

**UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICO VILLARREAL
FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
SECCIÓN DE POST GRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CITOLOGÍA**



TESIS

**“PREVALENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DEL CUELLO
UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL-LABORATORIO DE
REFERENCIA REGIONAL DE SALUD-PIURA AÑO 2015”**

PRESENTADA POR:

LIC. CLODOMIRA ZAPATA ADRIANZEN

ASESOR:

MG. JUANA AMPARO GARAY BAMBAREN

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CITOLOGÍA**

**LIMA – PERÚ
2018**

AGRADECIMIENTO

A mis padres; que siempre están conmigo en mi mente y en mi corazón; y a mi mami por el apoyo y la paciencia que me ha tenido. Gracias a los dos por todo lo que han hecho por mí, por su amor, por su esfuerzo. Por ustedes soy lo que soy.

A mi familia, por su comprensión, por estar conmigo en todo momento.

A mis hermanos, que de una u otra forma me ayudaron a culminar con esta etapa de mi vida.

INDICE

Portada	1
Agradecimiento	2
Título	5
Resumen (palabras claves)	6,7
Abstract (Key Word)	8,9
Introducción	10,11
Capítulo I Planteamiento del Problema	
1. Antecedentes	12,20
2. Planteamiento del problema	21,24
3. Objetivos	25
4. Justificación	26
5. Alcances y limitaciones	27
6. Definición de variables	28
Capítulo II Marco Teórico	
• Teorías generales relacionadas con el tema	29,31
• Bases teóricas especializadas sobre el tema	32,33
• Marco conceptual	34,36
• Hipótesis	37
Capítulo III Método	
1. Tipo	38
2. Diseño de investigación	38
3. Estrategia de prueba de hipótesis	38
4. Variables	38
5. Población	38
6. Muestra	38
7. Técnicas de investigación	
Instrumentos de recolección de datos	39
Procesamiento y análisis de datos	40
Capítulo IV Presentación de resultados	
Contrastación de hipótesis	41
Análisis e interpretación	42,46
Capítulo V Discusión	

Discusión	47,48
Conclusiones	49
Recomendaciones	50,51
Referencias bibliográficas	52,54
Anexos	
Ficha técnica de los instrumentos a utilizar	56
Definiciones de términos	57

**“PREVALENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS DEL CUELLO
UTERINO EN MUJERES EN EDAD FERTIL-LABORATORIO DE
REFERENCIA REGIONAL DE SALUD-PIURA AÑO 2015”**

LIC. CLODOMIRA ZAPATA ADRIANZÉN

I. RESUMEN

OBJETIVOS:

Determinar la prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino, en mujeres en edad fértil de la región Piura, que fueron atendidas en el Laboratorio Regional de Referencia de Salud – Piura, año 2015.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal, realizado en mujeres en edad fértil, atendidas en el laboratorio Regional de Referencia de Salud – Piura.

Se obtuvieron 8900 muestras de secreción mucosa cérvico uterino que fueron sometidas a despistaje de cáncer de cuello uterino, mediante el método de Papanicolaou, cuyo procesamiento y diagnóstico fue realizado en el Laboratorio Regional de Referencia de Salud. Como instrumento de recepción de datos se utilizó una ficha que incluía: edad, multiparidad, número de abortos, número de compañeros sexuales.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La prevalencia de lesiones premalignas positivas fueron del 0.79 %. Encontrándose que los niveles más altos de lesiones premalignas se relacionó con la edad (grupo Etáreo entre 30 – 45 años). Además se encontró una relación con un mayor riesgo de contraer lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres multíparas con más de tres hijos. Evaluando la relación entre el número de compañeros sexuales y la prevalencia de lesiones premalignas, podemos afirmar que las mujeres con estas lesiones tuvieron con mayor frecuencia más de un compañero sexual, pero la diferencia estadística no fue significativa. Según el estudio, se puede afirmar también, que no existe

asociación directa entre el número de abortos y la prevalencia se lesiones premalignas.

