

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**INCIDENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL
CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II
OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE
TACNA, ENTRE LOS AÑOS 2009-2013.**

TESIS

Presentada por:

Bach. Lizbeth Victoria Huanacuni Mamani

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN-TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**INCIDENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL
CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II
OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE
TACNA, ENTRE LOS AÑOS 2009-2013**

TESIS


Presentada por:

Bach. Lizbeth Victoria Huanacuni Mamani


Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

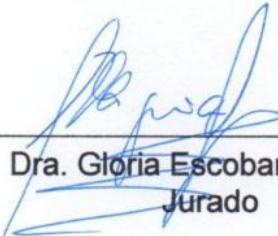
Aprobado por *Unanimidad*, ante el siguiente jurado:



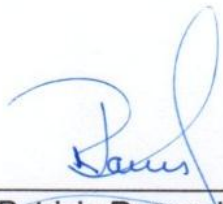
Dra. Iris Paredes Gonzales
Presidente



Dra. Carmen Linares Torres
Jurado



Dra. Gloria Escobar Bermejo
Jurado



Lic. Patricia Ramos Huajardo
Asesora

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en momentos de debilidad y bendecirme cada día.

Le doy gracias a mi familia por sus consejos y apoyo incondicional en todo momento.

Y a aquellas personas, que he tenido la suerte de conocer y me han apoyado en el proceso y culminación de mi formación como profesional.

DEDICATORIA

A Dios, por siempre estar conmigo, por su guía y motivación cada día.

A mis padres y hermanos, por estar siempre a mi lado brindándome sus consejos y cariño.

A mis profesores, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

ÍNDICE

	PÁG.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
CONTENIDO	v
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	ix
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	06
1.2. Formulación del problema	09
1.3. Justificación e importancia	09
1.4. Objetivos	10
1.4.1. Objetivo general	10
1.4.2. Objetivos específicos	11

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	12
2.1. Antecedentes del problema	12
2.2. Bases teóricas	21
2.2.1. Tamizaje de cáncer cervicouterino	18
2.2.2. Generalidades del cáncer	24
2.2.3. Epidemiología del cáncer	25
2.2.4. Factores de riesgo	26
2.2.5. Signos y síntomas	26
2.2.6. Reporte citológico	27
2.2.7. Sistema Bethesda	28
2.2.8. Interpretación de resultados de la citología	33
A) Calidad de la muestra	33
B) Categorización general	33
2.2.9. Anomalías de células escamosas	35
2.2.10. Anomalías de células glandulares	38
2.2.11. Métodos de tamizaje	39
2.2.12. Pruebas diagnósticas	42
2.2.13. Prevención de cáncer cervicouterino	42
2.3. Definición de términos	45
2.3.1. PAP	36
2.3.2. Cervicouterino	46

2.3.3.Carcinoma	46
2.3.4.Cáncer	46
2.3.5.Canceroso	46
2.3.6.Citología cervical	46
2.3.7.Displasia	47
2.3.8.Neoplasia	47
2.3.9.Incidencia	48
2.3.10.Tendencia	48
2.3.10.Sistema de clasificación Bethesda	48
2.3.12.Tamizaje	48
2.3.13.Virus del papiloma humano	48
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	50
3.1.Tipo y diseño de la investigación	50
3.2.Población y Muestra	50
3.2.1 Población	50
3.2.2 Muestra	50
3.2.3 Tipo de muestreo	51
3.3.Operación de variables	52
3.4. Método y técnicas de recolección de datos	54
3.4.1. Técnica	54

3.4.2. Instrumento	54
3.5. Procesos de desarrollo de la investigación	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	55
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	93

ÍNDICE DE TABLAS

	PÁG.
TABLA 1: RESULTADOS DE PAP EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	37
TABLA 2: INCIDENCIA DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	39
TABLA 3: INCIDENCIA DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LEIBG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-2013	41
TABLA 4: INCIDENCIA DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO (LEIAG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-	43

2013

TABLA 5:	INCIDENCIA DE CARCINOMA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA, 2009-2013	45
TABLA 6:	INCIDENCIA DE LESIONES CERVICALES PRE MALIGNAS O MALIGNAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	47
TABLA 7:	INCIDENCIA DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	49
TABLA 8:	INCIDENCIA DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LEIBG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-2013	51

TABLA 9:	DISTRIBUCIÓN DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LEIBG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-2013	53
TABLA 10:	DISTRIBUCIÓN DE CARCINOMA CERVICAL POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA, 2009-2013	55
TABLA 11:	DISTRIBUCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	57

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
GRÁFICO 1: RESULTADOS DE PAP EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	37
GRÁFICO 2: INCIDENCIA DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	39
GRÁFICO 3: INCIDENCIA DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LEIBG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-2013	41
GRÁFICO 4: INCIDENCIA DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO (LEIAG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA.	43

2009-2013

GRÁFICO 5:	INCIDENCIA DE CARCINOMA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA, 2009-2013	45
GRÁFICO 6:	INCIDENCIA DE LESIONES CERVICALES PRE MALIGNAS O MALIGNAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	47
GRÁFICO 7:	INCIDENCIA DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013	49
GRÁFICO 8:	INCIDENCIA DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LEIBG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR	51

FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-2013

- GRÁFICO 9: DISTRIBUCIÓN DE LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LEIBG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA DE TACNA. 2009-2013 53
- GRÁFICO 10: DISTRIBUCIÓN DE CARCINOMA CERVICAL POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA, 2009-2013 55
- GRÁFICO 11: DISTRIBUCIÓN DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DAVILA ESSALUD DE TACNA. 2009-2013 57

RESUMEN

El cáncer cervicouterino es una entidad de alta incidencia en países subdesarrollados. Por ello, el tratamiento de las lesiones precancerosas es importante en la reducción de la morbimortalidad por esta patología.

El estudio tuvo como objetivo determinar la incidencia de lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres atendidas en el CAP II Oscar Fernandez Dávila EsSalud Tacna, de 2009 a 2013.

Se trató de un diseño descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

La población de estudio estuvo conformada por todas las pacientes que se sometieron a examen citológico en el CAP II Oscar Fernandez Dávila EsSalud Tacna de 2009 a 2013, se excluyeron las que no tuvieron reporte citológico o tuvieron un resultado inadecuado.

Con el estudio se determinó que la incidencia de lesión escamosa intraepitelial cervical fue de 1,19%, siendo las lesiones premalignas 1,19% y 0,02% malignas, siendo a mayor edad mayor riesgo de lesiones malignas.

Palabras Clave: Cáncer de cuello uterino, Carcinoma cervical, lesión escamosa intraepitelial cervical.

ABSTRACT

Cervical cancer is an entity with a high incidence in developing countries. Therefore, treatment of precancerous lesions is important in reducing morbidity and mortality from this disease.

The study aimed to determine the incidence of cervical squamous intraepithelial lesion in women attending the CAP II Oscar Fernandez Davila EsSalud Tacna, from 2009 to 2013.

It was a descriptive, retrospective and cross-sectional design.

The study population consisted of all patients who underwent cytological examination in the CAP II Oscar Fernandez Davila EsSalud Tacna 2009 to 2013, were excluded from the report that had no cytological or had inadequate result.

The study found that the incidence of cervical squamous intraepithelial lesions was 1.19%, and 1.19% premalignant lesions and malignant 0.02%, being higher age increased risk of malignant lesions.

Keywords: Cervical cancer, cervical carcinoma, squamous intraepithelial lesion cervical.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino en nuestro país, constituye un problema social y de salud, siendo una de las amenazas más graves para la vida de la mujer. Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el 2012 se diagnosticaron 528.000 casos nuevos, y 266.000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países menos desarrollados. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años. Aunque es una enfermedad en gran parte prevenible, es una de las principales causas de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo. La mayoría de esas defunciones ocurren en países de ingresos bajos o medianos¹.

En el Perú, el cáncer cervicouterino es la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población. La incidencia de cáncer cervical es de 34,5 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 16,3 por 100.000, según el Minsa (Ministerio de Salud)².

Las lesiones escamosas cervicales son cambios diferenciados en las células epiteliales de la zona de transformación del cérvix; las células empiezan a desarrollarse de manera anormal en presencia de una infección persistente o prolongada por VPH. En la mayoría de los cánceres, aunque tengan una fase precursora, esta es demasiado breve para ser detectada y no es fácilmente susceptible de diagnóstico y tratamiento. El cáncer cervicouterino es uno de los pocos cuya fase precursora (lesiones precancerosas) duran muchos años antes de convertirse en cáncer invasor, brindando amplias oportunidades para tamizaje y tratamiento.

Lamentablemente, aunque sea prevenible, gran número de mujeres mueren todavía de cáncer cervicouterino en muchos países. Esto es porque carecen de acceso a servicios de prevención y tratamiento, problema que puede obedecer a numerosos factores, como barreras que limitan el acceso a los servicios (por ejemplo, horarios de atención, distancia, falta de transporte) así como barreras culturales y de género. En la mayoría de casos, sin embargo, la causa principal es la pobreza¹.

La causa primaria del precáncer cervicouterino y del cáncer cervicouterino escamoso es la infección por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo (16, 18, 31 y 33), asociado a otros cofactores infecciosos, cigarrillo, anticonceptivos, relaciones sexuales a temprana

edad, promiscuidad sexual de la pareja, estatus socioeconómico bajo y otros³.

El tamizaje de las lesiones precancerosas de cuello uterino constituye una parte importante del cuidado de la mujer. Es una forma de detectar células del cérvix anormales, lesiones precancerosas, así como también cánceres cervicales en etapa temprana que se pueden tratar con mucho éxito. Las pruebas de detección de VPH, los estudios citológicos y la inspección visual con ácido acético (IVAA) son métodos de tamizaje recomendados. Y un avance importante para la prevención primaria y control del cáncer cervicouterino es la implementación de la vacuna contra el VPH de las niñas de 9 a 13 años de edad, antes de que inicien su actividad sexual.

A pesar del perfeccionamiento de los métodos quirúrgicos y de las técnicas radioterapéuticas, en los últimos decenios no han disminuido las tasas de morbilidad, ante esta grave situación lo que podemos hacer es un diagnóstico de las lesiones pre malignas del epitelio del cuello uterino e ir disminuyendo las tasas de morbilidad. Hoy en día pueden ser identificadas fácilmente y el éxito de la prevención ginecológica estará relacionada, fundamentalmente, a los siguientes actores:

Uso de un método de citodiagnóstico exfoliativo que abarque grandes poblaciones de personas susceptibles, sin excesivo gasto de tiempo y material. Uno de los métodos más eficaces para lograr la detección del carcinoma del cuello uterino y sus precursores es el rastreo citológico por la técnica de Papanicolaou, método sencillo y económico, para ello se empieza con una buena toma de muestra. De aquí el éxito en el resultado.

Un sistema para informar los resultados de los extendidos de Papanicolaou que sirva para dar a conocer la interpretación citológica al ginecólogo de un modo claro y relevante. El sistema Bethesda para el reporte del diagnóstico citológico cérvico-vaginal fue desarrollado por el Instituto Nacional de Cáncer de Baltimore, USA. El formato del sistema de Bethesda incluye un diagnóstico descriptivo y una evaluación adecuada del espécimen.

Todas las mujeres deben ser sometidas a un examen continuo, permanente y periódico a partir de la primera relación sexual, el que debe sugerido utilizando los medios de comunicación moderna. La pesquisa de cáncer requiere de un soporte educativo muy importante, en el que la población debe ser informada y motivada para acudir a este tipo de consulta, ya que el cáncer continuará por muchos años constituyendo un reto para la política de salud³.

El CAP II Oscar Fernandez Dávila, emplea como método de prevención y control del cáncer únicamente la prueba de Papanicolaou. Por lo que, si los resultados de este estudio nos muestran cambios anormales en las células del cuello uterino, se refiere a las pacientes al Hospital Daniel Alcides Carrión EsSalud, para una atención y complementación diagnóstica según la necesidad de la usuaria.

El presente trabajo de investigación, se ha desarrollado con datos obtenidos del Programa de detección del cáncer de cuello uterino en el servicio de Obstetricia, y se conocerá la incidencia de lesiones precancerosas y cancerosas del cuello uterino, la evolución que ha tenido esta enfermedad a lo largo de los años 2009-2013 (tendencias) lo que nos brinda el panorama en cuanto a la situación de salud en la que se encuentra nuestra localidad.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

El cáncer cervicouterino (CCU) se presenta en todo el mundo, pero las tasas de incidencia más altas se encuentran en América Central y del Sur, África Oriental, Asia Meridional y Sudoriental y el Pacífico Occidental. En los tres últimos decenios, las tasas de cáncer han descendido en la mayor parte del mundo desarrollado, en gran medida como resultado de los programas de tamizaje y tratamiento. En cambio, en la mayoría de los países en desarrollo las tasas han aumentado o se han mantenido estacionarias. También existen grandes disparidades en el mundo desarrollado, donde las mujeres rurales y las más pobres corren mayor riesgo de cáncer cervicouterino invasor. La mayoría de las mujeres que mueren de cáncer cervicouterino, en particular en países en desarrollo, se encontraban en el apogeo de la vida. Puede que hayan criado a varios hijos, cuidado a sus familias y contribuido a la vida social y económica de las ciudades o pueblos donde vivieron. La muerte de una mujer es tanto una tragedia

personal como una pérdida triste e innecesaria para su familia y su comunidad, con repercusiones enormes para el bienestar de ambas¹.

