

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Prevalencia de Lesiones Premalignas de cáncer de Cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II – Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015.

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO

Gian Marco Junior Arango Rojas

Dr. Jhony Alberto de la Cruz Vargas
DIRECTOR DE LA TESIS

M.B.A Lucy Elena Correa López
ASESORA DE LA TESIS

LIMA – PERÚ

2016

Dedicatoria

A mi Familia, por que hicieron todo lo posible para que yo pudiera continuar en este camino, y permanecieron conmigo, de una forma u otra.

A Cyn, por permanecer a mi lado, y siempre hacerme reír.

A mis sueños, que evitaré que se rompan y lucharé por ellos.

AGRADECIMIENTOS

A Todas las personas que estuvieron conmigo desde el comienzo.

A mi asesora por su apoyo en la realización de este trabajo.

Al Hospital II – Cañete de Essalud, y a todo el equipo que labora en el, por permitirme realizar mi internado médico y mi trabajo de investigación.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014 a Julio del 2015. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo. La población, y muestra fue de 3061 resultados de Papanicolau, y fue recolectado por medio de una ficha simple de recolección de datos. **Resultados:** El estudio obtuvo 136 resultados de Papanicolau positivos, de los cuales 104 presentaron algún grado de alteración citológica, lo cual representó una prevalencia de 3.39%. De las citologías positivas presentaron ASCUS, 43.3%; LIE Bajo Grado, 37.5%; LIE Alto Grado, 18.3% y Carcinoma de cérvix, 1%. Las muestras insatisfactorias corresponden a un total de 32 resultados, lo cual es 1.04% **Conclusiones:** La prevalencia de anomalías citológicas, y de muestras insatisfactorias fue bajo en el grupo estudiado, respecto a estudios Latinoamericanos, y según los indicadores nacionales. Además se encontró un mayor número de alteraciones citológicas hacia el grupo de 25 a 34 años.

Palabras claves: Citología cervicouterina, cáncer cuello uterino, Papanicolau

SUMMARY

Objective: To determine the prevalence of premalignant lesions of cervical cancer in the Pap test results in women treated at the Hospital II Cañete in the period July 2014 to July 2015. Methods: An observational study was conducted descriptive, retrospective. The population sample was 3061 Pap results, and was collected by means of a simple data collection sheet. Results: The study obtained 136 positive Pap results, of which 104 showed some degree of cytologic alteration, representing a prevalence of 3.39%. Of positive cytology ASCUS showed 43.3%; LIE low grade, 37.5%; High grade SIL, 18.3% and cervical carcinoma, 1%. Unsatisfactory samples correspond to a total of 32 results, which is 1.04%. Conclusions: The prevalence of cytological abnormalities, and of unsatisfactory samples was low in the study group, compared to Latin American studies, and according to national indicators. In addition a large number of cytological abnormalities to the group of 25-34 years found.

KEY WORDS: Cervical cytology, cervical cancer, pap

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Planteamiento del problema.....	2
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Justificación de la investigación.....	7
1.4 Delimitación del problema.....	8
1.5 Objetivos	9
1.5.1 Objetivos Generales	9
1.5.2 Objetivos específicos	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Definición de conceptos operacionales.....	19
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Hipótesis general.....	20
3.2 Variables: Indicadores.....	20
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1 Tipo y Diseño de investigación.....	21
4.2 Población de estudio	21
4.3 Criterios de inclusión y exclusión	21
4.4 Procedimientos para la recolección de datos.....	22
4.5 Instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos ..	23
4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos	23
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
5.1 Resultados	25
5.2 Discusión.....	35
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
Conclusiones	38
Recomendaciones.....	40
Referencias Bibliográficas	41
ANEXOS	46

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

El concepto de lesiones precursoras del cáncer cervicouterino se remonta al final del siglo XIX, cuando se reconocieron zonas de cambios epiteliales atípicos no invasores en muestras de tejidos adyacentes a cánceres invasores (William, 1888)¹. El término carcinoma in situ se introdujo en 1932 para denotar las lesiones en las cuales las células carcinomatosas indiferenciadas abarcaban todo el espesor del epitelio, sin interrumpir la membrana basal (Broders, 1932)². Y el término displasia se introdujo a fines de los años cincuenta para designar la atipia celular intermedia entre el epitelio normal y el carcinoma in situ de cuello uterino (Reagan et al., 1953)³.

El cáncer de cuello uterino viene precedido generalmente por una larga fase de enfermedades preinvasoras; esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) antes de progresar a carcinoma invasor⁴.

La displasia se categorizó en leve, moderada y severa según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas⁵. Se observó posteriormente que algunos grados de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a carcinoma in situ. Además, se observó una correlación directa entre el grado histológico y la progresión. Estas observaciones concluyeron que son un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones precancerosas y posteriormente a cáncer invasor⁵.

El cáncer de cérvix es una neoplasia prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y cuando se realiza un adecuado tratamiento de las lesiones premalignas. Como prueba de tamizaje se encuentra la citología, cuya aplicación masiva, como método de detección, ha llevado una disminución no solo en la frecuencia de cáncer de cérvix invasivo sino también en la

mortalidad asociada a esta⁶. Entre los métodos de screening que se poseen, se encuentra el examen citológico, Papanicolau, la cual es un método de detección de cáncer de cuello uterino y de sus lesiones precursoras por medio del raspado del cuello uterino y posteriormente analizadas bajo microscopio⁶. El objetivo de las pruebas para detectar el cáncer de cuello uterino consiste en encontrar los cambios de las células del cuello y los cánceres cervicales tempranos, antes de que empiecen a causar síntomas^{6, 8, 19}.

El sistema Bethesda en su revisión 2001, nos plantea diversos criterios para que una muestra de Papanicolau sea o no satisfactoria, y uno de estos factores es la adecuada toma del Papanicolau, para que sea de utilidad como método de diagnóstico confiable; ya que un valor alto en el porcentaje de muestras insatisfactorias está relacionado inversamente proporcional al grado de sensibilidad de la prueba de tamizaje²⁰.

Como ejemplo de la importancia de la calidad de la muestra de Papanicolau, Sanchez L., Luisa et al. En el estudio Papanicolau: frotis sin componente cervical realizado en Chile en el año 2008, evaluaron la calidad de la toma de Papanicolau informados como frotis menos que óptimos, la cual representó un 3.38% de muestra insatisfactorias, la cual se encuentra acorde según su programa nacional de pesquisa y orientación de cáncer cervicouterino, ya que este no debe superar el 10%, así mismo este valor se encuentra establecido como un indicador en nuestro país²¹.

El cáncer de cuello uterino constituye una prioridad de salud mundial, debido a su magnitud, multifactorialidad, y posibilidad de prevención. Según la organización mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁷; este cáncer es el tercero más prevalente a nivel mundial, y el segundo en mujeres luego del cáncer de mama, con elevada mortalidad en países en vías de desarrollo⁷. De acuerdo al estudio Globocan 2008,

realizado en ese año, un 85% del cáncer de cuello uterino se producen en países en vías de desarrollo⁸.

En América latina y el caribe, es la tercera neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos, y la segunda en las mujeres con una tasa de incidencia de 24 casos cada 100 000 mujeres⁸.

Si bien la neoplasia de cuello uterino es una patología frecuente, las neoplasias precursoras de esta, lo son aún más. Gonzales y colaboradores realizaron un estudio de prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas en un grupo de mujeres en Colombia en el año 2010, y se analizaron 4957 casos y se concluyó que la prevalencia de estas alteraciones fue inusualmente elevada con una prevalencia de 49.08% en esta localidad, mostrando la alta prevalencia de estas lesiones, y por lo tanto una gran repercusión en el aumento de cáncer de cuello uterino, siendo uno de los estudios que refleja la más alta prevalencia de este tipo de lesiones en su país, en contraste a otros⁹.

López en su estudio de prevalencia de anormalidades citológicas realizado en Colombia en ese mismo año, en un centro de atención primaria, encontrando valores de 4.7% de anormalidades citológicas, entre la cual destaco las lesiones ASC-US con un 47.22%, si bien la prevalencia descrita es baja, se encuentra acorde a otras localidades próximas³⁰.

Así mismo Cardona-Arias, Valencia Arredondo en un estudio de prevalencia en alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal en Medellín, en el año 2010-2012, evaluó a 205 917 mujeres, entra las cuales la prevalencia de alteraciones citológicas fue 8.5%, y se concluyó que si bien la prevalencia de alteraciones citológicas fue baja en los subgrupos estudiados, las adolescentes siguen constituyendo un grupo de alto riesgo para las lesiones intraepiteliales de bajo grado¹⁷.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el 2004 habían ocurrido unos 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por cáncer de cuello uterino. De acuerdo a Globocan 2008, en el Perú habrían ocurrido 4,142 casos en ese año, representando una tasa de incidencia estandarizada de 37.1 casos por 100 000 mujeres; del mismo modo se estima que fallecieron 1,646 pacientes por cáncer de cuello uterino^{10, 11, 12}.