PALABRAS CLAVE: Lesión pre-maligna del cuello uterino; neoplasia; prevalencia; edad fértil; Koilosis.

II. ABSTRACT

AIMS(LENSES)

To determine the prevalence of lesion pre-malignant in the neck of the uterus, in women in fertile age of the region Piura, which Piura was attended in the Regional Laboratory of Reference of Health-, year 2015.

MATERIALS AND METHODS

I study observacional descriptively of transverse cut realized in women in fertile age, attended in the Regional Laboratory of health – Piura Reference.

There were obtained 8900 samples of mucous secretion uterine Cervical that were submitted to despistaje of cancer of uterine neck, by means of the method of papanicolaou, whose processing and diagnosis was realized in the regional laboratory of reference of health. Since instrument of receipt of information was in use a card that it was including: age, multiparities, number of abortions, number of sexual companions.

RESULTS AND CONCLUSIONS

The prevalence of lesion pre-malignant positive were 0.79 %. Being that the levels more high of lesion pre-malignant I relate to the age (group etareo between 30 - 45 years). Besides one found a relation with a major risk of contracting lesion pre-malignant of uterine neck in women multiparities with more of three children. Evaluating the relation between the number of sexual companions and the prevalence of lesion pre-malignant, we can affirm that the women with these lesion had with major frequency more of a sexual companion, but the statistical difference was not significant. According to the study, it is possible to affirm also, that direct association does not exist between the number of abortions and prevalence lesion pre-malignant.

WORDS FIX: lesion pre-malignant of the uterine neck; neoplasia; prevalence;
fertile age; Koilositosis.

III. INTRODUCCION

“El cáncer del cuello uterino es una enfermedad que causa la muerte de muchas mujeres a nivel mundial. Este tipo de cáncer no se inicia de repente, sino que tiene toda una evolución previa a partir de lesiones precursoras o precancerosas”. (Cáncer de cuello uterino 2001)

“En el Perú la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido en comparación a años anteriores, sin embargo, continúa siendo una de las más altas en relación con la de otros países”. (Hampi Runa 2001)

El diagnóstico del cáncer de cuello uterino se basa en la extensión de papanicolaou, procedimiento aceptado universalmente desde hace varios años. Las clasificaciones del frotis de Papanicolaou han sufrido varios cambios, con aparición de nueva terminología, diferenciándose de las descritas originalmente por Papanicolaou.

A esta terminología, en 1988 se le adicionó por recomendación del Instituto Nacional de cáncer de USA, dos términos para la descripción de condiciones pre – invasivas: Lesiones intraepiteliales escamosas LIE de bajo grado y LIE de alto grado. “El alto grado incluye NIC II y NIC III y el LIE de bajo grado incluye NIC I y koilocitosis, el cual indica infección por papiloma virus”. (Iovine, E y Atilo, S. A. 1981). “Se desconoce el origen del cáncer uterino; no obstante existen factores que predisponen y circunstancias que cuando están presentes, pueden favorecer la aparición de esta enfermedad” (Como prevenir el cáncer de cuello de la matriz 2001). El cáncer es más frecuente en mujeres durante su etapa reproductiva, y su disminución del riesgo es después de los 60 a 65 años de edad, tal vez por ausencia de factores predisponentes.

Dentro de las líneas de acción del plan nacional de prevención de cáncer ginecológico: cuello uterino y mama 1998 – 2000, se tiene que la investigación operativa estará orientada al mejoramiento de la calidad y del conocimiento de las características epidemiológicas del cáncer de cuello uterino y de mamas en poblaciones de riesgo, donde el resultado de estas investigaciones servirán para mejorar los criterios de prevención y manejo de estas patologías. Es dentro de este marco que se presenta el presente estudio, donde se compara la prevalencia de lesiones premalignas de cérvix y factores de riesgo para el cáncer cervical.

CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes

“No hay datos disponibles públicamente sobre cuánto dinero se invierte actualmente en el control del cáncer en América Latina; sin embargo, hay una variación sustancial en el porcentaje del producto interno bruto (PIB) destinado a la atención general de la salud en la región, que oscila entre el 5% para Bolivia, Jamaica, Perú y Venezuela y el 10.9% para Costa Rica”. (Ramos y Venegas 2013)

El citodiagnóstico es práctico para realizar exámenes preliminares en masa por su sencillez, repetibilidad y exactitud. Los exámenes preliminares en masa para cáncer cervical arrojaron una incidencia de alrededor de 0.5% según un estudio de Stern Y Neely (Londres 1973), “la tasa de detecciones en la población vuelta a examinar disminuyó mucho llegando a los 0.09 por millar de mujeres en los cánceres de etapa 0 y 1, respectivamente, mientras que la tasa para displasias siguió siendo un tanto alta” (Citado en Takahashi 1985)

El programa de Londres Ragula Y Marks (1973), “confirmó la influencia de los exámenes citológicos sobre la prevalencia de carcinoma cervical y lesiones pre invasivas porque la prevalencia de carcinoma invasor, que había sido 1.6 por 1000 mujeres en 1968, descendió a 0.4 en 1972. Las lesiones pre invasivas, que ascendían a 3.2 por 1000 mujeres en 1968 bajaron a 1.7 en 1972” (Citado Takahashi 1985).

A escala mundial, el cáncer de cérvix uterino comprende aproximadamente un 12% de todos los cánceres de la mujer. Es el segundo cáncer más común en el mundo, pero el más común en países en desarrollo. Las estimaciones anuales para el año 2000 eran de 470.600 nuevos casos y 233.400 defunciones por cáncer cervical al año (razón 2:1). El 80% de los casos ocurren en países en desarrollo.

En el Ecuador fueron censados 12.156.608 habitantes en el 2001. En Quito, la capital de Ecuador (con una población de 1.839.853 habitantes según el censo del

2001, lo que representa un 15,13% de la población nacional), 133 mujeres se diagnostican de cáncer cervicouterino invasor y 55 mueren por esta causa, en promedio, cada año (razón 2,4:1). Esto significa que en el Ecuador se diagnosticarían unas 826 mujeres al año y se esperarían unas 344 defunciones por esta causa. Haciéndose tamizaje a un 64,3% de mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad,) incluyendo a mujeres de más de 50 años que representan el 8% del total de la población. (A pesar de que en Colombia, por ejemplo, las mujeres de 50 a 69 años de edad tienen un nivel alto de realización de la prueba en el último año, en relación con el promedio nacional), (Pino y Albán 2008)

De acuerdo a Globocan (2008), a nivel mundial el cáncer de cuello uterino es el tercero en frecuencia en mujeres (530 mil nuevos casos, 13,6% del total) y el séptimo más común a nivel general entre hombres y mujeres. El 85% de los casos registrados se producen en los países en desarrollo (453 mil casos). Las tasas de incidencia de cáncer de cuello uterino varían en más de 22 veces entre las regiones del mundo: y en América Latina, donde la ciudad de Trujillo en Perú reporta el nivel más alto en el continente (43.9 por 100,000); mientras que las tasas de incidencia más bajas se han encontrado en Israel (población no judía) con 2.4 por 100,00 y en Egipto con 2.1 por 100,000.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que en Estados Unidos, el cáncer de cuello uterino logre detectar lesiones de bajo grado con resultados satisfactorios para su tratamiento. La tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino ha disminuido más del 50% durante los últimos 30 años. Se cree que esta disminución se debe principalmente a la eficacia de las pruebas de Papanicolaou.