El CCU a nivel mundial, es el segundo en frecuencia en mujeres, después del carcinoma de mama⁴.

En el 2012 se diagnosticaron 528.000 casos nuevos, y 266.000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos¹.

En el Perú, la incidencia de CCU es de 34,5 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad es de 16,3 por 100.000. Siendo este tipo de cáncer la primera causa de muerte en mujeres a nivel nacional y segunda en frecuencia en la población².

A nivel nacional, los departamentos con mayor promedio de casos notificados de cáncer son Lima, La Libertad, Lambayeque, Callao y Piura. Se encontró que el cáncer registrado con mayor frecuencia fue el de cérvix (14.9%). seguido del cáncer de estómago (11.1%) y el cáncer de mama (10.3%). Por otro lado, los departamentos con menos casos son Moquegua y Madre de Dios, ocupando Tacna el lugar 21 con 113 casos de cáncer registrados durante el periodo 2006-2011⁵.

En Tacna el 2011 se registraron 16 casos de muerte por cáncer cervicouterino que afectaron en mayor proporción a las mujeres entre 50-60 años (50%)⁶. En el año 2014 se registraron 14 muertes, del total de las defunciones de ese año⁷.

El CCU es el resultado de la progresión de leves anomalías epiteliales llamadas lesiones, displasias o neoplasias intraepiteliales, diagnóstico frecuente en mujeres entre 20 y 40 años, progresando a malignidad conforme avanza la edad⁸. Se considera a estas lesiones la antesala del cáncer, por lo que existen Programas de Prevención y Control que permiten que las mujeres se sometan a pruebas para detectar la mayor parte de las lesiones en fases en que todavía pueden tratarse fácilmente. El método de prevención primaria habitual es la prueba de Papanicolaou que examina el cuello uterino para detectar células anormales que podrían convertirse en cáncer.

Siendo uno de los países con las tasas más altas de cáncer cervicouterino, es importante que se conozca la situación en la que se encuentra nuestra localidad. El presente trabajo fue un estudio descriptivo, retrospectivo sobre los resultados de Papanicolaou realizados en el CAP II Oscar Fernandez Dávila EsSalud de 2009 a 2013, cuyo objetivo principal es conocer la incidencia de las

lesiones precancerosas en la población, y la evolución que ha tenido esta enfermedad a lo largo de los años.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la incidencia de lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres atendidas en el CAP II Oscar Fernandez Dávila Essalud Tacna, de 2009 a 2013?

1.3. Justificación e importancia

En el Perú, el cáncer cervicouterino es de alta incidencia y mortalidad con implicaciones trascendentes en la salud de la mujer que tiene consecuencias graves para el bienestar de la familia y la comunidad. Es importante incrementar o mejorar nuestro conocimiento acerca de la magnitud del problema.

Actualmente, el CAP II Oscar Fernandez Dávila EsSalud no cuenta con un registro estadístico sobre la incidencia de lesiones precancerosas y/o cancerosas, lo cual limita enormemente realizar un análisis de la morbilidad, al no registrarse adecuadamente esta información.

El presente trabajo de investigación se ha desarrollado con datos obtenidos del registro del Programa de prevención del cáncer de cuello uterino del servicio de Obstetricia. Y los resultados que se obtengan de este estudio nos permitirán conocer la incidencia y tendencia de lesión escamosa intraepitelial cervical durante 5 años consecutivos.

Asimismo, tendrá un aporte en el conocimiento sobre la incidencia de lesiones precancerosas en la población y podrá servir como guía para futuras investigaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la incidencia de lesión escamosa intraepitelial cervical en mujeres atendidas en el CAP II Oscar Fernandez Dávila Essalud Tacna, de 2009 a 2013.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar la incidencia de Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), lesiones intraepiteliales

escamosas de bajo y alto grado, y carcinoma de células escamosas.

- Determinar la incidencia de lesiones pre malignas y malignas en los estudios citológicos de las usuarias
- Determinar la tendencia de las lesiones cervicales durante los años de estudio.
- Determinar la incidencia de lesiones cervicales clasificando según grupo etario.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

A NIVEL MUNDIAL

LUIS MENDOZA T., MARLY PEDROZA P., PAUL MICOLTA C., ANDRÉS RAMIREZ R., CHRISTIAN CÁCERES G., DARLING LÓPEZ S., ANTONIO NUÑEZ G., MARIA ACUÑA P., en la investigación titulada “Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana.” Se tuvo como objetivo determinar la prevalencia de las lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Tuluá, Colombia, entre los años 2008-2010. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron mujeres entre los 15 y 75 años, residentes en el Municipio de Tuluá. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas, empleándose la mediana o el promedio con sus varianzas según su distribución, y frecuencias y proporciones para las variables categóricas. Se incluyeron 3.539 mujeres. La mediana de la edad fue 38 años con rango intercuartil, la mediana del número de partos 1. En relación a

la seguridad social y uso de métodos anticonceptivos, la mayoría eran particulares y no utilizaban ningún método. El 87,5% de las citologías se reportaron como negativas, 8,2% lesión de bajo grado, 2,6% células escamosas atípicas de significado indeterminado, 0,9% lesiones de alto grado, 0,4% células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado ASC-H, 0,4% células glandulares atípicas de significado incierto (ASGUS) y 0,2% carcinoma invasor. La prevalencia de las anormalidades citológicas fue baja en todos los grupos analizados, sin embargo, existe un mayor número de Lesiones de bajo grado hacia la cuarta década de la vida y en aquellas que iniciaron su vida sexual después de los 40 años. De igual manera se encontró una relación inversa entre el número de partos, planificación familiar hormonal y aparición de lesiones pre neoplásicas⁹.

BEATRIZ RIVERA RÚA, JAIME QUINTERO TOBÓN, en la investigación titulada “Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente asistencial de la escuela de bacteriología Universidad de Antioquia, 2006”, con una muestra representativa de 404 registros, correspondientes a mujeres que se

realizaron la citología en el año 2005. Como resultados, se obtuvo una prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas (LIES) de 3.2% (13 casos), no se observó ningún caso de cáncer invasor. Esta prevalencia se encuentra en el rango de las reportadas en otros estudios realizados por medio de la citología cervicovaginal, en población general del departamento de Antioquia, donde los resultados fluctúan entre 2 y 5%. No se encontró relación con significancia estadística entre las lesiones intraepiteliales y las infecciones cervicovaginales. Tampoco con la mayoría de los factores de riesgo reportados por literatura. Solo se obtuvo significancia estadística con haber tenido más de 3 compañeros sexuales con un riesgo relativo de 3.67%¹⁰.

ZULMA PAYAN VALENZUELA, en la investigación titulada “Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales de bajo y alto grado por IVPH (Infección del Virus del Papiloma Humano) en pacientes con ASCUS (Atipias escamosas de significado incierto) en citología exfoliativa cervical y hallazgos colposcópicos de vasos atípicos en la clínica de displasias del Hospital Materno-infantil Issemym en el periodo comprendido del 1 de Marzo del 2011 al 28 de Febrero del 2012.” De las 61 mujeres

con ASCUS, 49 confirmaron para lesión intraepitelial de bajo grado, 12 para lesión de alto grado, con una prevalencia de 80% y 19% respectivamente, se encontró tabaquismo en un 78.6%, empleo de anticoncepción oral de 82%, la media del número de parejas sexuales fue 3.5 ± 1.5 , del inicio de vida sexual de 17.5 ± 3 años y la edad promedio de 31.5 ± 6 ¹¹.

MIRELLA C. TORRES VIDAL, en la investigación titulada "Evaluación de los resultados de papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el sub centro de salud " 29 de Noviembre" de la ciudad de Santa Rosa, 2009. Este estudio se realizó revisando las historias clínicas únicas del año 2009 de dicho centro de salud. El tamaño muestral fueron las 190 historias clínicas con sus respectivos exámenes de Papanicolaou. Los resultados obtenidos fueron: la gran mayoría de pacientes en consulta externa, han ido una vez al subcentro de salud en un 85.7%, entregándosele el resultado de su prueba de PAP al 95.78%; las mujeres incluidas en ésta investigación, en su mayoría están en un rango de edad entre 20 y 45 años, han gestado entre 1 y 6 veces, con mínima presencia de abortos esporádicos. El

97,36% procedieron de Santa Rosa, del barrio 29 de Noviembre, su estado civil fue de unión libre en un 53,15% y han cursado solamente la primaria en su mayoría. El 30% de las mujeres de 20 a 35 años han demostrado inflamaciones moderadas. De los 190 casos estudiados el 51.57% no han presentado ITS y el 48.42% si las tuvieron, de las cuales el 40% de ellas fueron por vaginosis bacteriana y el 8,42% otras infecciones. El 83,15% el resultado fue negativo para cáncer uterino, el 12,63% dió un resultado indeterminado, mientras que el 3,15% fué una neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC 1) y el 1,02% NIC 1 + HPV¹².

A NIVEL NACIONAL

PEDRO MENGOLÉ AMAYA, TERESA MENGOLÉ AMAYA, en la investigación titulada “Diagnóstico citológico cervico-vaginal por el Sistema Bethesda en el hospital José Agurto Tello de Chosica, entre Enero a Julio del 2011.” El diagnóstico citológico aplicando los criterios del Sistema Bethesda 2001 indicó que, de los 431 pacientes atendidos, 398 (92.4%) fueron Negativos para Lesión Intraepitelial o malignidad de los cuales 165(38.3%) presentaron epitelio normal y 233 (54.1%) presentaron cambios celulares reactivos asociados a inflamación. El 84.1% de estos

casos corresponden a rangos de edades entre 21 a 50 años. La evaluación citológica reveló 233 casos (54.1%) con diversos cambios celulares benignos asociados a infección de los cuales 208 (48.3%) correspondieron a flora coco-bacilar y cocoide. Se encontraron 33 (7.6%) casos positivos; 9 (2.1%) LIEBG asociados a PVH, de los cuales 6 casos correspondieron a edades entre 31 a 40 años; 14 (3.2%) LIEBG – NIC I, de los cuales 7 casos correspondieron a edades entre 36 a 40 años; 7 (1.6%) LIEAG – NIC II, de los cuales 4 casos correspondieron a edades entre 46 a 55 años; 3 (0.7%) LIEAG – NIC III, que correspondieron a mujeres de 30, 39 y 65 años, respectivamente. Los resultados citológicos muestran que las lesiones escamosas intraepiteliales tuvieron alta prevalencia (7.7%)¹³.

JEEL MOYA SALAZAR, LIZ PIO DÁVILA, en la investigación titulada “Prevalencia de anormalidades cérvico-uterinas asociadas al nivel de pobreza en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011-2013.” Se realizó un estudio analítico correlacional, retrospectivo de corte transversal. El criterio de inclusión se constituyó de muestras positivas que cumplieron con los criterios de calidad según la Guía Bethesda 2005 y referidas por

convenio al hospital. Para la determinación del nivel de pobreza del distrito de procedencia de las pacientes, se empleó el mapa de pobreza de Foncodes 2009. El análisis de datos y la verificación estadística de los resultados se realizaron desde el analizador estadístico SPSS versión 20.0. Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman para establecer la correlación entre variables. Además, se determinó el porcentaje de resultados de células escamosas atípicas. En el periodo estudiado se registraron 118 016 casos, 4621 casos positivos para anomalías cervico-uterinas, con prevalencia de 4,11 % y un incremento de 14,6 %. Conjuntamente, 47,55 % para LSIL (28,80 % HPV), 37,94 % para ASCUS, 9,42 % para HSIL, 4,27 % para ASC-H y AGUS y 0,83 % para carcinomas cervicales. Se estableció una correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y anomalías cervico-uterinas, ($\rho=0,492$; $p<0,005$) muy relacionada con Cáncer Cervicouterino y HSIL. Las microrredes de San Martín de Porres y del Rímac presentan elevaciones estadísticas en LSIL y HPV, y HSIL y carcinomas. Se confirma la correlación entre el nivel de pobreza y anomalías cervico-uterinas, la continuidad de HPV en los informes, y se reafirma la

importancia de las células escamosas atípicas en el diagnóstico citológico⁸.

