológica] Universidad Nacional Federico Villarreal, 2021 [Citado 14 de mayo del 2022] Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4934/UNFV_GAMA_MATOS_JOS%C3%89_ALEXIS_TITULO_LICENCIADO_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Rodriguez A. Prevalencia de Lesiones Precursoras de Cáncer de Cuello Uterino en los resultados de Papanicolaou de las mujeres de Moyobamba atendidas en el laboratorio Pacver, Enero – diciembre 2017. [Tesis para optar título profesional de Licenciado Tecnólogo Medico en el Área de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica] Universidad Alas Peruanas. Trujillo, 2018 [Citado 4 de mayo del 2022]. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/3300/Tesis_Prevalencia_Lesiones_Precursoras_C%C3%A1ncer.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Huazanga A. Prevalencia de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino según Papanicolaou en el hospital regional de loreto Enero – diciembre 2017 [Tesis para optar título profesional de Licenciado en Tecnología Médica: Laboratorio clínico y Anatomía Patológica] Universidad Científica del Perú, 2019. [Citado 14 de mayo del 2022]. Disponible en: http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/649/HUAZAUNGA_TESIS_TITULO_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Quispe N, Aguilar K. Lesiones premalignas de cáncer de cérvix en las mujeres atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. 2016. [Tesis para optar título profesional de Obstetra]. Universidad Nacional de Huancavelica. 2017. [Citado 17 de mayo del 2019] Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1395/TP-UNH-OBST.00101.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Arango G. Prevalencia de Lesiones Premalignas de Cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolaou en las mujeres atendidas en el Hospital III-Cañete en el periodo julio 2014-julio 2015. [Tesis para optar título profesional de Médico Cirujano] Universidad Ricardo Palma. Lima, 2016. [Citado 3 de junio del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/urp/489>.

26. Zegarra C. Prevalencia de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino y factores de riesgo en las mujeres atendidas en el centro de salud Alberto Bartonen el año 2011. [Tesis para optar título de licenciado en tecnología médica en laboratorio clínico y anatomía patológica] Universidad Privada Norbert Wiener. Lima, 2015. [Citado 17 de mayo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/186/Zegarra.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

27. Huayhua S. Hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia cervical en ES salud-Cajamarca en el año 2015-2016. [Tesis para optar título Médico Cirujano]. Universidad Nacional de Cajamarca. 2017. [Citado 14 de junio del 2019] Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2850717>

28. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Epidemiología básica. Segunda edición. Washington, D.C: OPS. 2008.

29. Pita S, Pértegas S, Valdés F. Medidas de frecuencia de la enfermedad. Unidad de epidemiología Clínica y Bioestadística, Hospital Universitario Juan Canalejo (España); 2004 [citado 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec2.pdf

30. Moreno A, López S, Corcho A. Principales medidas en epidemiología. Salud pública México. agosto de 2000 [citado 6 de enero de 2020]; 42(4):337-48. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342000000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

31. Instituto Nacional de Estadística (InE). Definiciones estadísticas, mortalidad. 2019. Chile [citado el 11 mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.ine.cl/ine-ciudadano/definiciones-estadisticas/poblacion/mortalidad>

32. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Ministerio de Salud – Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública – Dirección de Prevención y Control de Cáncer. 2017. [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4146.pdf>

33. Berek J. Ginecología de Novak. Editorial: Wolters Kluwer Health España; 14th ed. España, 2007. p.543-552.

34. Pérez A. Ginecología de Pérez Sánchez. Editorial: Mediterráneo;4th ed. Chile 2008.p.264-518.
35. Nauth F. Citodiagnóstico Ginecológico. Editorial Médica Panamericana S.A; 1° ed. España. 2005.p.172.
36. Lacruz C. Citología Ginecológica de Papanicolaou a Bethesda. Editorial complutense. [Revista española de patología]. 2004. [Citado 19 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen37/vol37-num4/37-4n19.htm>
37. Cáncer INH. Factores de riesgo de cáncer. [internet]. 2015 [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo>
38. American Cancer Society. Factores de riesgo para el cáncer de cuello uterino. [internet].2020. [citado 9 agosto 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>
39. Hernández R. Metodología de la investigación. Editorial: MC. Graw-Hill,1th ed. México 2000.
40. Dos Santos I. Epidemiología del Cáncer: Principios y Métodos. Editorial: IARC Press,2° ed. Barcelona,2000. p.255.

ANEXOS

Anexo 1 (instrumento)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DE CÉRVIX.

La presente ficha servirá para recoger información sobre prevalencia de lesiones intraepiteliales y cáncer cervical registrados en el Centro de Prevención de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, durante el periodo 2015-2019.

1. Datos generales

- 1.1. N° de historia clínica:
- 1.2. Fecha:
- 1.3. Institución:

2. Antecedentes sociodemográficos

- 2.1. Edad:
- 2.2. Estado civil: soltera () conviviente () casada () viuda () divorciada ()
- 2.3. Ocupación: ama de casa () servidor público () servidor privado () independiente () estudiante ()
- 2.4. Procedencia: Cajamarca () otra provincia o departamento.....