En el Perú, de acuerdo a los resultados de los registros de cáncer poblacionales de Lima, Trujillo y Arequipa, se ha estimado que en el año 2004 habían ocurrido 3,962 casos nuevos y fallecieron 1,540 mujeres por esta causa. En las ciudades de Trujillo y Arequipa el cáncer de cuello uterino es la primera causa de cáncer en mujeres (5,6). En Lima Metropolitana, para el período 2004-2005, el cáncer de cuello uterino se sitúa en el segundo lugar con una tasa de incidencia estandarizada de 19.6 casos por 100 mil mujeres, un promedio de 895 casos por año, representando una disminución de 55% respecto al período 1968-1970. Con los resultados publicados de los registros de cáncer sabemos que Trujillo tiene la tasa más alta 43.9; seguido por Arequipa con 35.2 y Lima, la tasa más baja con 19.6. De todos los casos de cáncer de cuello uterino invasor y carcinoma in situ, éste último representó el 36.7% de los casos recolectados para cuello uterino en Lima.

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 esta causa. Podemos deducir que sólo el 20% de los casos ocurren en el área de Lima Metropolitana.

La casuística del INEN revela que en los últimos años se recibe en promedio 1,600 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante, siendo los estadios II y III los predominantes en frecuencia.

“Finalmente, el indicador de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) reportado en el estudio de carga de enfermedad para el Perú sitúa al cáncer de cuello uterino como la enfermedad que causa la mayor cantidad de pérdidas por cáncer en mujeres con 44,924 AVISA sólo en un año”. (INEN 2011)

Según datos de la OPS- OMS (2013) informa lo siguiente:

Las lesiones escamosas intraepiteliales son lesiones de bajo grado y de alto grado si no se tratan las de alto grado pueden progresar hacia un cáncer cérvico uterino. Se estima que cada año entre 1 y 2% de las mujeres llegan a tener una lesión de alto grado (NIC 2 +) progresando hacia un cáncer cérvico uterino.

En los últimos años, se han desarrollado importantes acciones para reducir las altas tasas de mortalidad materna en el mundo, con la implementación de programas de salud reproductiva que han reducido el número anual de muertes de 546,000 a 287,000 en el periodo 1990-2010, sin embargo, estas acciones no han sido integrales, generando disparidad en lesiones cervicales en aquellas mujeres sin contacto sexual que dan resultado negativo a la prueba de VPH; y en aquellas que no se realizan el examen se asume a priori su causalidad ligada a VPH, pues considerando el costo elevado del examen de descarte, este examen finalmente no se realiza, y se asume como parte de la estadística.

El tratamiento oportuno de un tipo de patología femenina altamente prevenible es curable si se detecta a tiempo, como es el caso del cáncer de cuello uterino. Cada año, más de medio millón de mujeres en el mundo son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino, y poco más de un cuarto de millón mueren de la enfermedad, cerca de nueve de cada diez de estas muertes ocurren en países de ingresos medios y bajos, donde la tasa de mortalidad es del 85%, ocasionando profundas consecuencias económicas y sociales. Actualmente existe una gran disparidad en la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, predominando en países de bajos

recursos y en vías desarrollo, encontrando alta incidencia en países del África como Zambia (52,8), Tanzania (50,9), por cada 100,000 mujeres; o en Sudamérica: Guyana (44,7), Bolivia (36,4), Perú (34,5), Brasil (24,5), entre otros; en contraposición con países como Canadá (6,6) o Estados Unidos (5,7). En este contexto, la calidad de vida de una mujer se ve profundamente afectada, considerando que son las mujeres de bajos recursos aquellas que presentan más probabilidades de morir, debido a la falta de infraestructura para la investigación y tratamiento oportuno, pues, también se evidencia diferencias marcadas en las tasas de mortalidad, encontrando valores de 38,6 en países del África Subsahariana, 16,3 en Perú, y 1,7 en Canadá, por cada 100,000 mujeres. La muerte prematura por cáncer de cuello uterino y años afectados por la discapacidad relacionada con la enfermedad contribuyó en el año 2010 a la pérdida de 6,4 millones de años de vida por discapacidad a nivel mundial, la mayoría procedente de países de medianos y bajos ingresos (OPS-OMS 2013)

En las estadísticas del MINSA del año 1992 a nivel nacional, es el cáncer la primera causa de mortalidad general en las mujeres en edad fértil, siendo el cáncer ginecológico responsable del 48.5% de los casos. De todos los casos de cáncer ginecológico el más frecuente es el de cuello uterino con el 41.2% de casos, la tasa de mortalidad estimada por cáncer de cuello uterino es de 9.1 por 100,000 mujeres.