Frente a esta problemática en el Perú, en el año 2008 basada en la resolución ministerial N° 030-2007-MINSA dada el año anterior, y por medio de la cual se aprobó el “Plan Nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del Cáncer” por parte del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), se resolvió una resolución jefatural N° 121-RJ-INEN-2008 la cual aprobaba la “Norma Técnico Oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Premalignas del Cuello Uterino a Nivel Nacional” decreto por el cual se han implementado programas de tamización basados en la citología del cuello uterino como una de las opciones en las acciones de prevención secundaria, con resultados favorables en la detección de las lesiones precursoras de neoplasia¹³.

Entre uno de los principales indicadores para evaluar los programas de tamización, encontramos el indicador de resultado “Porcentaje de mujeres con NIC I, II, III en la población tamizada” la cual la norma técnica oncológica para la Prevención, Detección y Manejo de las lesiones premalignas del Cuello Uterino dada por el INEM nos pone como meta de un 3%. Entonces la efectividad del proceso de prevención se evidencia en la disminución en la morbilidad y mortalidad por medio de la detección de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino, y por el tratamiento oportuno, y se ve altamente reflejado principalmente en aquellos países desarrollados que han aumentado la cobertura de los programas de tamización con Papanicolaou^{13, 14, 15, 16}.

En la provincia de Cañete, ubicada al sur de Lima, no es ajeno de este problema y actualmente en el Hospital II Cañete de Essalud, si bien se están implementando los métodos de prevención y promoción de salud oportunamente, no se encuentran estudios registrados sobre esta problemática.

1.2 Formulación del problema

Se hace evidente entonces que el cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias de mayor morbilidad a nivel mundial, y en el Perú, siendo un país en vías de desarrollo es aún mayor.

Las lesiones premalignas son, por mucho, más frecuentes que las neoplasias de cuello uterino, ya que solo un porcentaje de estas, progresará a sus formas más agresivas. Si bien hay estudios sobre la prevalencia de cáncer de cuello uterino a nivel nacional, y en diversos centros hospitalarios; necesitamos estudios que aborden el origen de estas, que son las lesiones precancerosas. Ya que si bien hay tratamiento, curativo o paliativo, para el cáncer de cuello uterino, es indudablemente mejor el manejo precoz, por medio de la promoción, prevención y diagnóstico temprano de las lesiones precancerosas, y para esto necesitamos conocer en donde nos encontramos epidemiológicamente.

Si bien hay estudios sobre la prevalencia de cáncer de cuello uterino a nivel nacional en diversos centros hospitalarios, estudios actuales sobre, donde nos encontramos, en términos de prevalencia de las lesiones neoplásicas, son escasos. Es por eso, que la prevalencia de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino todavía no está bien consensuada; Por ello y con el fin de conocer estos datos, se determinará la prevalencia de las lesiones premalignas en las mujeres que se les realizó papanicolau en el periodo Julio 2014 a Julio del 2015, del Hospital de Essalud II – Cañete, por medio del análisis de los resultados de las citologías cervicales de las pacientes

mujeres que se le realizaron este método de screening. Lo que nos lleva a preguntar:

¿Cuál es la Prevalencia de las lesiones premalignas en el Hospital II – Cañete en las mujeres que se les realizó papanicolau en el periodo Julio 2014 – Julio 2015?

1.3 Justificación de la investigación

El presente trabajo tiene en cuenta la importancia de la neoplasia cervical de útero, en la morbilidad de las mujeres a nivel mundial, y sobre todo en países en vías de desarrollo, como el Perú. Según el estudio Globocan realizado en el año 2008, en el Perú habrían ocurrido 4,142 casos de cáncer de cuello uterino, representando una tasa de 37.1 por 100 000 mujeres, mayor a la media según los indicadores de Latinoamérica^{8, 10}. La prevalencia de cáncer de cuello uterino solo es una fracción de la cantidad de lesiones pre neoplásicas en general, actualmente no se han desarrollado muchos estudios sobre la prevalencia de estas lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en nuestro país.

En el Perú, las acciones de prevención del cáncer de cuello uterino están extendidas como política sectorial desde el año 2007, sin embargo a la fecha no han logrado una cobertura óptima, lo cual genera un sub diagnóstico y el tratamiento no se realice oportunamente, si entendiéramos mejor la magnitud del problema actual, se podrían ampliar, y mejorar las medidas actuales¹³.

La prueba que se utiliza comúnmente para detectar este tipo de cáncer es la técnica de Papanicolaou, desarrollada en los años treinta. El objetivo de esta prueba es detectar, en un estadio temprano, células neoplásicas. Es en estas etapas cuando se puede utilizar con éxito un procedimiento quirúrgico de relativo bajo costo y bajo riesgo, que permite remover dichas células y prevenir la diseminación del cáncer³¹.

A nivel mundial es económicamente más factible, invertir en el primer nivel de atención con las pruebas de tamizaje, como el papanicolau, a las lesiones precancerosas de cuello uterino, que realizar el diagnóstico, tratamiento y recuperación de una neoplasia de cáncer de cuello uterino ya establecida^{32, 33, 34}.

De hecho, Brown y Garber encontraron que el aumento reciente en la sensibilidad de la prueba de Papanicolaou la ha hecho todavía más costo-efectiva. Koopmanschap y colaboradores en un estudio realizado en Holanda, concluyeron que la detección oportuna es una acción costo-efectiva si se la compara con no realizarla y tener que atender a una mujer con cáncer cervicouterino avanzado^{33, 34}.

Por lo tanto es importante el desarrollo de esta tesis porque de acuerdo a los resultados obtenidos se va a tener conocimiento de la situación actual en que nos encontramos sobre el cáncer de cuello uterino en el hospital estudiado, y así determinar las medidas necesarias mediante persistencia, mejora o la creación de programas o proyectos de detección temprana del cáncer de cuello uterino.

1.4 Delimitación del problema

La presente tesis, se desarrolló en el Hospital II de Cañete de Essalud de Lima, que pertenece a la Red Asistencial Rebagliati. Se realizó durante el periodo Julio 2014 a Julio del 2015, periodo en el cual se tenía mayor accesibilidad a los datos, se analizó los resultados de Papanicolau de este periodo, de las mujeres quienes se encontraban entre edades de 21 a 65 años.

Además se tomó en cuenta los resultados insatisfactorios, ya que es un indicador de la calidad de la muestra, ya que al disminuir este porcentaje nuestro índice de sensibilidad aumentará y esto será inversamente

proporcional a nuestros falsos negativos, logrando así abarcar y diagnosticar tempranamente lesiones precancerosas.

Además se tiene en cuenta que el Papanicolau es un método de screening, y no un método diagnóstico, y este sugiere cuales muestras son factores de riesgo o posiblemente contengan una lesión patológica, que conllevará a realizar posteriormente estudios de confirmación diagnóstica.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivos Generales

- Determinar la prevalencia de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015.

1.5.2 Objetivos específicos

- Describir la prevalencia de células escamosas de significado incierto: ASCUS (atypical squamous cells of uncertain significance), lesiones intraepiteliales de bajo grado y lesiones intraepiteliales de alto grado de cérvix en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015.
- Identificar la prevalencia de lesiones intraepiteliales según grupo etario en los resultados de Papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014- Julio 2015
- Investigar la prevalencia de muestras insatisfactorias en los resultados de papanicolau en las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014 – Julio 2015

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Entre las diversas investigaciones nacionales e internacionales, se encuentra al estudio realizado por Cardona Arias, Valencia-Arredondo y cols. de prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, realizado entre los años 2010 al 2012, de una población de 205 917 mujeres, obtuvo una prevalencia de 8.5% de alteraciones en la examen citológico, de Papanicolau, un valor por encima de lo esperado en comparación a las indicadores que menciona el Instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN), la cual va hasta un 6%^{11, 16}.

Así mismo, en otro estudio realizado por Mauricio Gonzales, Raúl Murillo y cols. acerca de la prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres de Bogotá, Colombia en el 2010, analizaron un grupo de 4957 mujeres entre 25 y 29 años, las cuales presentaron una prevalencia de alguna alteración en el examen citológico de un 24.7%, si bien este valor es alto, en comparación al anterior estudio, ellos mismos concluyen que este alto índice se debe en parte al tomar arbitrariamente el rango etario de mayor prevalencia en la que se encuentran las lesiones premalignas el cual es 25 a 29 años¹⁵.

De igual manera en otro estudio sudamericano, como es el realizado por Alex Jardim da Fonseca; y cols. sobre prevalencia de alteraciones citológicas cervicales en pueblos indígenas del extremo norte de la amazonia brasileña entre el año 2004 al 2012, incluyeron a 2701 indígenas entre los cuales encontraron una prevalencia de lesiones premalignas de bajo grado de 3.0%, y de alto grado de un 4.6%²³.

En otro estudio, realizado por Alfonso Mendoza y cols. realizado en el Hospital San Jose de Buga, de Colombia analizó la prevalencia de lesiones

de bajo y alto grado de cuello uterino durante los años 2008 hasta el 2010, en donde concluyeron en una prevalencia de 12.5%, predominando las lesiones de bajo grado con un 8.2%²⁴.