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- 3.1. Inicio de relaciones sexuales: \leq 15 años () 16-18 () \geq 19 años ()
- 3.2. Número de parejas: 1-2 () 3-4 () \geq 5 parejas ()
- 3.3. Antecedentes de ITS: No () Cervicitis () Tricomoniasis () Vaginitis () Bacteriana ()
- 3.4. Paridad: 0 hijos () 1 hijos () \geq 2 hijos ()

3.5. Uso de métodos anticonceptivos: No () Ampolla Trimestral () Ampolla mensual () Preservativos () T-Cobre() AQV ().

4. Métodos diagnósticos

4.1 resultados citológicos

-Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)

-Células escamosas atípicas en las que no se puede excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H)

-Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG): PVH
 Displasia leve

-Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG): Displasia moderada
 Displasia severa
 carcinoma in situ

-Carcinoma invasor

-Adenocarcinoma in situ

-Adenocarcinoma invasor

4.2. Resultados histológicos.

-Sin lesión

-Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG): PVH
 Displasia leve

-Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG): Displasia moderada
 Displasia severa
 carcinoma in situ


-Carcinoma invasor

. Adenocarcinoma in situ


-Adenocarcinoma invasor

-Otros

Anexo 2.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Esquema profesional, siendo condecorado de su extraordinaria trayectoria, solicito su participación para la validación del presente instrumento para recolección de información, siendo este un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradecemos por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUZGADOR *José Humberto Lim Alvarado*

2. PROFESIÓN *Medico*
TÍTULO Y O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO *Magister en Ciencias*
ESPECIALIDAD *Neurólogo*
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años) *22 años*
INSTITUCIÓN DONDE LABORA *Liga contra el Cáncer*
CARGO *Neuro*

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Epidemiología de Lesiones Preneoplásicas y Malignas de Cérvix. Liga Peruana De Lucha Contra El Cáncer. Ica, Cajamarca 2021.

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Grisela García, Herrer, Oriando

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar la frecuencia y distribución de las lesiones preneoplásicas y malignas de cérvix en las mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Ica, Cajamarca, para el periodo 2015 - 2019.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La presente investigación tiene como finalidad de recoger información sobre la frecuencia y distribución de las lesiones preneoplásicas y malignas de cérvix, el cual está estructurado en tres partes: la primera parte corresponde a datos sociodemográficos, la segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes gineco-obstétricos, la tercera parte recogerá información para la investigación sobre el diagnóstico y el método utilizado.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
2.1	✓		✓		✓		✓		✓		
2.2	✓		✓		✓		✓		✓		
2.3	✓		✓		✓		✓		✓		
2.4	✓		✓		✓		✓		✓		
3.1	✓		✓		✓		✓		✓		
3.2	✓		✓		✓		✓		✓		
3.3	✓		✓		✓		✓		✓		
3.4	✓		✓		✓		✓		✓		
3.5	✓		✓		✓		✓		✓		
3.6	✓		✓		✓		✓		✓		
4.1	✓		✓		✓		✓		✓		
4.2	✓		✓		✓		✓		✓		

Aspectos Generales Si No

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas. Si No

Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación. Si No

Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial. Si No

El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir. Si No



JUICIO FINAL DE VALORES DEL INSTRUMENTO: marque con un aspa en la casilla que considere conveniente según su criterio del presente instrumento.

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: *29.5.21* Firma: *[Firma]* E-mail: *leon24@ujc.edu.pe* Teléfono: *932349582*

Elaborado por Carral Y (2009)

Anexo 3.


UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA


CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Experto profesional, siendo consciente de su responsabilidad profesional, autorizo su participación para la validación del presente instrumento para fines de información, siendo este un requisito necesario en toda investigación. Por ello adjunto a esta forma el instrumento y el cuadro de observaciones de acuerdo a lo solicitado por el artículo 10 del presente artículo.

1. NOMBRE DEL JEFE

2. PROFESIÓN: *Enfermera*

TÍTULO Y EL GRADO ACADÉMICO OBTENIDO: *Enfermería en Cajamarca*

EXPERIENCIA: *Enfermería Especialista en Ginecología y Obstetricia*

EXPERIENCIA PROFESIONAL en años: *20 años*

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: *C.A.S.O. - U.C.C.*

CARGO: *Enfermera*

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: *Epidemiología de Lesiones Premalignas y Malignas de Cérvix. Liga Peruana De Lucha Contra El Cáncer Píez Cajamarca 2017*

4. NOMBRE DEL TESISISTA: *Crista García Harner Ordoñez*

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: *Determinar la frecuencia y distribución de las lesiones premalignas y malignas de cervix en las mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Píez Cajamarca para el periodo 2015 - 2019*

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:

La presente investigación tiene como finalidad de recoger información sobre la prevalencia de las lesiones intraepiteliales y cáncer cervicovaginal, el cual está estructurado en dos partes. La primera parte corresponde a datos sociodemográficos. La segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes ginecológicos, la historia para recoger información para la investigación sobre el diagnóstico y el método utilizado.