MARÍA VALLÉZ B., MANUEL BERDAYES V., en la investigación titulada "Prevalencia de lesiones preinvasivas de cuello uterino en pacientes asistentes al Departamento de Terapéutica Oncológica del H.U.R.P. Durante el período enero 2007- enero 2009 y su evolución hasta julio 2009." Del total de 182 pacientes (se excluyeron 80) Se evaluaron 102 pacientes con edades comprendidas entre los 18 y 72 años de edad, de las cuales el mayor grupo etario se situó entre los 29 y 39 años. A su vez, del total de pacientes evaluadas al examen citológico inicial prevalecen las lesiones de bajo grado con un 53,92%. Adicionalmente, se registraron otros datos relacionados a las características biopsicosociales de las pacientes, encontrando que el 64,70% de las pacientes negaron poseer hábitos psicobiológicos. Así mismo, el 52,94% se encuentran residenciadas en la localidad de ciudad bolívar y un importante 84,31% negó el uso de ACO o TH. Sucesivamente se observaron con un mínimo de 2 controles citológicos a dichas pacientes reportando que solo 2 paciente presentaron en sus controles citológicos una involución de las

lesiones de alto grado, 38,23% permanecieron inalteradas y el restante progresaron a lesiones más graves. A su vez, en las lesiones de bajo grado, el 8,82% presento citología control normal, un 29,41% no presentaron cambios significativos y solo un 15,68% progreso a LIE alto grado¹⁴.

CARMEN NÚÑEZ RENGIFO, en la investigación titulada; “Tamizaje cervicouterino usando Papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la región Loreto 2010.” Tuvo como objetivo conocer la frecuencia de las mujeres portadoras de lesiones producidas por la infección con Papiloma Virus Humano, de 2000 mujeres estudiadas 348 tuvieron algún tipo de anormalidad de las células epiteliales. En 45 casos se encontró lesiones intra epiteliales de alto grado o carcinoma escamoso invasivo. sin embargo a través del proyecto “Mujer salva tu Útero y tu Vida” se desentierra a éste enemigo de la salud pública, se desenmascara a un exterminador de nuestro más grandepreciado capital social regional como es la mujer loreтана amazónica, al demostrarse que el 17.4% de las mujeres han adquirido el PVH en algún momento de su vida, de ahí la importancia del proyecto que tiene un enfoque de promoción de la salud y prevención de enfermedades, descubre

los resultados de las verdaderas prácticas sociales, sexuales y reproductivas existentes en nuestra región¹⁵.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Tamizaje de cáncer cervicouterino

La prueba de citología, conocida como prueba de Papanicolaou o frotis de PAP utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significó un avance en la prevención de CCU en mujeres con vida sexual activa y su importancia radica en ser un método sencillo y económico para detectar lesiones precancerosas fácilmente tratables y curables¹⁰.

El propósito principal de detección con la prueba de Papanicolaou es detectar células anormales que pueden convertirse en cáncer si no son tratadas. La prueba de PAP puede también encontrar estados no cancerosos, como infecciones e inflamación. Puede también encontrar células cancerosas. Sin embargo, en las poblaciones que se hacen exámenes regulares de detección, la prueba de PAP

identifica la mayoría de las células anormales antes de que se conviertan en cáncer.

El PAP consiste en obtener células del cuello del útero con una espátula o un cepillo muy pequeño llamado "citocepillo". Para luego fijarlas y colorearlas sobre un portaobjetos en el laboratorio y ser estudiadas por un citólogo. El PAP es un buen análisis ya estandarizado, pero puede que en algunas ocasiones no encuentre la lesión. Por lo que es conveniente que la calidad del PAP tradicional sea mejorada en su sensibilidad y especificidad, lo que actualmente ha hecho que existan estudios de investigación en varios centros de estudio, con tendencia a solucionar estas inconsistencias. A pesar de esto, se ha establecido que las mujeres que previamente hayan tenido al menos un frotis cervical negativo presenta bajas tasas de cáncer invasor por diez o más años¹².

En marzo de 2012, la Brigada de Servicios Preventivos de los Estados Unidos junto con la Sociedad Americana contra el Cáncer, la Sociedad Estadounidense de Colposcopia y Patología Cervical y la Sociedad Estadounidense de Patología Clínica publicaron pautas

actualizadas respecto de los exámenes selectivos de detección. Estas pautas recomiendan que la mujer se haga su primera prueba de Papanicolaou a los 21 años de edad. Aunque las pautas anteriores recomendaron que las mujeres se hicieran su primera prueba de Papanicolaou tres años después de haber empezado a tener relaciones sexuales, ahora se recomienda esperar hasta los 21 años de edad porque las adolescentes tienen un riesgo muy bajo de padecer cáncer de cérvix y una alta probabilidad de que las células anormales del cérvix desaparecerán por sí solas¹².

Según las pautas actualizadas, las mujeres de 21 a 29 años de edad se deberán hacer una prueba de Papanicolaou cada tres años. Las mujeres de 30 a 65 años de edad pueden hacerse exámenes selectivos de detección cada cinco años con una prueba conjunta de Papanicolaou y de VPH o cada tres años con una prueba de Papanicolaou solamente. Las pautas señalan también que las mujeres con ciertos factores de riesgo pueden necesitar hacerse exámenes selectivos de detección con más frecuencia o continuar haciéndose esos exámenes después de los 65 años de edad. Estos factores de riesgo incluyen tener

infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tener inmunodepresión, haber estado expuesta al dietilestilbestrol antes de nacer y haber sido tratada por lesiones precancerosas del cérvix o por cáncer de cérvix.

Las mujeres que han tenido histerectomía (cirugía para extirpar el útero y el cérvix) no necesitan hacerse exámenes selectivos de detección de cáncer de cérvix, a menos que la histerectomía se haya hecho para tratar una lesión precancerosa del cérvix o cáncer de cérvix¹⁶.

2.2.2. Generalidades del cáncer

El cáncer se refiere a un grupo de más de 100 enfermedades diferentes. Todas ellas afectan la unidad básica del cuerpo; la célula. El cáncer ocurre cuando las células se vuelven anormales y se dividen sin control y sin orden. Las lesiones cervicouterinas fueron de gran interés desde principios del siglo pasado. Fue Cullen, en 1990, el primero en describir las células neoplásicas limitadas al epitelio del cérvix, y Rubin (1900), una década después, quién concluyó que el epitelio displásico superficial era el

estadio más precoz al cáncer invasor de células escamosas de cérvix, término que fue introducido como carcinoma in situ (Ca In Situ) ¹⁰.

2.2.3. Epidemiología del cáncer

En el mundo ocurren 490.000 casos nuevos de cáncer CCU por año, 270.000 mujeres mueren por causa de esta enfermedad y ocurren principalmente en países en desarrollo. En el 2012, más de 83.100 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino en la región de las Américas y casi 35.700 mujeres fallecieron a causa de esta enfermedad¹⁷.

La tasa de mortalidad en Perú (16.25) es una de las más altas de América. En 2007, se presentaron 5400 casos, con incidencia de 34,5% por 100,000 mujeres, más de 12 casos diarios. Aproximadamente 2663 muertes, 16.3% por 100,000 mujeres, casi 6 muertes diarias².

En Tacna, en el periodo 2006-2011 se presentó una incidencia de 21,9% por 100,000 mujeres⁵.

2.2.4. Factores de riesgo del cáncer cervicouterino

- Infección por el virus del papiloma humano (VPH).
- Tabaquismo.
- Inmunosupresión.
- Infección con clamidia.
- Una alimentación con pocas frutas y verduras.
- Tener sobrepeso.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales (píldoras para el control de la natalidad).
- Multiparidad.
- Tener menos de 17 años en el primer embarazo.
- Pobreza.
- Dietilestilbestrol (DES)
- Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino¹⁸.

2.2.5. Signos y síntomas del cáncer cervicouterino

Las mujeres con cánceres de cuello uterino en etapa temprana y precánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta que un cáncer se torna invasivo y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después del coito vaginal, sangrado después de la menopausia, sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. También puede ocurrir sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico.
- Una secreción vaginal inusual (la secreción puede contener algo de sangre y se puede presentar entre sus periodos o después de la menopausia).
- Dolor durante las relaciones sexuales (coito) ¹⁹.

2.2.6. Reporte Citológico

El Sistema de Bethesda fue propuesto por primera vez en un taller auspiciado por el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, realizado en la ciudad de Bethesda, en diciembre de 1988. La reunión, en la que participaron una pléyade de citopatólogos, fue motivada por la necesidad de estandarizar la terminología y uniformizar las características de los informes de los resultados. Se reconoció al informe citológico, en último término, el

responsable médico y legal del diagnóstico citológico. En 1991 se realizó un segundo taller para modificar el Sistema Bethesda, sobre la base de la experiencia clínica y de laboratorio después de su aplicación. En Abril de 2001 se efectuó el tercer taller, para evaluar y actualizar la terminología acordada en 1991. Las modificaciones reflejan los importantes avances en el conocimiento de la neoplasia cervical y de la tecnología del tamizaje. Actualmente, más de 90% de los laboratorios de los Estados Unidos utiliza alguna forma del Sistema de Bethesda. En el Perú, la nomenclatura de este sistema ha sido adoptada por el Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino del Ministerio de Salud²⁰.

2.2.7. Sistema Bethesda (versión 2001)

El fin de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada para el diagnóstico de la paciente. Este informe es descriptivo en el que se incluyen varios aspectos citológicos como el nivel hormonal, morfológico y microbiológico²¹.

Su última versión actualizada en el año 2001, cuyo detalle se haya a continuación, lo ha convertido en el más recomendado.

EL SISTEMA BETHESDA 2001	
CLASIFICACIÓN	RESULTADO
CALIDAD DE LA MUESTRA	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfactorio para evaluación: (describir presencia o ausencia del componente endocervical o de la zona de transformación, y cualquier otro indicador de calidad, por ejemplo: parcialmente cubierto de sangre, inflamación, etc.). • Satisfactoria pero limitada. • Insatisfactorio para evaluación: espécimen rechazado – no procesado (especificar razón).
CATEGORIZACIÓN GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Negativo para lesión intraepitelial o malignidad.

(OPCIONAL)	<ul style="list-style-type: none"> • Anormalidades en células epiteliales (ver interpretación / resultado). • Otros.
INTERPRETACIÓN / RESULTADO	<p>Negativo para lesión intraepitelial o malignidad. (Cuando no hay evidencias celulares de neoplasia, citar en esta sección del informe existan o no evidencias de microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos).</p>
ORGANISMOS	<ul style="list-style-type: none"> • Tricomonas vaginalis. • Hongos, compatibles con Candida spp. • Cambios en la flora compatibles con vaginosis bacteriana. • Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces spp. • Cambios celulares compatibles con Herpes Virus Simple.

<p style="text-align: center;">OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS (OPCIONAL)</p>	<p>Cambios celulares reactivos asociados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflamación • Radiación. • DIU. • Células glandulares post histerectomía. • Atrofia.
<p style="text-align: center;">OTROS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Células endometriales presentes (en una mujer de más de 40 años). • Especificar si el extendido es negativo por lesión escamosa intraepitelial.
<p style="text-align: center;">ANORMALIDADES EN CÉLULAS EPITELIALES</p>	<p>En células escamosas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Células escamosas atípicas de significado no determinado – ASC. ASC-US. • ASC-SIL AG. No es posible descartar SIL de ALTO GRADO. • Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado – SIL de BAJO GRADO.

	<ul style="list-style-type: none">• Lesión escamosa intraepitelial de alto grado – SIL de ALTO GRADO.• Carcinoma escamoso. <p>En células glandulares</p> <ul style="list-style-type: none">• Células glandulares atípicas (AGC) (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas).• Células glandulares atípicas-probable neoplasia (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas).• Adenocarcinoma in situ.• Adenocarcinoma invasor.• Otros¹.
--	---

2.2.8. Interpretación de resultados de una prueba de Papanicolaou

a) Calidad de la muestra

- **Satisfactoria para evaluación:** la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- **Satisfactorio pero limitado:** sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año¹⁸.
- **Insatisfactorio:** sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran²².

b) Categorización general

- Negativo para lesiones intraepiteliales o cáncer:

Esta primera categoría significa que no se detectaron signos de cáncer, cambios precancerosos, ni alguna otra anomalía significativa. Algunas muestras en esta categoría son completamente normales. En otras se pueden detectar hallazgos que no tengan que ver con el cáncer de cuello uterino, como por ejemplo, signos de infecciones con hongos, herpes o *Trichomonas vaginalis* (un parásito microscópico). En algunos casos las muestras también pudieran mostrar “cambios celulares reactivos”, que son la forma en que las células del cuello uterino responden a las infecciones u otras irritaciones.

- Anomalías de las células epiteliales: Esto significa que las células que recubren el cuello uterino o la vagina muestran cambios que pudieran ser indicativos de cáncer o de alguna afección precancerosa. Esta categoría se divide en

varios grupos para las **células escamosas** y las **células glandulares**.