Coromoto CH. y cols por medio del estudio realizado de prevalencia de cambios citológicos compatibles con el virus de papiloma humano, realizado durante los años 2009 y 2010, por medio de la muestra de 2100 pacientes un 43.92% presentaban cambios citológicos ocasionados por el virus de papiloma humano, lo cual es un ejemplo de lo que se postula actualmente sobre la causa efecto del virus de papiloma humano en el génesis de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino y posteriormente al desarrollo a este²⁷.

Así mismo, Veloz en un estudio descriptivo de características citohistológicas lesiones premalignas y malignas de cáncer de cuello uterino puede apreciar que de su 738 pacientes, las cuales fueron su muestra, un 75.3% presentaban el virus de papiloma humano, y por ende un factor de riesgo de desarrollar si es que aún no han desarrollado algún grado de lesión premaligna de cáncer de cuello uterino²⁸.

En nuestro país también se comprende la importancia de la problemática del cáncer de cuello uterino y sus factores desencadenantes así pues, Bautista, Vallejos, y cols. desarrollaron un estudio de prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino e infección por papiloma virus humano en madres del comité de Vaso de Leche de la municipalidad de Surquillo, Perú en el año 2012, en el cual entraron 1142 madres las cuales poseían un resultado de Papanicolau anormal en general de 2.2% entre lesiones de bajo y alto grado, y que el estado civil y la profesión se mostraban como un factor de riesgo²⁵.

Además de tener conocimiento sobre la importancia de los estudios previos acerca de la prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello

uterino en los resultados de Papanicolau, se debe tener en cuenta un factor condicionante sobre este examen, y es la calidad de la muestra, ya que cuando es en condiciones óptimas puede poseer, el Papanicolau, una sensibilidad de hasta un 84.4%, como se indicó en la conferencia “National Institutes of health”, realizada en Bethesda, Maryland, en el año 1988, y la cual fue sometido a revisión en los años 1991 y 2001; y esta se puede apreciar en el porcentaje de las muestras insatisfactorias¹⁹.

Así entonces en Chile, en el año 2008 Sanchez L. Luisa et al. Realizaron el estudio Papanicolau: Frotis sin componente cervical, en donde evaluaron la calidad de la muestra de 42281 Papanicolau en donde un 3.38%, fueron una muestra insatisfactoria, y este valor se encuentra dentro de los rangos, menor a 10%, que propone el programa de Pesquisa y control de Cáncer Cervicouterino en Chile; este indicador todavía no está siendo tomado encuentra en nuestro país, pero el cual habría que considerar ya que no permite un diagnostico positivo o negativo de la lesión, y está relacionado inversamente proporcional con el grado de sensibilidad del examen citológico^{20, 21}.

Así entonces, podemos apreciar en el estudio de Jaramillo JA. Sobre el comportamiento del tamizaje para cáncer de cérvix en la ciudad de Santa María en Colombia en el año 2005, con una prevalencia de LIE bajo grado de un 0.67% y de alto grado de un 0.38%, y un porcentaje de muestras inadecuadas de hasta 3.3%, a partir de este estudio podemos observar el valor de las muestras insatisfactorias, que afectan directamente con el grado de sensibilidad del examen citológico de Papanicolau²⁶.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias más frecuentes en los diferentes reportes estadísticos a nivel mundial. A diferencia de la mayoría de las neoplasias que se tratan en oncología, el cáncer de cérvix y su constelación de lesiones precursoras, tienen un agente etiológico identificado: el virus del papiloma humano; el cual es causa necesaria para que una mujer desarrolle cáncer de cérvix^{1, 2, 3, 25, 27, 35}.

2.2.2 Etiopatogenia

El HPV (Human Papilloma Virus) es un ADN virus epiteliotrofo que tiende a invadir las células epiteliales del cuello uterino situadas en la zona de transformación, que es la zona más activa en cuanto a replicación celular. No todas las cepas de HPV son oncogénicas. Las cepas oncogénicas más prevalentes entre la población general son las 16 y 18. Las cepas no oncogénicas o de bajo riesgo (como la 6 y la 11) son las causantes de otras patologías no malignas como los condilomas acuminados del periné (lesiones sobreelevadas en las zonas perineales de máxima fricción durante el coito sin capacidad de progresión hacia malignidad)⁴.

El virus invade la célula y puede dejar su ADN en forma de episoma (sin unirlo al genoma del huésped) o bien insertarlo en el genoma del huésped y poner a trabajar toda la maquinaria celular para producir réplicas de sí mismo. Cuando este ocurre, se producen las proteínas E (sobre todo E7) que se unen a proteínas supresoras de tumores como la p53. Este es el inicio del proceso carcinogénico⁴.

2.2.3 Factores de riesgo

En la población de mujeres en edad fértil que mantienen relaciones sexuales se han llegado a objetivar tasas de prevalencia de HPV de hasta el 30%. Sin embargo, es obvio que la prevalencia del cáncer de cérvix entre estas mujeres dista mucho de estas cifras. Esto es porque el HPV es causa necesaria, pero no suficiente para producir un cáncer de cuello uterino^{25, 27}.

La mayoría de las mujeres infectadas por el HPV eliminan esta infección por medio de sus sistema inmune. Sin embargo, existe unos cofactores que ayudan al HPV en su proceso carcinogénico:

- Cofactores de adquisición, los cuales ayudan al HPV a llegar hasta el epitelio cervical:
- Conducta sexual de riesgo: Edad joven al primer coito, promiscuidad sexual, no utilización de métodos de barrera. Tener como pareja a un varón de riesgo elevado (promiscuo sexual, no circuncidado, malos hábitos higiénicos)
- Cofactores de progresión, ayudan al HPV que ya está infectando el epitelio cervical a desarrollar una neoplasia:
- Virales: infección por cepas oncogénicas (HPV 16, 18), carga viral elevada
- Genéticos: respuesta inmune de cada individuo, susceptibilidad genética a la infección
- Medio-Ambientales: tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, inmunosupresión, coexistencia de otras enfermedades de transmisión sexual.

Lesiones subclínicas: Lesiones intraepiteliales

La nomenclatura citológica actual procede de una modificación de la clasificación de Bethesda y habla de SIL (squamous intraepithelial lesión) o LIE, lesión intraepitelial, dividiéndolas en²⁰:

- L-SIL o Lesión intraepitelial de bajo grado: cambios celulares leves provocados generalmente por infección autolimitadas del HPV
- H-SIL o Lesión intraepiteliales de alto grado: son cambios de premalignidad.
- ASCUS: Lesiones anatomopatológicas que no pueden descartar que no tenga alguna lesión.

Tipos histológicos

Al igual que las lesiones preneoplásicas, la práctica totalidad de los cánceres de cérvix (independiente del tipo histológico) se originan en la zona de transformación, donde confluyen el epitelio plano estratificado del exocervix y el epitelio glandular del endocervix⁴.

- Carcinoma escamoso: Representa un 80 a 90% de los tipos de cáncer de cuello uterino. Se origina del epitelio plano poliestratificado⁴.
- Adenocarcinoma: es un 10% y se origina en el epitelio glandular cilíndrico del endocervix⁴.
- Otros tumores epiteliales: son un 1 a 2% los cuales pueden ser carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoide quístico, adenoide basal, neuroendocrino e indiferenciado⁴.

Clínica

Generalmente son asintomáticos. En estadios avanzados, la metrorragia como “lavado de carne” es el síntoma más frecuente. También puede aparecer sangrado post coital. La leucorrea serosa o purulenta y el dolor se observan tardíamente³⁵.

Estadíaaje

El estadíaaje planteado por la FIGO en el año 2009, es clínico. El estadio se determina en el momento del diagnóstico primario. Se debe realizar tacto rectovaginal para valorar extensión a parametrios, vagina y tabique rectovaginal, también se deben explorar las áreas ganglionares inguinales y supraclaviculares.

Las pruebas complementarias (cistoscopia, rectoscopia, urografía IV) solo se realizan en caso de sospecha clínica y no son obligatorias en el estudio de extensión. Las pruebas radiológicas tampoco están incluidas en el estudio de extensión. Si se solicitase alguna prueba de imagen hay que conocer que la RMN tiene una sensibilidad superior a la tomografía en cuanto a la información sobre la invasión parametrial, volumen tumoral, afectación rectal y vesical.

Tratamiento

El tratamiento convencional del carcinoma cervicouterino puede incluir cirugía, radioterapia o una combinación de ambas. Los carcinomas cervicouterinos tempranos (estadios I y IIA) pueden tratarse con alguna de las dos opciones. La radioterapia es el tratamiento preferido una vez que la enfermedad se ha extendido más allá de los límites del cuello uterino y los fondos de sacos vaginales, cuando la cirugía no es eficaz. El tratamiento del carcinoma cervicouterino con radioterapia a menudo puede incluir una combinación de radioterapia externa (para toda la pelvis) y radiación intracavitaria (para la parte central de la enfermedad)³⁰.