A continuación, se debe identificar el tipo o preguntas y contestar marcando con un X en la casilla que usted considere correspondiente y además puede escribir alguna otra observación en la columna de observaciones.

No.	¿Concorda con la estructura?		¿Concorda con el contenido?		¿Relaciona a la investigación (tema)?		¿Lenguaje adecuado con el nivel del instrumento?		¿Vale si son preguntas reales?		Observaciones ya debe observarse o modificarse en algo que haya indicado
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1	X		X		X		X		X		
2	X		X		X		X		X		
3	X		X		X		X		X		
4	X		X		X		X		X		
5	X		X		X		X		X		
6	X		X		X		X		X		
7	X		X		X		X		X		
8	X		X		X		X		X		
9	X		X		X		X		X		
10	X		X		X		X		X		
11	X		X		X		X		X		
12	X		X		X		X		X		
13	X		X		X		X		X		
14	X		X		X		X		X		
15	X		X		X		X		X		
16	X		X		X		X		X		
17	X		X		X		X		X		
18	X		X		X		X		X		
19	X		X		X		X		X		
20	X		X		X		X		X		
21	X		X		X		X		X		
22	X		X		X		X		X		
23	X		X		X		X		X		
24	X		X		X		X		X		
25	X		X		X		X		X		
26	X		X		X		X		X		
27	X		X		X		X		X		
28	X		X		X		X		X		
29	X		X		X		X		X		
30	X		X		X		X		X		
31	X		X		X		X		X		
32	X		X		X		X		X		
33	X		X		X		X		X		
34	X		X		X		X		X		
35	X		X		X		X		X		
36	X		X		X		X		X		
37	X		X		X		X		X		
38	X		X		X		X		X		
39	X		X		X		X		X		
40	X		X		X		X		X		
41	X		X		X		X		X		
42	X		X		X		X		X		
43	X		X		X		X		X		
44	X		X		X		X		X		
45	X		X		X		X		X		
46	X		X		X		X		X		
47	X		X		X		X		X		
48	X		X		X		X		X		
49	X		X		X		X		X		
50	X		X		X		X		X		

Instrumento contiene modificaciones claras y precisas para aplicar el instrumento

El experto puntúa el logro del objetivo de la investigación

El formato está distribuido en forma lógica y secuencial

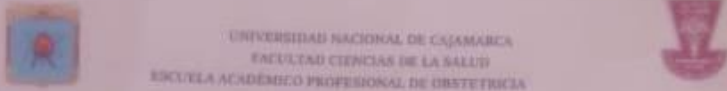
El número de ítems es suficiente para recoger la información. Es el de que respecta al instrumento, según los ítems y el año

APLICABLE AL VALOR DEL EXPERTO: siempre que se haya en la opción que corresponde convenientemente según su análisis del presente instrumento.

APLICABLE ATENDIDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Nombre: *[Firma]* Teléfono: *[Firma]*

Anexo 4.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CARTILLA DE VALIDACION DE CRITERIO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información, siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradecido por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ: María Isabel Huaccha Alvarez

2. PROFESIÓN: Obstetra

TÍTULO Y O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO: Obstetra

ESPECIALIDAD: Obstetricia

EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años): 20 años

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: H. de Cajamarca

CARGO: Coord. Programa Cáncer

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: Epidemiología de Lesiones Premalignas y Malignas de Cérvis. Liga Peruana De Lucha Contra El Cáncer Filial Cajamarca 2021

4. NOMBRE DEL TESISISTA: Graus Garcia, Hamer Ortado

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN: Determinar la frecuencia y distribución de las lesiones premalignas y malignas de cérvix en las mujeres atendidas en la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer Filial Cajamarca, para el periodo 2013 - 2019

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: La presente investigación tiene como finalidad de recoger información sobre la frecuencia y distribución de las lesiones premalignas y malignas de cérvix, el cual está estructurado en tres partes: la primera parte corresponde a datos sociodemográficos, la segunda parte sirve para recoger información sobre antecedentes gineco-obstétricos, la tercera parte recogerá información para la investigación sobre el diagnóstico y el método utilizado.

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un xpa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
1.1	x		x		x		x		x		
1.2	x		x		x		x		x		
1.3	x		x		x		x		x		
1.4	x		x		x		x		x		
2.1	x		x		x		x		x		
2.2	x		x		x		x		x		
2.3	x		x		x		x		x		
2.4	x		x		x		x		x		
2.5	x		x		x		x		x		
2.5	x		x		x		x		x		
3.1	x		x		x		x		x		
3.2	x		x		x		x		x		
4.1	x		x		x		x		x		
4.2	x		x		x		x		x		

Aspectos	Generales	
	Si	No
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas	x	
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación	x	
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial	x	
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir	x	

JUICIO FINAL DE VALOR DEL EXPERTO: marque con un xpa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento.

APLICABLE APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES NO APLICABLE

Fecha: 20-5-2024 Firma: [Firma] E-mail: [Email] Teléfono: 966223571

Elaborado por Canal Y (2008)