- **Otras neoplasias malignas:** Esta categoría es sólo para formas de cáncer que rara vez afectan al cuello uterino, tales como el melanoma maligno, los sarcomas y los linfomas²³.

2.2.9. Anomalías de células escamosas

- **Células escamosas atípicas (atypical squamous cells, ASCs):** esta categoría incluye células escamosas atípicas de importancia incierta (ASC-US) y células escamosas atípicas en las que el alto grado de lesión intraepitelial escamosa (SIL) no puede ser excluido (ASC-H). ASC-US es un término que se usa cuando existen células que lucen anormales, pero que no es posible saber (mediante la observación de las células con un microscopio) si esto se debe a infección, irritación o si es un precáncer. La mayor parte del tiempo, las células identificadas como ASC-US no son precancerosas, aunque se requiere de más pruebas para confirmar esto. Si los resultados de

la prueba de Papanicolaou se identifican como ASC-H, esto significa que se sospecha de una SIL de alto grado. Los resultados de la prueba de Papanicolaou indicando cualquiera de los dos tipos de ASC significan que es necesario realizar más pruebas.

- **Lesiones intraepiteliales escamosas (SIL):** estas anomalías se subdividen en SIL de bajo grado (LEIBG) y de alto grado (LEIAG). En las LEIBG, las células son ligeramente anormales, mientras que en las LEIAG, las células son significativamente anormales. Las LEIBG son menos propensas que las LEIAG a desaparecer sin ningún tratamiento. También son más propensas a convertirse en cáncer con el pasar del tiempo si no se recibe tratamiento. No obstante, la mayoría de las SIL se puede curar con tratamiento y esto evita que se origine un cáncer verdadero. Si los resultados de una prueba de Papanicolaou indican SIL, se requiere de más pruebas²³.

Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, (low-grade squamous intraepithelial lesions, LSIL), se consideran anomalías leves causadas por una infección por VPH. De bajo grado significa que se han observado los primeros cambios en el tamaño y en la forma de las células. Intraepitelial se refiere a la capa de células que forma la superficie del cérvix. Cuando las células del área anormal se extraen y analizan en un microscopio (durante un procedimiento llamado biopsia), por lo general se encuentra que las LSIL tienen cambios celulares leves que pueden clasificarse como displasias leves o neoplasias intraepiteliales de cérvix de grado 1 (CIN-1, cervical intraepithelial neoplasia)¹⁰.

Las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, (high-grade squamous intraepithelial lesions, HSIL), son anomalías más graves que tienen una probabilidad mayor de que se conviertan en cáncer si no son tratadas. De alto grado significa que hay cambios más marcados en el tamaño y en la forma de las células anormales (precancerosas) y que

las células se ven muy diferentes de las células normales. Cuando se examinan en un microscopio, a menudo se encuentra que las HSIL tienen cambios más extensos que pueden clasificarse como displasia moderada o grave o como categorías CIN-2, CIN-3, o CIN-2/3 (en orden de mayor gravedad). El análisis microscópico de las HSIL también puede revelar carcinoma in situ (CIS). El CIS normalmente se incluye en la categoría CIN-3¹⁰.

- **Carcinoma de células escamosas:** este resultado significa que la mujer tiene mayores probabilidades de padecer un cáncer invasivo. Se estarán realizando estudios adicionales para asegurarse del diagnóstico antes de que se pueda planear el tratamiento²³.

2.2.10. Anomalías de células glandulares

- **Adenocarcinoma:** los cánceres de las células glandulares se llaman *adenocarcinomas*. En algunos casos, el patólogo que examina las células puede indicar si el adenocarcinoma comenzó en el

endocérvix, en el útero (endometrio) o en alguna otra parte del cuerpo.

- **Células glandulares atípicas:** cuando las células glandulares no lucen normales, pero tienen características que impiden que se pueda tomar una decisión clara con respecto a si son cancerosas, el término que se usa es células glandulares atípicas (AGCs). La paciente debe hacerse más pruebas si el resultado de la citología de su cuello uterino muestra células glandulares atípicas²³.

2.2.11. Métodos de tamizaje de lesiones cervicouterinas precancerosas

- a) **Método molecular: Detección de ADN de VPH:** La muestra, que puede ser tomada por el dispensador o por la paciente misma, se coloca en un tubo con solución conservante apropiada y se envía al laboratorio (o se procesa de inmediato en el lugar si se utiliza la prueba nueva). La extracción de la muestra es tan sencilla que la puede hacer la paciente misma. El resultado del análisis es definitivo. Si se aplica la prueba

nueva, que se procesa en el lugar y da resultados rápidos, un resultado positivo puede ir seguido de un tratamiento inmediato (visita única).

b) Método de tamizaje visual: Inspección visual con ácido acético (IVAA): Un dispensador capacitado examina el cuello uterino no menos de 1 minuto después de aplicar ácido acético del 3 al 5% para visualizar cambios en las células del cuello uterino. Este método es relativamente sencillo y de bajo costo. Los resultados están disponibles de inmediato. La IVAA puede ser realizada por una amplia variedad de personal después de una capacitación breve. Los requisitos de infraestructura son mínimos. Un resultado positivo puede ir seguido de tratamiento inmediato (Visita única).

c) Método de tamizaje citológico:

a. Citología convencional (frotis de Papanicolaou):

El dispensador toma una muestra de células del cuello uterino utilizando una espátula o un cepillo pequeño, fija la muestra sobre un portaobjetos y la

envía a un laboratorio para que la examine un cito tecnólogo capacitado.

b. Citología en base líquida (CBL): El dispensador toma una muestra de células del cuello uterino con una espátula o un cepillo pequeño, la sumerge en una solución conservante y la envía a un laboratorio para procesamiento y examen por un citotecnólogo capacitado. Si los citotecnólogos son competentes, el examen de las muestras de CBL lleva menos tiempo. Las muestras también se pueden utilizar para el análisis molecular (como de ADN de VPH)¹.

2.2.12. Pruebas diagnósticas para la detección de lesiones cervicouterinas precancerosas

a) Colposcopia: Es un procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio del cuello uterino, paredes vaginales, así como entrada a la vagina, que permite identificar lesiones cancerosas con gran precisión. El colposcopio es una especie de microscopio o lente de aumento que permite visualizar a mayor tamaño los tejidos y que sirve para detectar

lesiones tanto benignas como malignas a nivel de cuello, vagina, vulva, etc. Este procedimiento permite realizar con mayor exactitud y seguridad la prueba de Papanicolaou o toma de biopsias ante la presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino²⁴.

b) Biopsias cervicales: El procedimiento se realiza con la paciente en posición ginecológica. Como en un examen pélvico regular, se introduce un espéculo dentro de la vagina y se abre un poco de modo que el cuello uterino esté visible. Se observa el área con un colposcopio y se aplica una solución de vinagre (ácido acético) al cuello uterino para retirar el moco y ayudar a resaltar las áreas anormales. Luego, se ubica el colposcopio en la abertura de la vagina y se examina el área. Igualmente, se pueden tomar fotografías. Un método alternativo es la prueba de Schiller que utiliza una solución yodada para teñir el cuello uterino, la cual se introduce a través del espéculo. La solución yodada tiñe las porciones normales del cuello uterino, pero no los tejidos anormales. Cuando se localiza una anomalía, se puede tomar una muestra (biopsia), empleando unas

pequeñas pinzas para biopsia o una aguja grande. Se puede tomar más de una muestra. Las células del canal del cuello uterino también se pueden utilizar como muestras, lo cual se denomina biopsia o legrado (raspado) endocervical que puede ayudar a identificar y localizar posteriormente células cervicales anormales²⁵.

c) El legrado endocervical (LEC): Es un procedimiento sencillo que lleva unos pocos minutos; con un instrumento especial delgado o espátula se raspan suavemente algunas células superficiales del conducto endocervical; el tejido se coloca en un envase con una solución fijadora y se lo envía a un laboratorio para su examen¹.

2.2.13. Prevención del cáncer cervicouterino

a) Evitar la exposición al VPH

Ciertos tipos de conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección con el VPH, tales como:

- Tener relaciones sexuales a temprana edad.
- Tener muchas parejas sexuales.

- Tener una pareja que ha tenido muchas parejas sexuales.
- Tener sexo con hombres que no hayan sido circuncidados²³.

b) Vacunarse contra el VPH

Se han estado desarrollando vacunas que pueden proteger a las mujeres contra las infecciones del VPH. En los Estados Unidos, hasta este momento la FDA ha estudiado y aprobado una vacuna que protege contra los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18 (Gardasil®) y otra que protege contra los tipos 16 y 18 (Cervarix®). Ambas vacunas requieren una serie de tres inyecciones por un período de seis meses. Por lo general, los efectos secundarios son leves. Los más comunes son enrojecimiento breve, inflamación e irritación en el área de la piel donde se administró la inyección. En los estudios clínicos, ambas vacunas previnieron los precánceres y los cánceres de cuello uterino causados por los tipos de VPH 16 y 18; Gardasil® también previno las verrugas genitales causadas por los tipos 6 y 11. Ambas vacunas sólo funciona para

prevenir la infección con VPH (no tratan una infección existente). Por esta razón, para la mayor efectividad, la vacuna contra el VPH se debe aplicar antes de que una persona comience a tener relaciones sexuales. El *Federal Advisory Committee on Immunization Practices* (ACIP) ha recomendado que la vacuna sea administrada de forma rutinaria a niñas entre 11 y 12 años. Se puede administrar a niñas más jóvenes (tan pronto como a los nueve años) a discreción de los doctores. Es importante entender que la vacuna no protege contra todos los tipos de VPH causantes de cáncer. Por lo tanto, las pruebas de Papanicolaou rutinarias siguen siendo necesarias²³.

El Ministerio de Salud (Minsa), ha incluido la Vacuna contra el VPH, causa principal del cáncer del cuello uterino, al Esquema Nacional de Inmunizaciones. Conforme a los lineamientos del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), para la aplicación de esta vacuna no se hará distinción de clase social, seguro, ni condición económica, es decir toda niña que tenga 10 años podrá acceder gratuitamente a esta vacuna. Este paso trascendental en la historia de la salud pública busca evitar que en el futuro las mujeres mueran por

cáncer de cuello uterino, enfermedad que en la actualidad es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres peruanas²⁶.

c) No fumar

No fumar es otra forma importante de reducir el riesgo de precáncer y cáncer de cuello uterino²³.

2.3. Definición de términos

2.3.1. PAP: La prueba de Papanicolaou es un análisis que se usa para detectar células cancerosas; el mismo que consiste en obtener células del cuello uterino; para luego fijarlas y coloréarlas sobre una porta objetos en el laboratorio y ser estudiadas por un citólogo¹².

2.3.2. Cervicouterino: También cuello uterino o cérvix uterino es la porción fibromuscular inferior del útero que se proyecta dentro de la vagina²⁷.

2.3.3. Carcinoma: Cáncer que empieza en la piel o en los tejidos que revisten o cubren los órganos internos²⁸.

2.3.4. Cáncer: Nombre dado a las enfermedades en las que hay células normales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Las células de cáncer también se pueden diseminar hasta otras partes del cuerpo a través del torrente sanguíneo y el sistema linfático²⁹.

2.3.5. Canceroso: Que tiene las características o la naturaleza del cáncer³⁰.

2.3.6. Citología cervical: Estudio que se realiza mediante la observación y análisis de una muestra de células del endocérvix y exocérvix a través de un microscopio, para determinar cambios o alteraciones en la anatomía y fisiología de las células. También conocida como Prueba de Papanicolaou³¹.

2.3.7. Displasia: Crecimiento anormal de células en la superficie del cuello uterino. Por lo general, la displasia cervical se debe a ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH), y

se encuentra cuando se realiza una prueba de Pap o una biopsia de cuello uterino. Puede ser leve, moderada o grave, según cuán anormal es el aspecto de las células al microscopio y la cantidad de tejido cervical afectado. La displasia cervical no es cáncer, pero se puede convertir en cáncer y diseminarse a los tejidos cercanos sanos³².

2.3.8. Neoplasia: Masa anormal de tejido que resulta cuando las células se multiplican más de lo debido o no mueren cuando debieran. Las neoplasias pueden ser benignas (no cancerosas) o malignas (cancerosas). También se llama tumor³³.

2.3.9. Incidencia: Se define la tasa de incidencia por el número de individuos en riesgo de desarrollar una enfermedad particular entre un número de personas (por lo general 100 000) y durante un periodo de tiempo dado³⁴.

2.3.10. Tendencia: Inclinación o predisposición natural que una persona tiene hacia una cosa determinada³⁵.

2.3.11. Sistema de Clasificación Bethesda: Nomenclatura sobre los lineamientos para el reporte de resultados de la citología cervical.

2.3.12. Tamizaje: Evaluación masiva de sujetos asintomáticos respecto de una patología específica y antes que ellos consulten espontáneamente. Se entiende por pruebas de tamizaje aquellos exámenes aplicados con el fin de identificar una población, aparentemente sana, en mayor riesgo de tener una determinada enfermedad, que hasta ese momento no se les ha diagnosticado³⁶.