En caso de neoplasias localmente avanzadas, como los estadios IIB y III, combinar la radiación intracavitaria y la externa ofrece un mejor control de la enfermedad y mejora la supervivencia, en comparación con la radioterapia externa por sí sola. Las mujeres con cáncer microinvasor (estadio IA) pueden ser tratadas mediante conización, histerectomía o histerectomía ampliada. Las pacientes con cáncer en estadios IB y IIA puede ser tratadas mediante

histerectomía radical (de Wertheim) y linfadenectomía pélvica o mediante radioterapia intracavitaria, o bien con una combinación de radioterapia externa y radioterapia intracavitaria³¹.

En casos específicos de carcinoma pequeño (<2 cm) en estadio IB, puede realizarse cervicectomía radical combinada con linfadenectomía laparoscópica, para conservar la función reproductora de la paciente. La radioterapia y la cirugía ofrecen resultados similares en el cáncer invasor en los estadios iniciales (estados IB y IIA). Los cánceres en estadios IIB y III se tratan con una combinación de radioterapia externa e intracavitaria. En las mujeres con neoplasias en estadio IV se da tratamiento paliativo con radioterapia externa, quimioterapia o ambas³¹.

La quimioterapia coadyuvante con cisplatino ha mejorado los resultados de la radioterapia en el carcinoma cervicouterino avanzado. Los ensayos clínicos aleatorizados han demostrado una mejoría significativa en la supervivencia global y en la supervivencia libre de enfermedad con el tratamiento a base de cisplatino administrado en forma concomitante con la radioterapia (Thomas, 2000; Verde et al., 2001)³¹.

Se ha observado un beneficio significativo al combinar quimioterapia con radiación para disminuir la recurrencia, tanto local como distante. El beneficio absoluto del tratamiento combinado sobre la supervivencia global fue de 16%. En base a estas pruebas, la quimioterapia coadyuvante de la radioterapia está surgiendo como la nueva norma terapéutica para el carcinoma cervicouterino avanzado. El estadio clínico de la enfermedad en el momento del diagnóstico es el factor aislado más importante de predicción de la supervivencia a largo plazo; las tasas de supervivencia también disminuyen a mayor edad. Otros factores que influyen en la supervivencia son las condiciones generales de salud y el estado nutricional³¹.

Las pacientes anémicas tienen una mala respuesta al tratamiento, lo mismo que aquellas seropositivas al VIH. Varios estudios clínicos y de poblaciones han demostrado una supervivencia a 5 años uniformemente alta (>75%) en relación con las neoplasias en estadio I; las tasas de supervivencia declinan rápidamente conforme avanzan los estadios de la enfermedad (<10% en el estadio IV).

En una serie extensa de pacientes con carcinoma cervicouterino tratadas con radioterapia, se demostró que la frecuencia de metástasis a distancia (principalmente extendida a los ganglios linfáticos paraaórticos, pulmones, cavidad abdominal, hígado y aparato digestivo) aumentaba al avanzar el estadio de la enfermedad, de 3% en el estadio IA a 75% en el estadio IVA³¹.

En un estudio de 1.028 pacientes tratadas con cirugía radical, las tasas de supervivencia guardaron una relación uniforme con el volumen tumoral. Las tasas de supervivencia a 5 años variaron de 91% para las pacientes con tumores < 2,5 cm³ a 70% para aquellas con tumores de entre 10 y 50 cm³. La supervivencia libre de enfermedad a 3 años varió de 94,6% para los tumores en estadio I < 5 mm a 59,5% para los tumores en estadio I ≥21 mm. Los estadios clínicos avanzados se relacionan con una frecuencia mayor de invasión vascular, con diseminación a los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos y metástasis a distancia³¹.

Pronóstico

El estadio clínico es el factor pronóstico más importante. Los factores de mal pronóstico quedan recogidos en gran medida entre la profundidad de la invasión tumoral, el tamaño del tumor, y la presencia de adenopatías.

2.3 Definición de conceptos operacionales

Los conceptos operacionales que se evaluarán en este estudio fueron:

- Lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino: Se denomina así, a las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, es decir a las alteraciones del epitelio normal, cambios atípicos, sin llegar todavía al termino cáncer.
- Edad: Es el número de años cumplidos a partir de la fecha de nacimiento de una persona.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis general

La prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en las mujeres que se les realizó Papanicolau en el Hospital II Cañete, durante el periodo julio 2014 y julio 2015 no tendrá relevancia significativa con los datos en otros estudios.

3.2 Variables: Indicadores

3.2.1 Porcentaje de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo en la población tamizada

Según la norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional, aprobada por el plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer. Un indicador de resultado es “Porcentaje de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo en la población tamizada”, la cual su finalidad es evaluar la eficacia del proceso de detección y se obtiene con el N° de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo por 100 entre la población tamizada, y la meta de este indicador es 1.5 a 6% por PAP y de 10 a 15% por IVAA, el cual es un indicador anual⁴⁶.

3.2.2 Muestras insatisfactorias

Según la Norma Técnica Oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional, aprobada por el plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer. Un indicador, es el porcentaje de muestras insatisfactorias la cual nos indica que en una evaluación trimestral no debe ser mayor al 10%⁴⁶.

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño de investigación

El estudio realizado fue de diseño observacional, tipo descriptivo retrospectivo en el Hospital II Cañete en el periodo Julio 2014 a Julio del 2015.

4.2 Población de estudio:

Selección y tamaño de la muestra; tipo de muestreo y unidad de análisis.

El universo de estudio fueron las pacientes mujeres que acuden al Hospital II Cañete de Essalud perteneciente a la Red Rebagliati. La población fueron todas las mujeres a las que se les realizó el examen citológico de tamizaje para cáncer de cuello uterino, Papanicolau, durante el periodo Julio 2014 y Julio 2015, las cuales fueron un total de 3061 muestras de Papanicolau; la misma que fue tomada como muestra en la realización de este trabajo.

La unidad de análisis, fueron los resultados de las mujeres a quienes se les realizó Papanicolau, usuarias del Hospital II Cañete, durante el periodo Julio 2014 a Julio del año 2015.

4.3 Criterios de inclusión y exclusión

4.3.1 Criterios de Inclusión

- Resultados de Papanicolau realizados en la población femenina como screening de cáncer de cuello uterino entre los periodos Julio 2014 a julio 2015.
- Resultados de Papanicolau que fueron realizados por el personal del Hospital II Cañete.

- Resultado de Papanicolau que fueron procesados por el departamento de anatomía patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, perteneciente a la Red Rebagliati.

4.3.2 Criterios de Exclusión

- Resultado de examen citológico, sin respuesta por parte del departamento de anatomía patológica, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, perteneciente a la Red Rebagliati.
- Resultados de Papanicolau, fuera del periodo de fecha establecido, julio del año 2014 a julio del año 2015.
- Resultado de Papanicolau no legibles.
- Mujeres que hayan presentado o presenten cáncer cervicouterino.

4.4 Procedimientos para la recolección de datos

Se solicitó la autorización y el permiso respectivo al jefe del servicio del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital II Cañete de Essalud para la realización de este estudio. Así mismo, se le informó al Director del nosocomio, y a la jefa de las obstetricas para usar uso de los ambientes, y de la base de datos.

Las fuentes de información fueron los resultados de los exámenes citológicos de Papanicolau, además de los datos adicionales registrados en el libro de registro de toma y resultados de Papanicolau de obstetricia como la edad, y lugar de procedencia, realizadas a las mujeres durante el periodo Julio del 2014 a Julio del 2015.

La información recabada se llenó en el formulario diseñado para el estudio en cuestión, el cual se encuentra adjunto (ANEXO 1).

4.5 Instrumentos a utilizar y métodos para el control de calidad de los datos

Se utilizó una ficha simple de recolección de datos (Anexo 1), en la cual se vació la información de los resultados positivos de Papanicolau, e información adicional recolectada en el libro de registro de toma y resultados de Papanicolau de obstetricia, dicho resultado de examen fue emitido por el departamento de anatomía patológica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, y los datos recabados en el libro de registro, fueron datos relacionados a la edad y procedencia de las mujeres a quienes se le realizó, esta prueba de tamizaje.

La base de datos, se formó solo con los resultados positivos de Papanicolau emitidos por el departamento anatomía patológica del Hospital Edgardo Rebagliati Martins legibles, y con los demás datos del libro de registros que se encuentren adecuadamente llenados, y también legibles en el periodo Julio del año 2014 a Julio del año 2015.

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

A partir de los formularios recolectados, se elaboró una base de datos en EXCEL, la cual fue trasladada al programa estadístico SPSS versión 22 para Windows. Se usó un análisis estadístico univariado y bivariado. La variable cualitativa se expresará como medidas de frecuencia y porcentajes. La variable cuantitativa se expresará como medidas de media, moda, mínimo y máximo.

Además se tomará en cuenta el indicador de resultado según la norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional, aprobada por el plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer. Un indicador de resultado es "Porcentaje de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo en la población tamizada, la cual su finalidad es evaluar la eficacia del proceso de

detección y se obtiene con el N° de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo por 100 entre la población tamizada, y la meta de este indicador es 1.5 a 6% por PAP y de 10 a 15% por IVAA, el cual es un indicador anual, así mismo también el porcentaje de muestras insatisfactorias la cual nos indica que no debe ser mayor a un 10%.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 Resultados

Se presentan a continuación los resultados del estudio realizado en el Hospital II de Cañete, durante el periodo Julio 2014 a Julio del 2015.

5.1.1 Edad

Tabla #01
Edad

N	Válido	136
	Perdidos	0
Media		37,76
Mediana		36,00
Moda		24
Mínimo		20
Máximo		71
Suma		5135

Interpretación:

En la Tabla #1, del estudio realizado en 3061 muestras de Papanicolau, se obtuvo que las lesiones positivas, durante el periodo Julio 2014 a Julio del 2015, representaron un total de 136 casos presentando una media de edad de 37 años, una moda de 24 años, con edades mínimas de 20 años y máximas de 71 años.

**Tabla #02
Grupo Etario**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido De 15 a 20 años	3	2,2	2,2	2,2
De 21 a 24 años	15	11,0	11,0	13,2
De 25 a 34 años	44	32,4	32,4	45,6
De 35 a 44 años	42	30,9	30,9	76,5
De 45 a 54 años	18	13,2	13,2	89,7
De 55 a 64 años	8	5,9	5,9	95,6
Mayores de 65 años	6	4,4	4,4	100,0
Total	136	100,0	100,0	

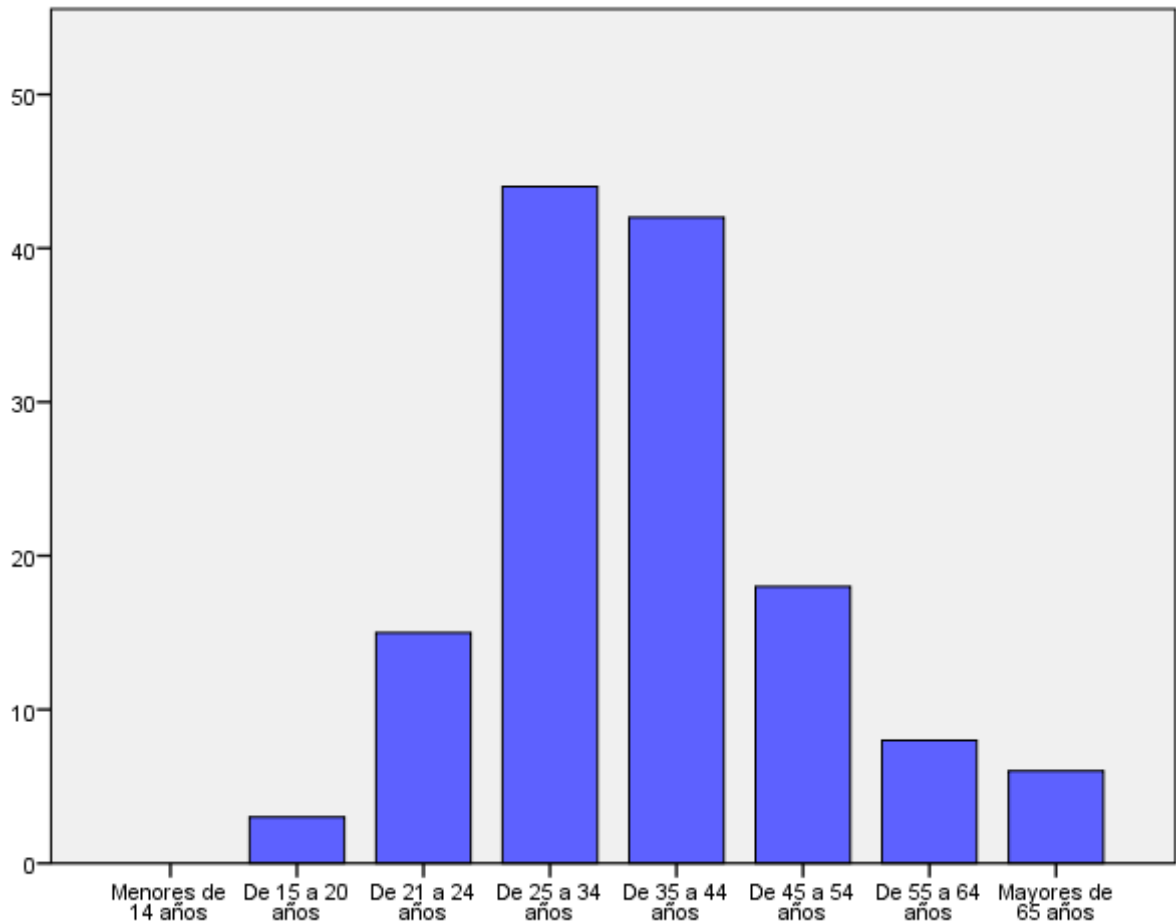
5.1.2 Grupo Etario

Interpretación:

En la tabla #2, del presente estudio realizado con una muestra de 3061 resultados de Papanicolau. Se obtuvieron 136 lesiones positivas, de las cuales según grupo etario, el mayor porcentaje de estas lesiones corresponde al grupo de edad abarcado entre 25 a 34 años, con 32.4%, 44 casos; seguido por los grupos de edad entre 35 a 44 años, 45 a 54 años, 21 a 24 años, 55 a 64 años, mayores a 65 años y el grupo entre 15 a 20 años con porcentajes de 30.9%, 13.2%, 11%, 5.9%, 4.4% y 2.2% , respectivamente.

Gráfico #01

Grupo etario



Interpretación:

Así mismo, en el Grafico #01 se aprecia visualmente los grupos de mayor frecuencia respecto a los resultados positivos de Papanicolau, como son el grupo de 25 a 34 años y el de 35 a 44 años.

5.1.3 Lugar de procedencia

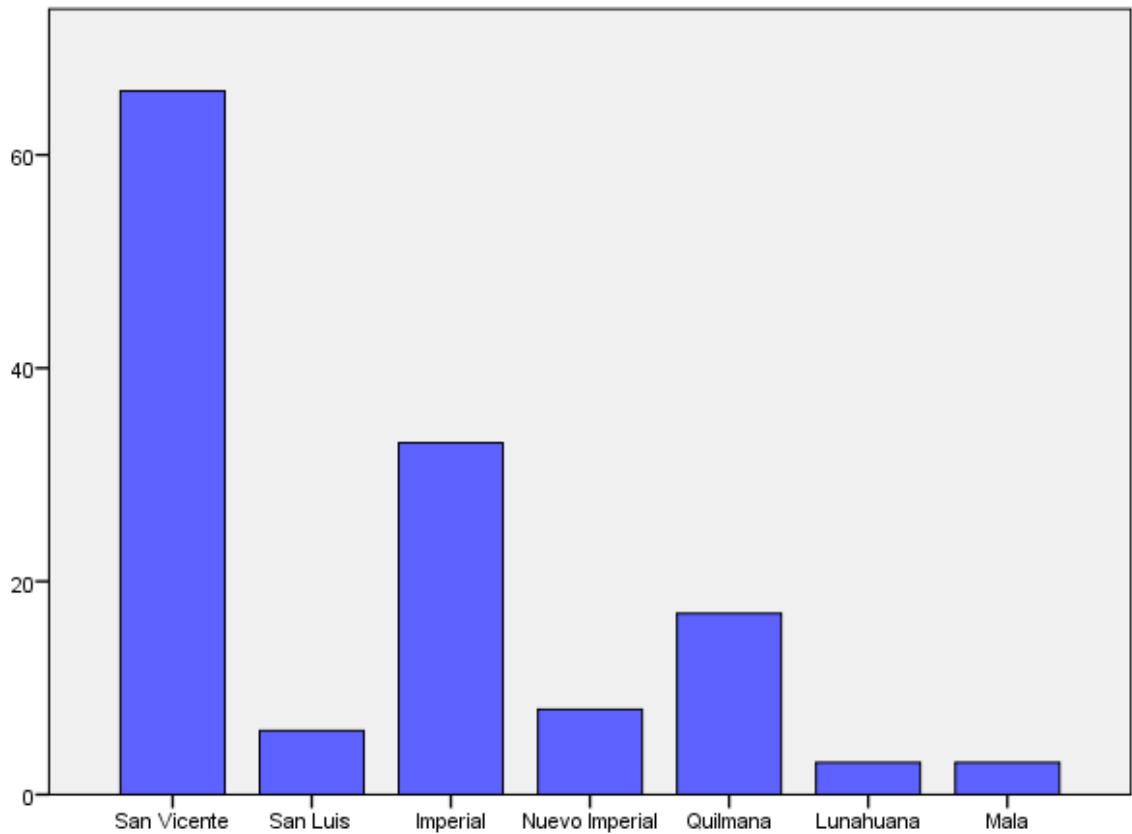
Tabla # 03
Lugar de procedencia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	a	e		
Válido San Vicente	66	48,5	48,5	48,5
San Luis	6	4,4	4,4	52,9
Imperial	33	24,3	24,3	77,2
Nuevo Imperial	8	5,9	5,9	83,1
Quilmana	17	12,5	12,5	95,6
Lunahuana	3	2,2	2,2	97,8
Mala	3	2,2	2,2	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Interpretación:

En la Tabla #03, del presente estudio se obtuvo que de las 136 lesiones positivas de Papanicolau, realizado a 3061 muestras, según el lugar de procedencia San Vicente, corresponde al primer lugar con 48.5% de las mujeres a quienes se le realizó este examen, 66 casos. Le siguen en orden decreciente Imperial, Quilmana, Nuevo Imperial, San Luis, Lunahuana y Mala con porcentajes de 24.3%, 12.5%, 5.9%, 4.4%, 2.2% y 2.2%, respectivamente.