2.3.13. Virus del Papiloma Humano: Tipo de virus que puede causar la formación de tejido anormal (por ejemplo, verrugas) y otros cambios en las células. La infección durante largo tiempo por ciertos tipos de virus del papiloma humano puede causar cáncer de cuello uterino. El virus del papiloma humano también puede desempeñar una función en algunos otros tipos de cáncer, como los cánceres de ano, la vagina, la vulva, el pene y la orofaringe. También se llama VPH³⁷.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

Fue de tipo descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

3.2. Población y Muestra

3.2.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por los 8308 PAP realizados en el CAP II Oscar Fernández Dávila EsSalud de Tacna, entre los años 2009-2013.

3.2.2 Muestra

La muestra la conforma los 8308 resultados de PAP, teniendo en cuenta los criterios de exclusión se reduce a 8207 resultados obtenidos del CAP II Oscar Fernandez Dávila EsSalud de Tacna, entre los años 2009-2013.

a. Criterios de inclusión

- Usuarías que se han realizado PAP entre los años 2009 a 2013.
- Se incluye aquellos PAP que tienen resultado entre los años 2009-2013.

b. Criterios de exclusión

- Usuarías que se han realizado PAP fuera de la fecha indicada.
- Se ha excluido 101 PAP sin resultado; por ser clasificados como muestra insatisfactoria para estudio.

3.2.3 Tipo de muestreo

Intencional por conveniencia no probabilístico.

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Incidencia	Número de casos nuevos de una enfermedad, en un tiempo determinado.	Tasa de incidencia	Casos nuevos de lesiones x 100 ÷ Población total	Razón
Diagnóstico Citológico	Resultado del examen de citología en células escamosas, según Sistema Bethesda.	Negativo	No existen anomalías citológicas.	Nominal
		ASC-US	Células escamosas atípicas de significado indeterminado.	
		ASC-H	Células escamosas atípicas no pueden excluir lesiones escamosas de alto grado.	
		LEIBG	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.	
		LEIAG	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.	
		Carcinoma	Alta probabilidad de	

		escamoso cáncer de cérvix.			
Edad	Muestra Insatisfactoria				
	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo en años, días y meses.		<ul style="list-style-type: none"> - <30 años - 30-49 años - 50-60 años - 60 a más 	Ordinal	
Riesgo de padecimiento por edad	Grupo de mujeres por edad, que presenta mayor porcentaje de lesiones.	de por que	Correlación de presencia de lesiones por edad	Diagnóstico por grupos de edad	Razón

3.4. Método y técnicas de recolección de datos

3.4.1. Técnica

Documental

3.4.2. Instrumento

Registro de los resultados citológicos del Programa de prevención del cáncer de cuello uterino de 2009 a 2013 por el CAP II Oscar Fernandez Dávila EsSalud de Tacna.

3.5. Procesos de desarrollo de la investigación

Se desarrolló en el CAP II Oscar Fernández Dávila EsSalud, previa coordinación y autorización de los responsables de la institución.

La información se obtuvo de los registros anuales del “Programa de prevención del cáncer de cuello uterino.” Se procesó en una base de datos utilizando el paquete estadístico SPSS versión 20, y para la presentación de los resultados se utilizaron tablas y gráficos descriptivos con frecuencias absolutas y relativas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

TABLA N° 1

**RESULTADOS DE PAP EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II
OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013**

RESULTADO PAP	No.	%
PAP Negativo	8108	98.79
ASCUS	17	0.21
LIEBG	36	0.44
LIEAG	44	0.54
CARCINOMA	2	0.02
TOTAL	8207	100.00

Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

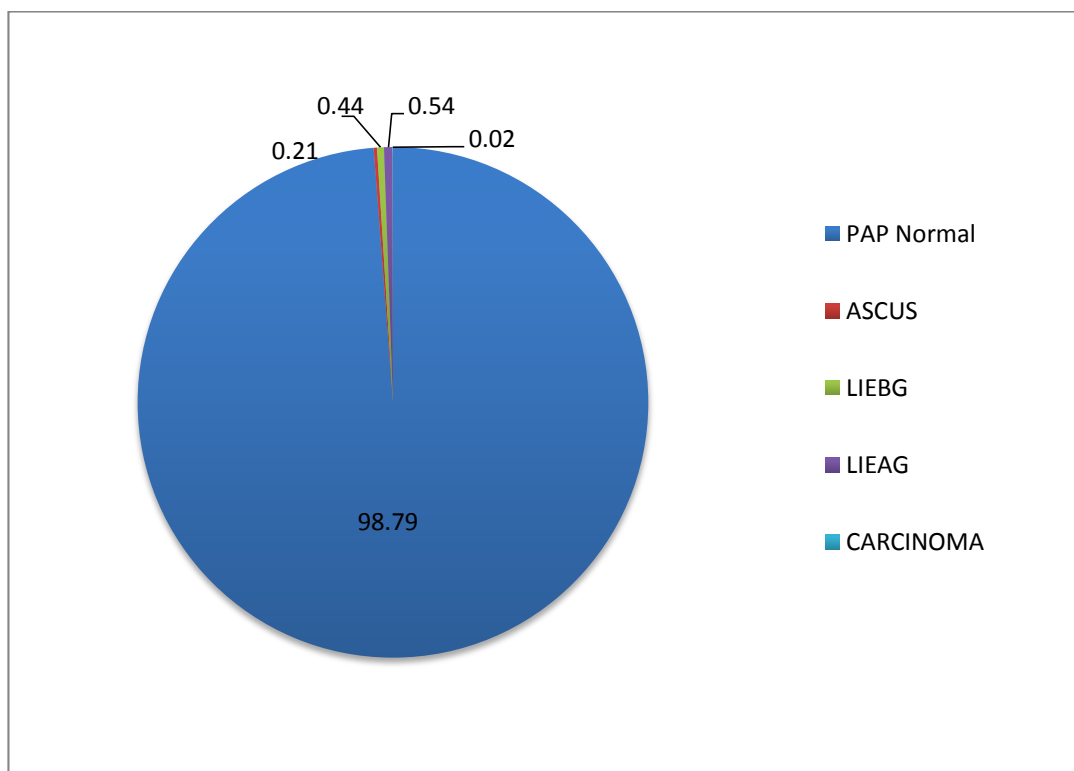
INTERPRETACION:

En la Tabla N° 1, podemos observar que durante los años 2009 a 2013 en el CAP II Oscar Fernandez Dávila de EsSalud Tacna, se han realizado 8,207 Papanicolaou (PAP), teniendo como resultados en el 98,79% PAP normal, siendo la incidencia el 1,19% de las mujeres que presentó resultado positivo para lesión cervical.

En esta tabla podemos apreciar que 0,54% de los casos con PAP, presentaron Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de alto grado (LEIAG), seguido de 0,44% de Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de bajo grado (LEIBG), 0,21% de Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS) y sólo dos casos de Carcinoma de cuello uterino que hacen el 0,02% de todos los casos con PAP.

GRÁFICO N°1

RESULTADOS DE PAP EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°1

TABLA N° 2

INCIDENCIA DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

AÑO	PAP	ASCUS	%
2009	976	1	0.10
2010	1952	2	0.10
2011	1814	5	0.28
2012	1481	5	0.34
2013	1984	4	0.20
TOTAL	8207	17	0.21

Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

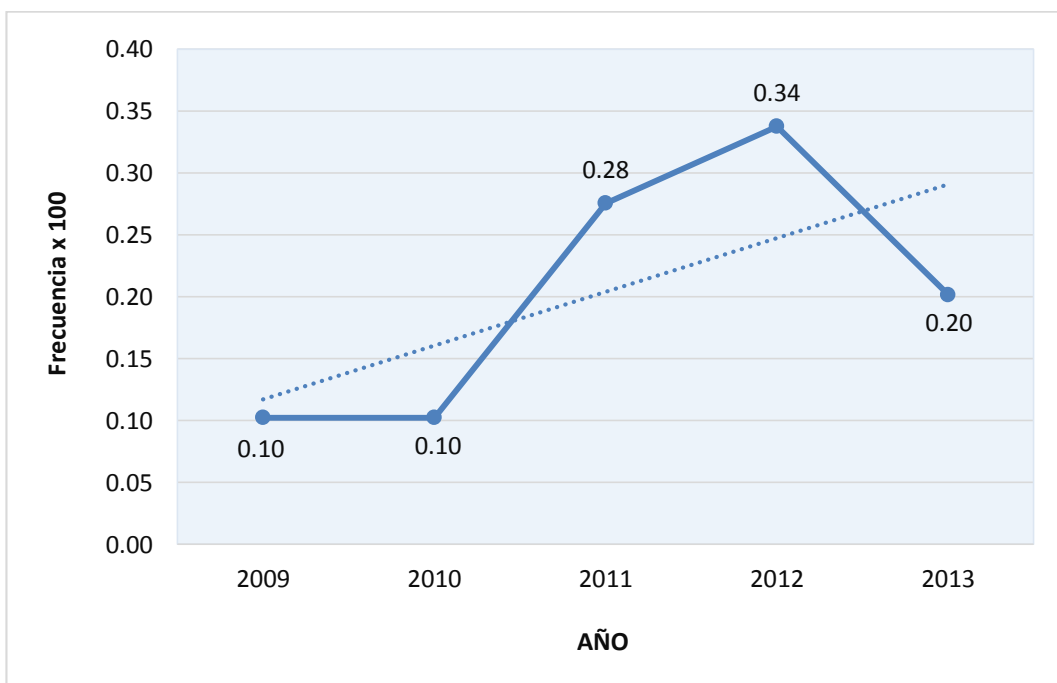
INTERPRETACION

En la tabla N°2 podemos observar que se han presentado 17 casos de Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), siendo la incidencia total de 0,21 por 100 Papanicolaou, oscilando la incidencia entre 0,10% en el año 2009 a 0,20% en el año 2013, con una mayor incidencia de 0,34% en el año 2012.

Se aprecia que la tendencia en estos cinco años de estudio fue ascendente.

GRÁFICO N°2

INCIDENCIA DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°2

TABLA N° 3

INCIDENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LIEBG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

AÑO	PAP	LIEBG	%
2009	976	1	0.10
2010	1952	14	0.72
2011	1814	8	0.44
2012	1481	6	0.41
2013	1984	7	0.35
TOTAL	8207	36	0.44

Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

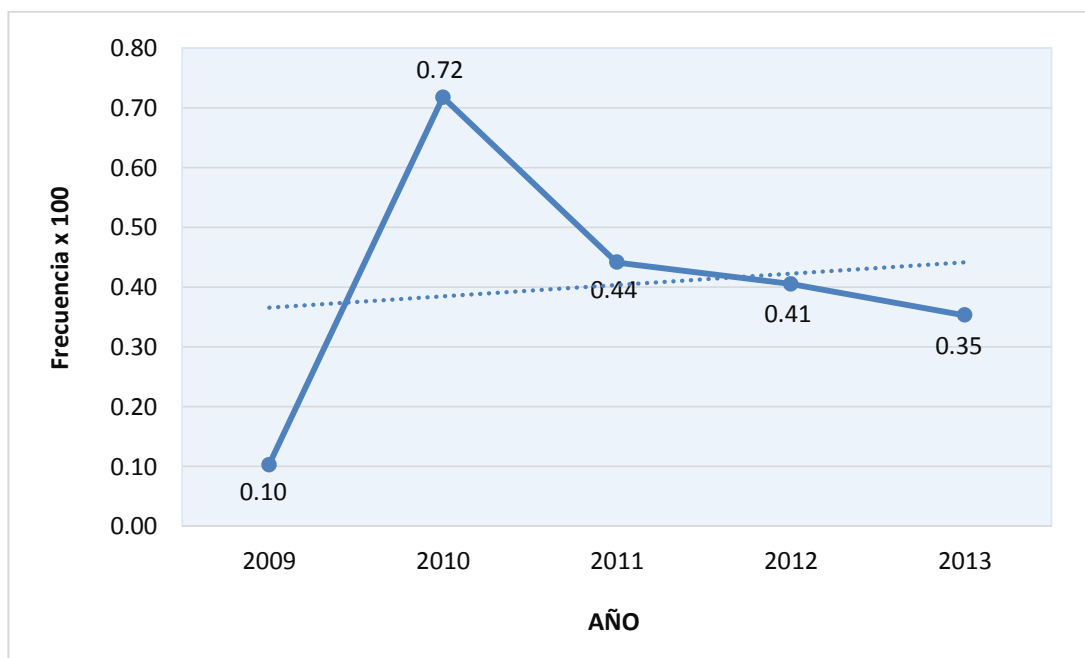
INTERPRETACION

En la tabla N°3 podemos observar que durante los años 2009 a 2013, se han presentado 36 casos de Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de bajo grado (LIEBG) con una incidencia total de 0,44%, esta incidencia oscila entre 0,10% en el año 2009 a 0,35% en el año 2013, siendo la mayor incidencia presentada en el año 2010 con 0,72%.