Gráfico #02
Lugar de Procedencia



Interpretación:

Así mismo en el Grafico #02, es una representación visual donde se aprecia en primer lugar, al distrito de San Vicente. En donde el primer lugar de procedencia es el distrito de San Vicente con 66 casos en este estudio.

5.1.4 Resultados de Papanicolau

Tabla #04
Resultados de Papanicolau

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	ASCUS	45	33,1	43,3	43,3
	LIE BAJO GRADO	39	28,7	37,5	80,8
	LIE ALTO GRADO	19	14,0	18,3	99,0
	CARCINOMA DE CERVIX	1	,7	1,0	100,0
	Total	104	76,5	100,0	
Perdidos	Sistema	32	23,5		
Total		136	100,0		

Interpretación:

En la Tabla #04, del estudio realizado a 3061 resultados de Papanicolau, se obtuvieron 136 Papanicolau positivos. De estos 104 resultados representan algún grado de lesión citológica con 76.5%, y 32 son muestras insatisfactorias, representados en la tabla como valores perdidos, con 23.5%. Según el tipo de lesión citológica, en orden descendiente de frecuencia son ASCUS, LIE Bajo Grado, LIE Alto Grado y Carcinoma de cérvix con porcentajes de 43.3%, 37.5%, 18.3% y 1%.

5.1.5 Grupo etario y Tipo de lesión en el Papanicolau

Interpretación:

En la Tabla #05, se presenta la relación entre cada grupo etario, y la frecuencia, y tipo de lesión citológica predominante. El grupo de 25 a 34 años, presenta el mayor porcentaje de lesiones citológicas con 31.7%. De estas 45.5%, son LIE de Bajo Grado; 36.4%, son ASCUS; 18.2% LIE de Alto Grado. El Grupo de 35 a 44 años, tiene un 26.9% de lesiones citológicas del total. De estas las lesiones tipo ASCUS representan 46.4%, LIE Bajo Grado 35.7%, LIE Alto Grado 17.9%. El grupo de 45 a 54 años, representa 15.4% del total de las lesiones citológicas, entre estas se encuentran LIE Bajo Grado con 50%, ASCUS 31.3%, LIE Alto Grado 18.8%. El grupo de 21 a 24 años, representa 12.5% del total de lesiones citológicas, entre estas se encuentran ASCUS 61.5%, LIE Alto Grado 23.1%, LIE Bajo Grado 15.4%. El grupo 55 a 64 años, representa 7.7% del total de lesiones citológicas en este estudio, entre estas se encuentran ASCUS 62.5% y LIE Bajo Grado 37.5%.

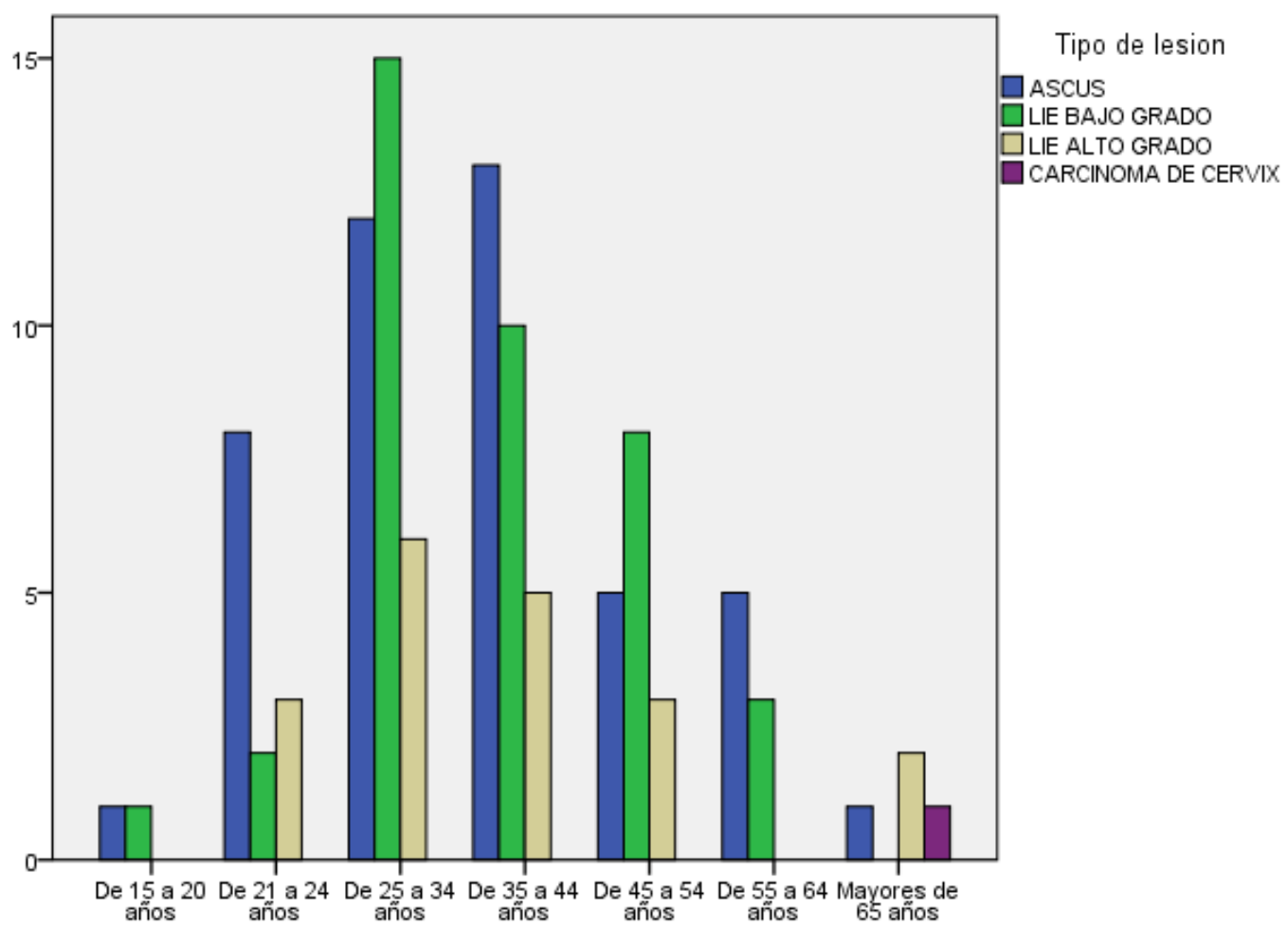
El Grupo que abarca mayores de 65 años, representa el 3.8% del total de lesiones citológicas en este estudio, entre estas se encuentran LIE Alto Grado 50%, ASCUS 25% y Carcinoma de cérvix, 25%. El grupo de 15 a 20 años, es el de menor porcentaje de lesiones citológicas con 1.9% del total, entre estas se encuentran ASCUS, 50% y LIE Bajo Grado 50%.

Así mismo en el Grafico #03, representa visualmente lo expresado en la tabla #05, como al grupo de 25 y 34 años, de mayor porcentaje según grupo etario, con el tipo de lesión más predominante tipo LIE Bajo Grado, seguido de ASCUS, y Lie de Alto Grado.

Tabla #05
Tipo de Lesión vs Grupo Etario

			Tipo de lesión				Total
			ASCUS	LIE BAJO GRADO	LIE ALTO GRADO	CARCINOMA DE CERVIX	
Grupo Etario	De 15 a 20 años	Recuento	1	1	0	0	2
		% dentro de Grupo Etario	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lesion	2,2%	2,6%	0,0%	0,0%	1,9%
		% del total	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	1,9%
	De 21 a 24 años	Recuento	8	2	3	0	13
		% dentro de Grupo Etario	61,5%	15,4%	23,1%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lesion	17,8%	5,1%	15,8%	0,0%	12,5%
		% del total	7,7%	1,9%	2,9%	0,0%	12,5%
	De 25 a 34 años	Recuento	12	15	6	0	33
		% dentro de Grupo Etario	36,4%	45,5%	18,2%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lesion	26,7%	38,5%	31,6%	0,0%	31,7%
		% del total	11,5%	14,4%	5,8%	0,0%	31,7%
	De 35 a 44 años	Recuento	13	10	5	0	28
		% dentro de Grupo Etario	46,4%	35,7%	17,9%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lesion	28,9%	25,6%	26,3%	0,0%	26,9%
		% del total	12,5%	9,6%	4,8%	0,0%	26,9%
	De 45 a 54 años	Recuento	5	8	3	0	16
		% dentro de Grupo Etario	31,3%	50,0%	18,8%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lesion	11,1%	20,5%	15,8%	0,0%	15,4%
		% del total	4,8%	7,7%	2,9%	0,0%	15,4%
	De 55 a 64 años	Recuento	5	3	0	0	8
		% dentro de Grupo Etario	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Tipo de lesion	11,1%	7,7%	0,0%	0,0%	7,7%
		% del total	4,8%	2,9%	0,0%	0,0%	7,7%
Mayores de 65 años	Recuento	1	0	2	1	4	
	% dentro de Grupo Etario	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	100,0%	
	% dentro de Tipo de lesion	2,2%	0,0%	10,5%	100,0%	3,8%	
	% del total	1,0%	0,0%	1,9%	1,0%	3,8%	
Total	Recuento	45	39	19	1	104	
	% dentro de Grupo Etario	43,3%	37,5%	18,3%	1,0%	100,0%	
	% dentro de Tipo de lesion	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	43,3%	37,5%	18,3%	1,0%	100,0%	

Gráfico #03
Tipo de Lesión vs Grupo Etario



5.1.6 Indicador de resultado

Según la norma técnica oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional, aprobada por el plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer. Un indicador de resultado es “Porcentaje de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo en la población tamizada, la cual su finalidad es evaluar la eficacia del proceso de detección y se obtiene con el N° de mujeres con PAP Y/O IVAA positivo por 100 entre la población tamizada, y la meta de este indicador es 1.5 a 6% por PAP y de 10 a 15% por IVAA, el cual es un indicador anual⁴⁶.

$$\frac{N^{\circ} \text{ Mujeres con PAP O IVAA positivo} \times 100}{\text{Población tamizada}}$$

$$\frac{104 \times 100}{3061} = 3.39 \%$$

El indicador de resultado dado por los indicadores nacionales obtenido en este estudio es de 3.39% de prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en los resultados de Papanicolau en las mujeres del Hospital II Cañete en el Periodo Julio 2014 a Julio 2015.

5.1.7 Porcentaje de muestras insatisfactorias

Según la Norma Técnica Oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional, aprobada por el plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer. Un indicador, es el porcentaje de muestras insatisfactorias la cual nos indica que en una evaluación trimestral no debe ser mayor al 10%⁴⁶.

$$\frac{32 \times 100}{3061} = 1.04\%$$

El porcentaje de muestras insatisfactorias dado por los indicadores nacionales obtenido en este estudio es 1.04% los resultados de Papanicolau en las mujeres del Hospital II Cañete en el Periodo Julio 2014 a Julio 2015.

5.2 Discusión

En este estudio se analizaron 3061 muestras de resultados citológicos, recolectadas de las mujeres usuarias del hospital II Cañete, en el periodo Julio 2014 a Julio 2015. La prevalencia de alteraciones citológicas obtenida en el estudio fue de 3.39%, según el indicador de resultado nacional aplicado en este estudio. Estos resultados son inferiores a los presentados en otros estudios, como en Colombia por Gonzales y cols¹⁶, quienes hallaron un 30.6% de alteraciones en la citología en un población de estudio de 4957 mujeres en Bogotá, pero más elevado que algunos otros autores, la cual su prevalencia se encuentra entre 0.2 hasta un 9%³⁷⁻⁴⁰.

En países de América Latina, los datos de prevalencia de alteraciones citológicas son variables, como por ejemplo en México con 3.4%, Venezuela 13.2% y Ecuador 9.8%, de estos porcentajes la gran mayoría corresponden a lesiones tipo ASCUS^{41, 42, 43}. En el Perú los datos obtenidos, son parecidos al estudio Bautista et al. Los cuales reportan una prevalencia de citología patológica de 2.2%, en una muestra de 3438 mujeres evaluadas²⁶.

La prevalencia encontrada en este estudio, estuvo dentro de los valores aceptados en los indicadores de resultado nacionales, que indican un valor no mayor a 6% para Papanicolau con alguna lesión citológica⁴⁶.

La mayor parte de las alteraciones citológicas obtenidas en nuestro estudio estuvo concentrada en las lesiones tipo ASCUS, seguidas de LIE de

Bajo Grado 37.5%, LIE de Alto Grado con 18.3% y Carcinoma de cérvix con 1%, similar a los resultados de algunos estudios ya citados como los de Gonzales y Cols¹⁶; Bravo y cols⁴⁴; Schmolling y cols⁴⁵ que obtuvieron predominio de lesiones tipo ASCUS con porcentajes de 24.7%, 7.9%, 32.8% respectivamente.

En cuanto a la edad, se encontró que la media de edad en el estudio fue de 37 años (Tabla #01), el grupo etario de mayor prevalencia fue de 25 a 34 años (Tabla #02); de la misma manera que las anomalías citológicas se encuentran con mayor frecuencia asociadas en este grupo etario con 31.7%; y en segundo lugar en el de 35 a 44 años, 26.4%. Siendo el de menor incidencia el grupo de 15 a 20 años con 1.9%, seguidos del grupo mayores de 65 años, con 3.8% (Tabla #05). Estos valores se encuentran en lo reportado en otros estudios como el de Mendoza y Cols.²⁵ con una población de estudio de 3539 mujeres, que reporta que ha menor grupo etario, punto de corte 15 años la presencia de lesiones citológicas es mínima con un 0.2%, así mismo en el otro extremo, mayores de 65 años con 3.3%. Además predominio en el grupo de 16 a 34 años, con 39% del total de las lesiones citológicas reportadas (Tabla #05)²⁵.

Las muestras insatisfactorias representaron una prevalencia de 1.04%, menor comparado a otros estudios como L. Sanchez, con una población de 42 281 resultados de Papanicolau obtuvo un prevalencia de 3.38%. Estos valores están dentro de los rangos aceptados según los indicadores nacionales, que plantean un porcentaje de muestras insatisfactorias que no superen el 10%^{21, 46}.

Además en este estudio, se encuentra que el lugar de procedencia de las mujeres con lesiones citológicas anormales, pertenecen a San Vicente (Tabla #03) la cual es la misma localidad del Hospital en donde se realizó el estudio probablemente porque es de mayor accesibilidad a la población continuar realizando sus evaluaciones, que personas con viviendas más

alejadas, hecho que no descarta por lo tanto que en lugares alejados la prevalencia sea mayor de la citada en este estudio.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- Se concluye por el estudio, que la prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino de los resultados de Papanicolaou de las mujeres atendidas en el Hospital II Cañete en el Periodo Julio 2014 a Julio del 2015, es de 3.39%. La cual es relativamente mayor comparado a otros estudios nacionales, pero no superando los indicadores nacionales anuales, sugiriendo un tendencia similar a nivel de otras localidades a nivel nacional ^{26, 46}.
- Este estudio permite concluir que la lesión tipo ASCUS es la más prevalente, 43.3%; situación que también corrobora estudios nacionales e internacionales basados en este tema. Hecho de importancia, y que refleja el curso natural del cáncer de cuello uterino, debido al inicio de los cambios atípicos hacia el porcentaje de estos, que evoluciona a alteraciones citológicas más indiferenciadas y de mayor complejidad^{16, 44, 45}.
- El estudio nos da a conocer una tendencia, ya demostrada en otras investigaciones, entre la edad, y las lesiones premalignas de cuello uterino. El grupo etario más frecuentemente asociado a lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino se encuentran entre la tercera y cuarta década de la vida. Esta asociación probablemente es causada por su evolución natural, ya que esta patología necesita un periodo de tiempo necesario para desarrollarse, motivo por el cual debido a sus factores de riesgo las lesiones se están presentando con mayor frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida.
- Así mismo, esta investigación nos revela la utilidad del Papanicolau como examen de screening, esto se ve reflejado en la prevalencia de

muestras insatisfactorias con 1.04%, que fue menor a otros estudios realizados, y menor a lo establecido como indicador nacional, el cual reporta como valor límite máximo en 10%; lo que nos indica que el examen de screening, posee buena sensibilidad y los datos son los más reales posibles²¹.

Recomendaciones

- La prevalencia de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino en el Hospital II Cañete en el Periodo Julio 2014 a Julio del 2015, si bien encuentran dentro de los indicadores nacionales establecidos, están relativamente mayores a otros estudios nacionales y se recomienda seguir con las medidas de promoción y prevención, con el fin de disminuir aún más estos porcentajes a futuro.
- Así como la promoción y prevención de la enfermedad es la base primordial de la salud actualmente, también se recomienda el seguimiento continuo, ya que si bien un gran porcentaje de estas lesiones tiene un potencial grado de regresión, permitirnos un manejo oportuno a las lesiones que presenten un curso desfavorable.
- Se tiene que tener en cuenta el curso natural de la enfermedad, y así apreciar los grupos de edad de riesgo, en primer lugar los más jóvenes por estar expuestos a factores de riesgo, y en segundo lugar los de tercera y cuarta década de vida por presentar, si persisten las conductas y los factores de riesgo, un desarrollo de lesiones de cuello uterino.
- Las muestras insatisfactorias en este hospital representaron 1.04%, menos de lo establecido por indicador nacional, menor a 10%. Este dato es importante ya que la importancia de esta prueba de screening radica en su sensibilidad la cual es inversamente proporcional al porcentaje de muestras insatisfactorias. Es de gran valor, encontrar la manera de mantener esta cifra la menor posible, y en disminución por medio de capacitación técnica en la toma, procesamiento y envío de las muestras.