Podemos apreciar que la tendencia en estos cinco años de estudio fue discretamente ascendente.

GRÁFICO N° 3

INCIDENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LIEBG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°3

TABLA N° 4

INCIDENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO (LIEAG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

AÑO	PAP	LIEAG	%
2009	976	5	0.51
2010	1952	10	0.51
2011	1814	11	0.61
2012	1481	11	0.74
2013	1984	7	0.35
TOTAL	8207	44	0.54

Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

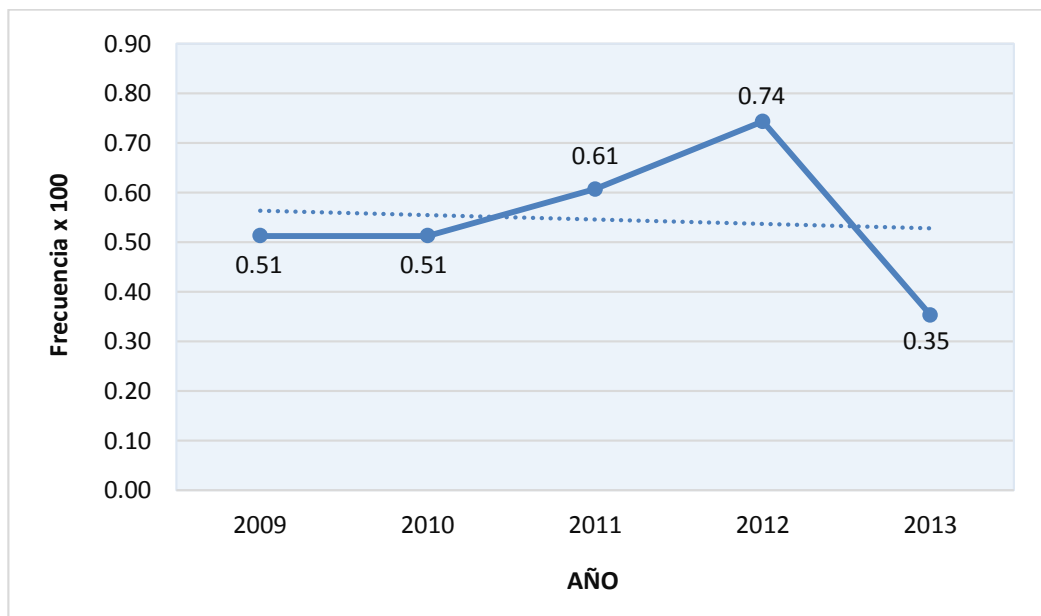
INTERPRETACION

En la tabla N°4 podemos observar que durante los años 2009 a 2013, se han presentado 44 casos de Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de alto grado (LIEAG), siendo la incidencia por año de 0,51% en el año 2009 a 0,35% en el año 2013, siendo la mayor incidencia presentada en el año 2012 con 0,74%.

Podemos apreciar que la tendencia en estos años de estudio fue casi estable.

GRÁFICO N° 4

INCIDENCIA DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO (LIEAG) EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°4

TABLA N° 5

**INCIDENCIA DE CARCINOMA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA.
2009 – 2013**

AÑO	PAP	CARCINOMA	%
2009	976	0	0.00
2010	1952	0	0.00
2011	1814	0	0.00
2012	1481	0	0.00
2013	1984	2	0.10
TOTAL	8207	2	0.02

Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

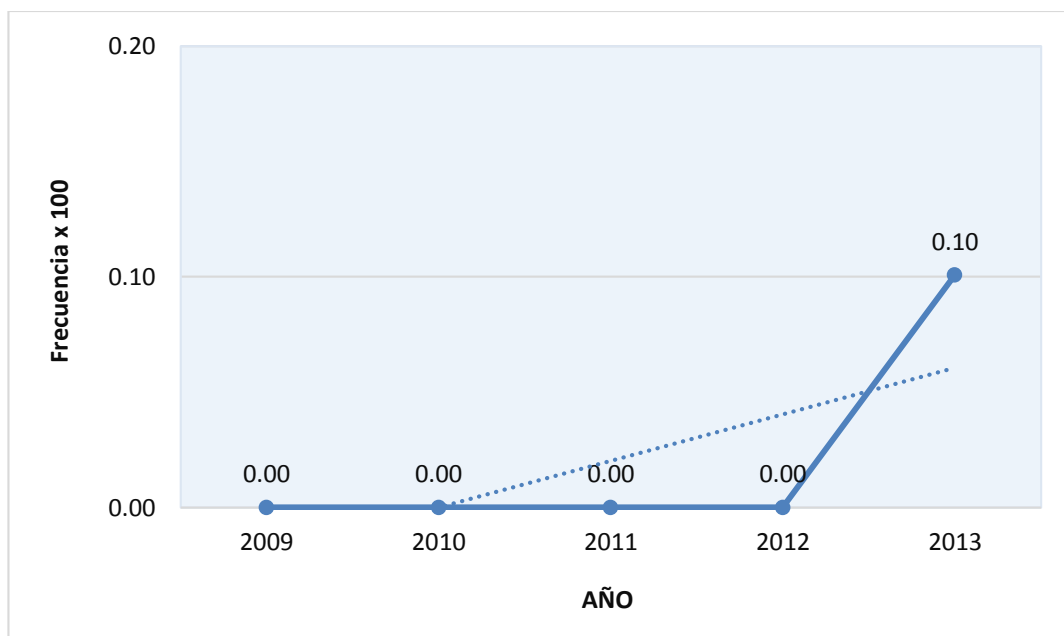
INTERPRETACION

En la tabla N°5 podemos observar que durante los años 2009 a 2013, se han presentado sólo 2 casos de carcinoma cervical en el año 2013, siendo la incidencia de este año de 0,10%, no habiéndose presentado ningún caso en los años 2009 a 2011.

La tendencia en estos años de estudio fue ascendente considerando que solo en el último año se presentaron casos a comparación de los primeros años de estudio.

GRÁFICO N° 5

**INCIDENCIA DE CARCINOMA CERVICAL EN MUJERES ATENDIDAS
EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA.
2009 – 2013**



Fuente: Tabla N°5

TABLA N° 6

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICALES PRE MALIGNAS O MALIGNAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

MALIGNIDAD	RESULTADO	PAP	CASOS	%
PRE MALIGNAS	ASCUS	8207	17	0.21
	LIEBG	8207	36	0.44
	LIEAG	8207	44	0.54
MALIGNAS	CARCINOMA	8207	2	0.02

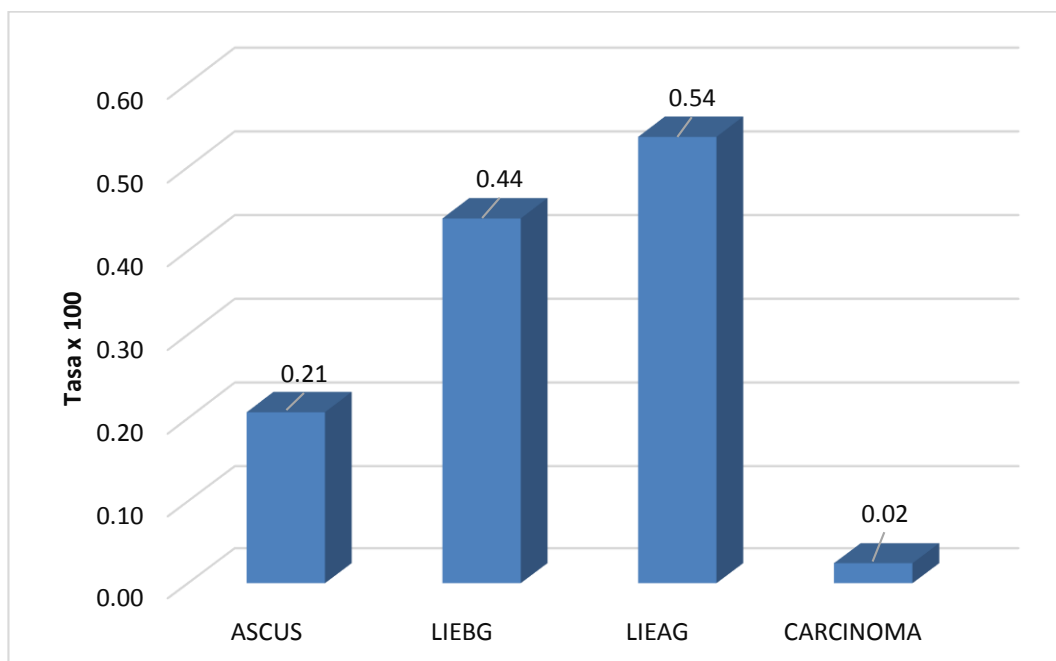
Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

INTERPRETACION

En la tabla N°6 podemos observar que durante los años 2009 a 2013, se han presentado sólo 99 casos de lesiones cervicales, siendo 97 lesiones pre malignas y sólo 2 lesiones malignas. De las lesiones premalignas, 0,21% de los PAP resultaron con Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), 0,44% con Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de bajo grado (LIEBG) y 0,54% con Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de alto grado (LIEAG).

GRÁFICO N° 6

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICALES PRE MALIGNAS O MALIGNAS EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°6

TABLA N° 7

DISTRIBUCION DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

GRUPO ETARIO	PAP	ASCUS	%
< 30 años	1741	1	0.06
30 - 49 a	5011	10	0.20
50 - 59 a	1008	5	0.50
60 a más	447	1	0.22
TOTAL	8207	17	0.21

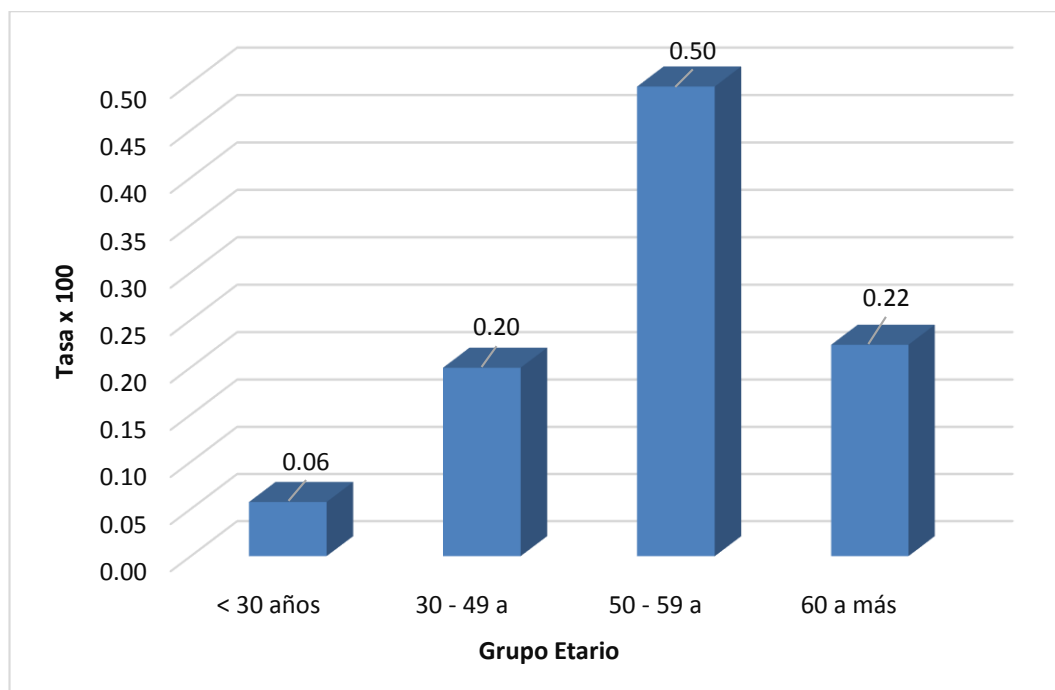
Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

INTERPRETACION

En la tabla N°7 podemos observar que durante los años 2009 a 2013, se han presentado 17 casos de Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), siendo la mayor incidencia en el grupo etario de 50 a 59 años de edad de las mujeres atendidas con PAP, seguida de las mujeres de 60 a más con 0,22% y de las de 30 a 49 años, la que presentaron menor incidencia fueron las mujeres menores de 30 años con solo 0,06% de todos los PAP.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCION DE ATIPIAS ESCAMOSAS DE SIGNIFICADO INCIERTO (ASCUS) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°7

TABLA N° 8

DISTRIBUCION DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LIEBG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

GRUPO ETARIO	PAP	LIEBG	%
< 30 años	1741	12	0.69
30 - 49 a	5011	21	0.42
50 - 59 a	1008	2	0.20
60 a más	447	1	0.22
TOTAL	8207	36	0.44