Referencias Bibliográficas

1. William, J. Cancer of the uterus: Harvelan lectures for 1886. HK Lewis, London. 1888
2. Broders, A.C. (1932) Carcinoma in situ contrasted with benign penetrating epithelium. J., Am. Med. Assoc., 99, 1670.
3. Reagan, J.W., Seidermann, I.L. y Saracusa, Y. (1953) The cellular morphology of carcinoma in situ and dysplasia or atypical hyperplasia of the uterine cervix. Cancer, 6,224-235
4. Vinay Kumar, Abbas AK, Fausto N, Mitchell F. Robbins Basic Pathology. 8 ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2007.
5. Holowaty, P., Miller, A.B. y Rohan, T. (1999) Natural history of dysplasia of the uterine cervix. K. Natl. Cancer Inst.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 131: Screening for cervical cancer. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 131: Screening for cervical cancer. Obstet Gynecol. 2012;120:1222-1238.
7. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer, Human Papillomavirus and related Cancers in World. Summary Report 2009
8. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Globocan 2008, Cancer Incidence and Mortality WorldWide: IARC CancerBase n. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2010.
9. Huertas S, Acosta J, Cabarcas M, Sánchez á, Ricaurte O. Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial (LEI) y malignidad para las atipias escamosas de significado indeterminado (ASC-US), en población perteneciente a una aseguradora pública en Colombia, 2004-2005. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008;59(2):124-130.
10. Poquioma E. Junio 2007. Estimaciones de parámetros epidemiológicos y cálculo de AVISA del grupo de Cancer. Lima: Promoviendo alianzas y estrategias, Abt Associates Inc.
11. Registro de Cancer Poblacional de Trujillo, 1996-2002

12. Registro de Cáncer Poblacional de Arequipa, 2002-2003
13. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Resolución Jefatural N° 121-RJ-INEN-2008. Perú
14. Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, et al. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(9):622-9.
15. Rebolj M, van Ballegooijen M, Berkers L, Habbema D. Monitoring a national cancer prevention program: successful changes in cervical cancer screening in the Netherlands. *Int J Cancer.* 2007; 15(4):806-12.
16. Gonzalez M, Murillo R, Osorio E, Gamboa O, Ardila J. Prevalencia de anomalías citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres en Bologá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol.* 2010;14(1):22-28
17. Cardona-Arias JA, Valencia-Arredondo M. Prevalencia de alteraciones oncológicas en la citología cervicovaginal de pacientes de una institución prestadora de servicios de salud de Medellín, 2010-2012. *Rev CES Med.* 2014; 28(1): 7-20
18. AGUILAR-PEREZ, José A et al. Tamizaje en cáncer cervical: conocimiento de la utilidad y uso de citología cervical en México. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2003, vol.37, n.1
19. Bazan F, Posso M, Gutierrez E. Conocimientos, actitudes y practicas sobre la prueba de Papanicolau 2007; 68 (1) 47 - 54.
20. Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, et al. The 2001 Bethesda system: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA.* 2002;287:2114-9
21. SANCHEZ L, Luisa et al. Papanicolaou: Frotis sin componente endocervical. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [online]. 2008, vol.73, n.3
22. Novoa Vazquez RM. Analisis coste-efectividad del programa de detección sistemática del cancer cervical en la region del algarve, Portugal. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78:341-353

23. Novoa Vazquez RM. Analisis coste-efectividad del programa de detección sistemática del cancer cervical en la region del algarve, Portugal. Rev Esp Salud Pública 2004; 78:341-353
24. Fonseca AJ; Amorim LJD; Murari RSW; Arcoverde LC. Prevalence of cervical cellular atypia in Indigenous Women From Northern Amazonian Region - Brazil. Revista Brasileira de Cancerología 2014; 60(2): 101 – 108
25. MENDOZA T, Luis Alfonso et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. Rev. chil. obstet. ginecol. [online]. 2012, vol.77, n.2.
26. Bautista F, Vallejos C, Bances G, Galdos O; Santos C. Prevalencia de lesiones premalignas de cuello uterino e infección por papilomavirus humano en madres del Comité de Vaso de LLeche de la Municipalidad de Surquillo. Carcinomas, Vol 3(1) 2013.
27. Jaramillo JA. Comportamiento del tamizaje para cáncer de cervix en la ciudad de Santa Marta en el 2005. Duazary, Vol 3. N° 1, 2006, pp. 32-37.
28. Coromoto MCH; y Cols. Prevalencia de cambios citológicos compatibles con el Virus de Papiloma Humano en Pacientes que Acuden al Programa de Atención de Salud para adolescentes Embarazadas. Informe Médico 2012, Vol. 14 Issue 3, p127-135. 7p.
29. Veloz RE, Tordera MV, Loza PY; Navarro MB; De la Torre CO. Características citohistológicas de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. MEDISAN. 2014. Vol 18 Issue 8, p1099-1109. 11p.
30. Lopez GOA; Peña BJA; Paternina MVA; Pinedo OLA. Prevalencia de Anormalidades Citológicas de Cuello Uterino en Pacientes Atendidos en el Centro de Atención Primaria de la Esperanza, Catagena - Colombia, de Enero - Diciembre de 2010. DUAZARY, Diciembre 2011, Vol 8 N°2.
31. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 131: Screening for cervical cancer. American College of

- Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin No. 131: Screening for cervical cancer. *Obstet Gynecol.* 2012;120:1222-1238.
32. Barnum H, Greenberg. Cancer. En: Jamison D, Mosley H, Measham A, Bobadilla JL, comp. *Disease control priorities in developing countries.* Nueva York: Oxford University Press, 1994:540.
33. Brown A, Garber A. Cost-effectiveness of methods to enhance the sensitivity of Papanicolaou testing *JAMA* 1999; 281(4):347-353.
34. Koopmanschp M, Van Ineveld M, Miltenburg T. Costs of home care for advanced breast and cervical cancer in relation to cost-effectiveness of screening. *Soc Sci Med* 1992;35(8):979-985.
35. AGUILAR, Pedro y VALDIVIA, Henry. Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. *Rev Med Hered* [online]. 2012, vol.23, n.1 [citado 2015-10-26], pp. 30-35
36. Diestro Tejada, M. D.; Serrano Velasco, M. y Gomez-Pastrana Nieto, F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología (Barc.)* [online]. 2007, vol.30, n.2 [citado 2015-10-26], pp. 14-31.
37. Olazábal JC, Montero J, Pastor F, Alario MJ, García R, García JF. Diez años de citologías de cérvix uterino en un centro de salud. *Aten Primaria* 1997;20:293-8.
38. Valero F, Nebot MJ, Fenollosa B, Covira A, Rius J. Correlación entre el diagnóstico colposcópico y cito-histológico en 285 casos de CIN. *Prog Obstet Ginecol* 1989;32:40-2.
39. Gimeno A, Jiménez R, Camps-del-Bosque JR. Cáncer de cuello uterino en Extremadura. *Rev San Hig Pub* 1993;67:217-25
40. Borrego JA, Santaella M, Márquez AJ, Martínez-Cabral C, Arjona JE. Incidencia de patología cervical inflamatoria y preneoplásica en una consulta de ETS. *Prog Obstet Gineco* 1988;31:635-9.
41. Coronel P. Estudio exploratorio de las lesiones pre-malignas en el reporte citológico del cuello uterino. *Rev Méd Universidad Veracruzana*

2003;3(1). Disponible en:
http://www.uv.mx/rm/numanteriores/revmedica%20vol3_num1/vol3_num1/articulos/estudio_expl_lesiones_prem.html. Acceso el 16 de noviembre de 2011.

42. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado", Decanato de Medicina. Frecuencia de alteraciones citológicas de cuello útero y los factores de riesgo asociados en las pacientes que acuden al Ambulatorio Urbano tipo II "Dr. Agustín Zubillaga", Barquisimeto, Estado Lara, Enero-Mayo 2005. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe.BM-UCLA. Acceso el 16 de junio de 2011.
43. Sánchez H, Ortiz E, Vásquez M, Avila L, Campoverde N. Prevalencia de alteraciones citológicas por Pap y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años. *Oncología* 2005;15:153-7.
44. Bravo M, Erazo J, Álvarez A, Casas M, Ortiz O, Álvarez J. Prevalencia de anormalidades en la citología cervical en tres grupos poblacionales de mujeres de Popayán, Colombia 2003-2005. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2008;59:190-8.
45. Schmolling Y, Barquín JJ, Zapata A, Merino R, Rodríguez B, León E. Anomalías citológicas de cérvix y lesiones precancerosas subsecuentes en un área sanitaria. *Aten Primaria* 2002;29:223-9.
46. Norma Técnico Oncológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino a nivel nacional. Perú 2008. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Resolución N° 121-RJ-INEN-2008 (18 de abril del 2008).

ANEXOS

ANEXO 1

"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Hospital II Cañete

FECHA:

Nº DE RESULTADO:

EDAD DE PACIENTE:

LUGAR DE PROCEDENCIA:

RESULTADO DEL PAPANICOLAU

--

OBSERVACIONES:

--