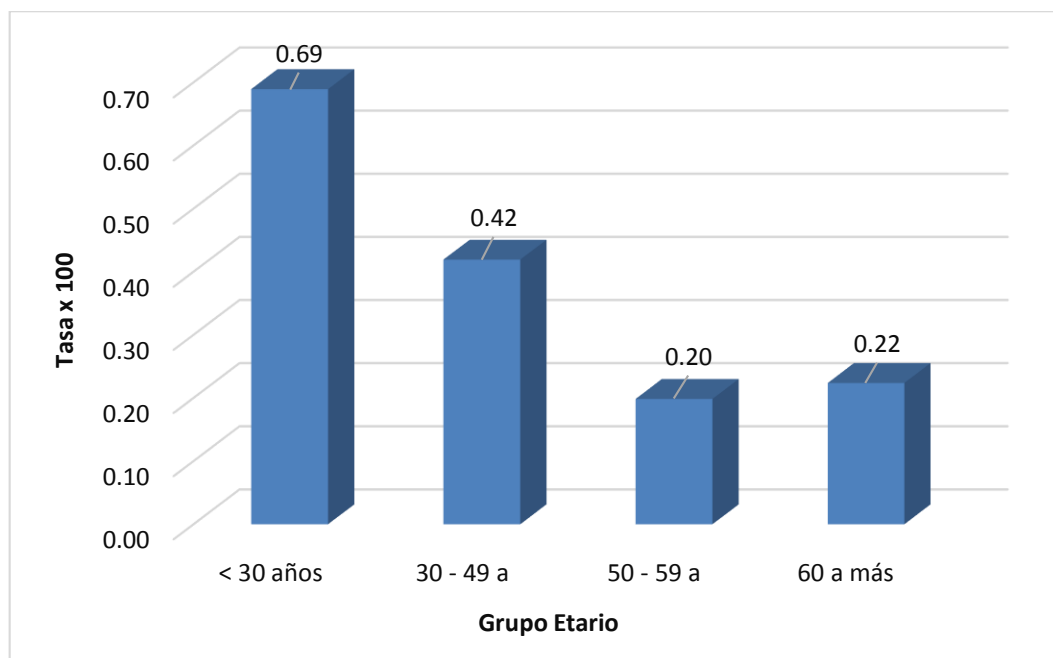
Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

INTERPRETACION

En la tabla N°8 podemos observar que se han presentado 36 casos de Lesión Escamosa Intraepitelial Cervical de Bajo Grado (LIEBG), siendo la mayor incidencia en el grupo etario menor a 30 años de edad de las mujeres atendidas con PAP con un 0,69%, seguida de las mujeres de 30 a 49 años con 0,42% y de las mujeres de 60 años a más con de 0,22%, la que presentaron menor incidencia fueron las mujeres menores de 50 a 59 años con 0,20% de todos los PAP.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCION DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE BAJO GRADO (LIEBG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°8

TABLA N° 9

DISTRIBUCION DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO (LIEAG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

GRUPO ETARIO	PAP	LIEAG	%
< 30 años	1741	8	0.46
30 - 49 a	5011	29	0.58
50 - 59 a	1008	6	0.60
60 a más	447	1	0.22
TOTAL	8207	44	0.54

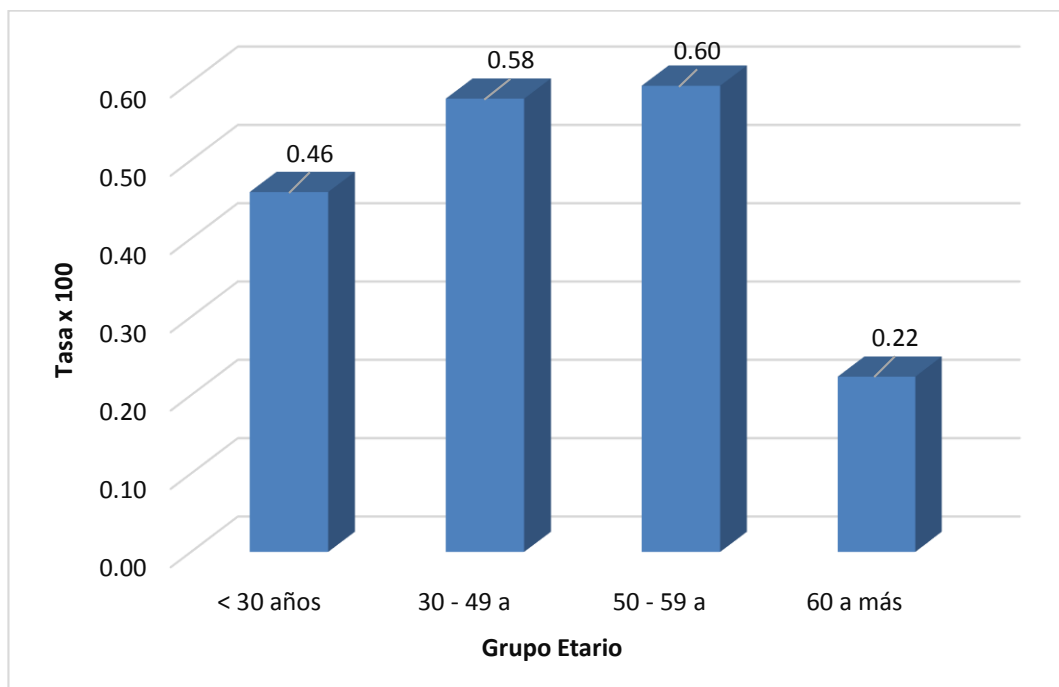
Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

INTERPRETACION

En la tabla N°9 podemos observar que se han presentado 44 casos de Lesión Escamosa Intraepitelial Cervical de Alto Grado (LIEAG), siendo la mayor incidencia en el grupo etario de 50 a 59 años de edad de las mujeres atendidas con PAP con un 0,60%, seguida de las mujeres de 30 a 49 años con 0,58% y de las mujeres menores de 30 años con de 0,46%, presentando menor incidencia las mujeres de 60 años a más con 0,22% de todos los PAP.

GRÁFICO N° 9

DISTRIBUCION DE LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL CERVICAL DE ALTO GRADO (LIEAG) POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°9

TABLA N° 10

DISTRIBUCION DE CARCINOMA CERVICAL POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

GRUPO ETARIO	PAP	CARCINOMA	%
< 30 años	1741	0	0.00
30 - 49 a	5011	1	0.02
50 - 59 a	1008	0	0.00
60 a más	447	1	0.22
TOTAL	8207	2	0.02

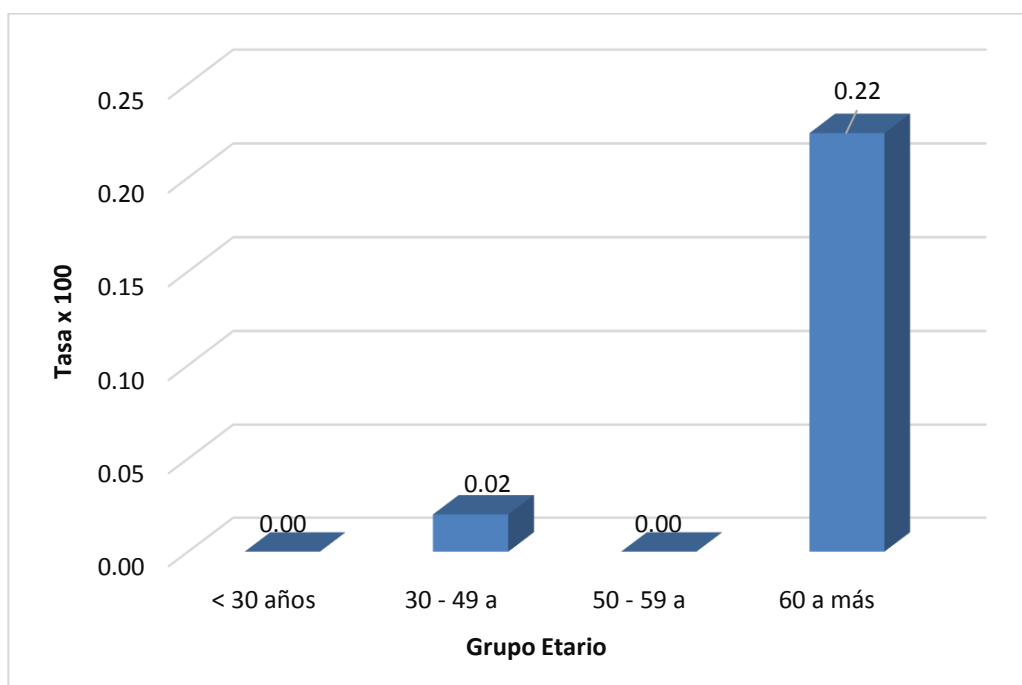
Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

INTERPRETACION

En la tabla N°10 podemos observar que durante los años 2009 a 2013, se han presentado 2 casos de Carcinoma Cervical, siendo la mayor incidencia en el grupo etario de 60 años a más de las mujeres atendidas con PAP con un 0,22%, seguida de las mujeres de 30 a 49 años con 0,02%, en los demás grupos etarios no se presentó ningún caso de carcinoma cervical.

TABLA N° 10

DISTRIBUCION DE CARCINOMA CERVICAL POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°10

TABLA N° 11

DISTRIBUCION DE LESIONES PRE MALIGNAS Y MALIGNAS POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013

GRUPO ETARIO	PAP	PREMALIGNAS		MALIGNAS		TOTAL	
		No.	%	No.	%	No.	%
< 30 años	1741	21	1.21	0	0.00	21	1.21
30 - 49 a	5011	60	1.20	1	0.02	61	1.22
50 - 59 a	1008	13	1.29	0	0.00	13	1.29
60 a más	447	3	0.67	1	0.22	4	0.89
TOTAL	8207	97	1.18	2	0.02	99	1.21

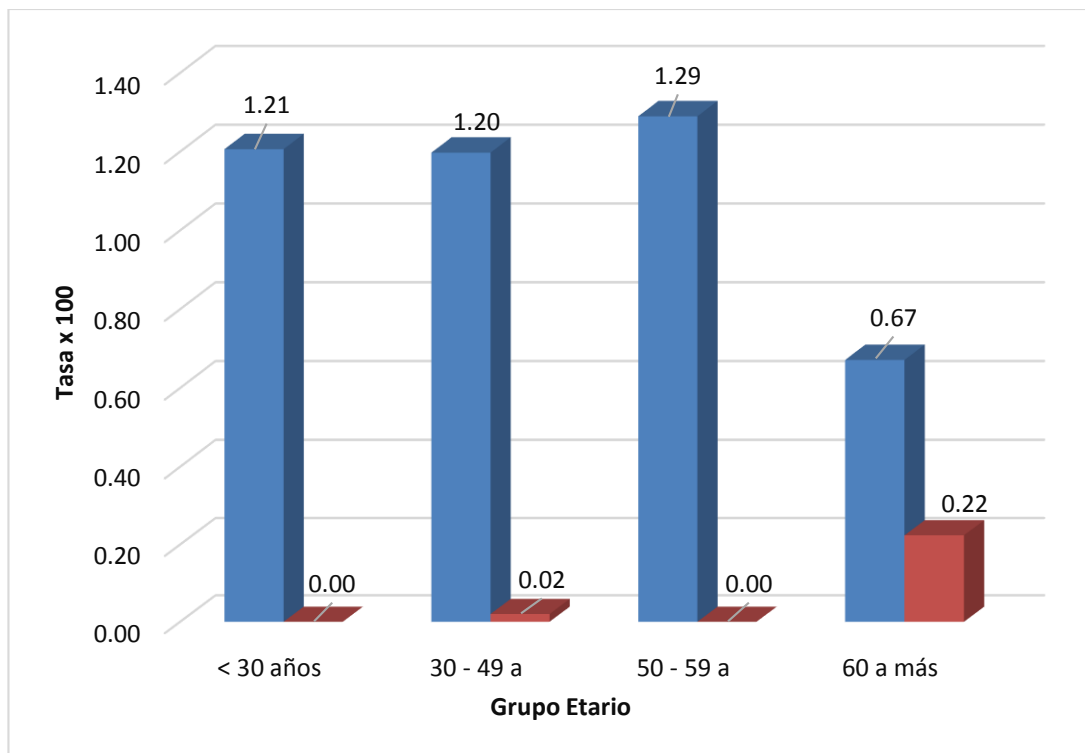
Fuente: “Registro del Programa de detección del cáncer de cuello uterino”

INTERPRETACION

En la tabla N°11 podemos observar que se han presentado 97 casos de lesiones cervicales pre malignas, siendo la mayor incidencia en el grupo etario de 50 a 59 años con un 1,29%, seguida de las mujeres de menores de 30 años con 1,21%, y de las mujeres de 30 a 49 años, en menor porcentaje se presentaron en mujeres de 60 años a más con una incidencia de 0,67%. Además se han presentado dos casos de lesiones malignas, siendo la incidencia mayor en mujeres de 60 años a más, seguida de las mujeres de 30 a 49 años con una incidencia de 0,02%.

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCION DE LESIONES PRE MALIGNAS Y MALIGNAS POR GRUPO ETARIO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CAP II OSCAR FERNANDEZ DÁVILA ESSALUD DE TACNA. 2009 – 2013



Fuente: Tabla N°11

DISCUSIÓN

El carcinoma de cérvix es un problema de salud pública en el Perú. El tumor maligno del cuello uterino es la neoplasia ginecológica más importante como causa de muerte de las mujeres del país. El carcinoma cervical y sus estadios precursores están básicamente relacionados con la presencia del papiloma virus humano, por lo que son considerados como una enfermedad de transmisión sexual. Es reconocido que la infección por el virus de papiloma humano del tipo 16, 18, 31 y 58 es la causa primaria en el desarrollo de displasias y cáncer de cuello uterino³⁸.

Es preocupante la alta prevalencia de lesión intraepitelial cervical en ciertas áreas de nuestro país, por ello el interés de realizar el presente estudio en la ciudad de Tacna, para conocer la incidencia de este importante problema de salud que afecta a mujeres.

El Papanicolaou es una prueba de despistaje específica por excelencia para cáncer de cuello uterino. La American Cancer Society sugiere que a las mujeres en riesgo bajo se practique el frotis cada 3 años, sin embargo, las mujeres de alto riesgo deben tener un examen anual⁹.

Los valores de incidencia de Papanicolaou anormal encontrados en nuestro estudio son menos mal bajos, si los comparamos con otros estudios. El 98,79% de las mujeres con PAP presentaron resultado de PAP normal, mientras que Torres¹² en Ecuador encontró 83,2%.

En primer lugar el 1,19% de las mujeres presentó resultado positivo para lesión cervical, mientras que Mengolé¹³ encontró 7,7% y Torres¹² 3,15%. Esta enfermedad tiene una evolución larga y silenciosa, desde que se inicia hasta que se presentan las primeras molestias pasan 5 a 8 años, este tiempo es valioso, porque en él se pueden realizar fácilmente diagnósticos precoces, con la ayuda del examen de PAP, que garantiza curaciones en la totalidad de los casos.

En segundo lugar se encontró que 0,54% de los casos con PAP, presentaron LEIAG, seguido de 0,44% de LEIBG y 0,21% de ASCUS. Mientras que Mendoza⁹ encontró una incidencia de 8,2% de LEIBG, seguido de 0,9 de LEIAG y 0,4% de ASCUS del total de la población femenina con PAP.

En tercer lugar de incidencia de lesiones en nuestra población se encontró al carcinoma con el 0,02%, Mendoza¹³ encontró carcinoma de 0,2% del total de la población femenina con PAP. Estos estudios revelan la gran variabilidad de la presentación de este tipo de lesiones.

De toda la población de mujeres que se realizaron Papanicolaou el 61,1% presentaron de 30 a 49 años, comparativamente Torres¹² en Ecuador encontró que las mujeres que se realizaron PAP, en el 60,5% tuvieron de 20 a 35 años. Berdayes¹⁴ en Venezuela encontró que los grupos más afectados fueron entre 29 a 39 años.

Tomando en cuenta la edad según lesión, las LIE de bajo grado es más frecuente en los grupos etarios menores de 30 años con 0,69%, comparativamente Mengolé¹⁴ encontró que en las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado fueron más prevalentes en las mujeres de entre 36 a 40 años con 3,2%. Chavéz³⁸ encontró que las mujeres menores de 30 años tenían citología compatible con lesiones intraepiteliales de grado bajo en 0,3% y el grado alto en 0,07%, mientras que las mujeres mayores de 30 años tenían lesión de grado bajo en 0,24% y lesión de grado alto en 0,38%.

El carcinoma fue más prevalente en mujeres de 60 años a más, probablemente por inicio de vida sexual temprana, por que utilizaron un método anticonceptivo y tuvieron partos vaginales. Una investigación demostró como factores predisponentes de esta enfermedad a la edad de 60 años a mas, factores genéticos como el déficit de alfa 1 antitripsina, relaciones sexuales en la adolescencia, promiscuidad sexual, enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

Mengolé¹³ encontró que en las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado fueron más prevalentes en las mujeres de entre 26-35 años, con inicio de vida sexual entre los 18-23 años.

Los casos de lesiones intraepiteliales de alto grado y en el carcinoma cervical influyen su presencia factores demográficos, socioeconómicos, deficiencias en la educación sanitaria, promiscuidad y otros¹³.

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema importante de salud pública en el mundo, principalmente en los países en desarrollo. Por lo tanto la detección temprana de este tipo de lesiones es de vital importancia para la actitud terapéutica, en nuestra población se han identificado lesiones potencialmente mortales lo que involucra un riesgo cada vez creciente de cáncer en las mujeres de nuestra región.

CONCLUSIONES

1. La incidencia de Lesión Escamosa Intraepitelial Cervical en mujeres atendidas en el CAP II Oscar Fernandez Davila de EsSalud Tacna, entre los años 2009 a 2013 es de 1,19% mientras que el 98,79% de los resultados fueron PAP normal.
2. Del total de mujeres con Papanicolaou, el 0,21% presentaron Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), 0,44% Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de bajo grado (LIEBG), 0,54% Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de alto grado (LIEAG) y 0,02% carcinoma cervical.
3. Durante los cinco años de estudio se han presentado 97 casos de lesiones pre malignas, siendo la incidencia de 1,19% y sólo dos casos de lesiones malignas con una incidencia de 0,02%.
4. Durante los años 2009 a 2013, la tendencia de las Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS) fue ascendente, incrementándose de 0,10% a 0,34% durante los cinco años de estudio, la tendencia de las Lesión Escamosa Intraepitelial cervical

de bajo grado (LIEBG) fue discretamente ascendente de 0,10% a 0,35%, la Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de alto grado (LEIAG) se ha mantenido estable en el tiempo y los carcinomas se han incrementado en el último año de estudio.

5. Según grupo etario, las Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS) fue más frecuente en las mujeres de 50 a 59 años (0,50%), la Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de bajo grado (LIEBG) fue más frecuente en el grupo de mujeres menores de 30 años, la incidencia de la Lesión Escamosa Intraepitelial cervical de alto grado (LIEAG) en los grupos etarios de 30 a 49 años y de 50 a 59 años es semejante; finalmente las mujeres con carcinoma se presentaron más frecuentemente en las mujeres de 60 años a más.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al profesional de salud obstetra seguir mejorando sus competencias en la toma de las citologías cervicales, debido a que hubieron 101 Papanicolaou sin resultado entre los que pueden estar mujeres en etapas tempranas de cáncer, y no siempre regresan para realizarse otro PAP.
2. Se recomienda a las instituciones prestadoras de salud seguir promoviendo y fortaleciendo los programas educativos que logren sensibilizar a las mujeres del auto cuidado y la importancia del Papanicolaou, como método de tamizaje para la prevención y diagnóstico temprano del cáncer cervicouterino.
3. Al CAP II Oscar Fernandez Dávila, implementar un registro de cáncer que se utilice como sistema de información orientado a llevar las estadísticas en cuanto al cáncer cervicouterino para estudios de investigación médica o científica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial De La Salud. Control integral del cáncer cervicouterino:Guía de prácticas esenciales, Segunda Edición, 2015.
2. MINSA.GOB.PE. [En línea] [Citado el 30 de Marzo de 2016].
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/cancer/?pg=2>
3. MENGOLÉ T., PEDRO, M. Diagnóstico citológico cervico-vaginal por el Sistema Bethesda en el hospital "José Agurto Tello" de Chosica. Lima-Perú, 2011.
4. GUTIÉRREZ D., RUBIANO J., TRUJILLO D., BUENO M. Programa de Prevención del Cáncer Cuello Uterino en Caldas. Colombia, 2008.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013.

6. Ministerio De Salud De Tacna. Dirección General de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud de Tacna, 2015.
7. Ministerio De Salud De Tacna. Dirección General de Epidemiología. Análisis de Situación de Salud de Tacna, 2013.
8. MOYA J., PIO L. Prevalencia de anomalías cervico-uterinas asociadas al nivel de pobreza en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011-2013. Lima, Perú.
9. MENDOZA A., PEDROZA J., MICOTA H., RAMÍREZ A., CÁCERES R., LOPEZ V. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Tuluá-Colombia, 2012.
10. RIVERA B., QUINTERO J. Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas y factores de riesgo en las usuarias del servicio de citología del laboratorio docente

asistencial de la escuela de bacteriología Universidad de Antioquia, 2006. Medellín, Colombia.

11. PAYAN, Z. Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales de bajo y alto grado por IVPH, en pacientes con citología Cervical con Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS), con resultado colposcópico de “vasos atípicos”. Toluca-Mexico, 2013.

12. TORRES, M. Evaluación de los resultados de papanicolaou como indicador de cáncer de cuello uterino en las mujeres de edad fértil de 20 a 45 años, que acuden a consulta en el sub centro de salud " 29 de Noviembre" de la ciudad de Santa Rosa, 2009. Ecuador, 2012.

13. MENGOLÉ P., MENGOLÉ A. Diagnóstico citológico cervico-vaginal por el Sistema Bethesda en el hospital "José Agurto Tello" de Chosica. Lima-Perú, 2011.

14. BERDAYES M, VALLEZ MJ. Lesiones preinvasivas de cuello uterino Departamento de Terapeutica Oncologica Hopital

Unversitario Ruiz y Páez. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad de Oriente. Venezuela 2010.

15. NÚÑEZ, C. Tamizaje cervicouterino usando Papanicolaou en mujeres de barrios marginales de la region Loreto. Loreto-Perú, 2009.

16. CANCER.GOV/ESPAÑOL [En línea] [Citado el 06 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph>

17. MINSA.GOB.PE. [En línea] [Citado el 06 de Febrero de 2016]. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/cancer/index.asp?pg=2>

18. CANCER.ORG/ESPAÑOL [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-causes-risk-factors>

19. CANCER.ORG/ESPAÑOL [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerde-cuellouterino/guiadetallada/cancer-de-cuello-uterino-early-signs-symptoms>
20. SPOG.ORG.PE. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/553>
21. TECNICOANATOMIA.BLOGSPOT.PE. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://tecnicoanatomia.blogspot.pe/2012/03/sistema-bethesda-2001.html>
22. YOUNGWOMENSHEALTH.ORG. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://youngwomenshealth.org/2011/03/16/prueba-anormal-de-pap/>
23. CANCER.ORG/ESPAÑOL. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdecuellouterino/recursosadicionales/fragmentado/canc>

er-de-cuello-uterino-prevencion-y-deteccion-temprana-pap-
test

24. GEOSALUD.COM [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.geosalud.com/VPH/colposcopia.htm>

25. CLINICADAM.COM [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <https://www.clinicadam.com/salud/5/003912.html>

26. MINSA.GOB.PE. [En línea] [Citado el 06 de Febrero de 2016]. <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2011/vacunavph/>

27. ES.WIKIPEDIA.ORG. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A9rvicouterino>

28. CANCER.GOV/ESPAÑOL. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?CdrID=45963>

29. CANCER.GOV/ESPAÑOL. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?search=cancer>
30. WORDREFERENCE.COM [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.wordreference.com/definicion/canceroso>
31. NLM.NIH.GOV/MEDLINEPLUS. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003911.htm>
32. CANCER.GOV/ESPAÑOL. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?search=displasia>
33. CANCER.GOV/ESPAÑOL. [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?expand=N>
34. SALUD.CCM.NET [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://salud.ccm.net/faq/7930-incidencia-definicion>

35. ES.THEFREEDICTIONARY.COM [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://es.thefreedictionary.com/tendencia>
36. ESCUELA.MED.PUC.CL [En línea] [Citado el 10 de Febrero de 2016]. <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/patolprostata/Tamizaje.html>
37. CANCER.GOV/ESPANOL. [En línea] [Citado 12 de Febrero de 2016]. <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?search=virus%20del%20papiloma%20humano>
38. CHAVEZ S, FARIAS C, SANCHEZ S, TAKAHASHI R, SANTOS C. Prevalencia y factores asociados al Papanicolaou positivo en poblaciones rurales del Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia 2000.

ANEXOS

ANEXO N° 1

FICHA DE INFORMACIÓN REGISTRADA

El presente cuadro corresponde al modelo de consolidado anual del Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino del servicio de Obstetricia del Centro de Atención Primaria II “Oscar Fernández Dávila EsSalud de Tacna”.

DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	< 30 años	30-49 años	50-60 años	60 a más	Total
Total de PAP tomadas					
Total de resultados de PAP entregados					
PAP normal					
PAP ASCUS.					
PAP Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LIEBG)					
PAP Lesión escamosa intraepitelial de alto Grado (LIEAG)					
CARCINOMA					
Muestras insatisfactorias					