De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011, “los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (14.9%), estómago (11.1%), mama (10.3%), piel (6.6%)”. (Ramos y Venegas 2013).

Según el análisis de la situación de salud (ASIS) del Perú para el año 1995, los tumores malignos como causa de muerte tienen mayor importancia en las provincias donde se encuentran las ciudades más pobladas del país, Lima y Callao del estrato V: con más de 700,000 habitantes y las provincias de Santa, Arequipa, Huancayo, Trujillo, Chiclayo, Maynas y Piura del estrato IV con 300 a 700,000 habitantes.

El presente “Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013” representa un aporte importante para dicho plan nacional puesto que permite caracterizar el cáncer como problema de salud pública en nuestro país constituyéndose en una línea de base para las intervenciones orientadas a la prevención. En este documento se aborda la epidemiología del cáncer en el Perú, lo que permitirá orientar las intervenciones en función de variables como la edad, sexo, lugar de procedencia, tipo de cáncer y proporción de cánceres diagnosticados mediante tamizaje en los departamentos del país. Asimismo, enfoca las atenciones hospitalarias por cánceres priorizados y presenta un análisis de la mortalidad por cáncer que permitirán medir el impacto del acceso de la población a los servicios oncológicos y al diagnóstico temprano de cáncer.

Se estima que casi todos los cánceres de cérvix son ocasionados por el VPH y que los subtipos 16 y 18 son responsables de aproximadamente el 70% de los casos de cáncer de cérvix. La infección por el VPH es muy frecuente y se estima que el 80% de la población adulta sexualmente activa se infecta subclínicamente por algún subtipo de este virus en su vida. La infección persistente por los subtipos oncogénicos es la causa principal de cáncer de cérvix, siendo los de más alto riesgo los subtipos 16, 18, 31, 33 así como 35, 39 y 45 (Que a su vez se asocian a displasia moderada, severa y cáncer de cérvix); mientras que los de menor riesgo (subtipos no

oncogénicos) son los 6, 11, 40, 42, 43, 54, etc. Recientemente se ha implementado en nuestro país la vacunación contra el VPH, utilizando la vacuna tetravalente (que incluye los subtipos 16, 18, 6 y 11), de allí que es importante conocer la situación de la infección por el VPH en mujeres.

Actualmente, no se cuenta con estudios de prevalencia de infección por el VPH en mujeres a nivel nacional. Las estimaciones disponibles de la OMS/Institut Catalá d' Oncología publicadas en el "Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Perú 2010" asignan una prevalencia de infección por VPH del 7.5% en mujeres de la población general peruana con citología normal y una prevalencia de los subtipos 16 y 18 del 3.8%. Asimismo, la prevalencia estimada de los subtipos 16 y 18 de VPH en mujeres con cáncer de cérvix fue de 68.3%.

Se tienen estudios disponibles en algunas poblaciones de mujeres. Una investigación realizada en la primera mitad de la década de 1990 por el Centro de Investigación Maes Héller 61 en mujeres en edad fértil de un área urbano marginal de Lima encontró "una prevalencia de infección por el VPH de 20.2%. Otro estudio realizado el año 2001 en estudiantes de educación superior de 18 a 26 años de dos universidades y de un instituto superior de Lima 62, encontró una prevalencia de infección de 8.4%". (Citado en Ramos y Venegas 2013)

La prevención y control del cáncer tiene como fin reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad así como mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la implementación sistemática de intervenciones (basadas en evidencias científicas) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y prestación de cuidados paliativos. "Un control integral del cáncer se dirige a toda la población,

pero buscando dar respuesta a las necesidades de los distintos subgrupos de riesgo”
(Ramos y Venegas 2013)

En este contexto, el Estado Peruano ha declarado de interés nacional la atención integral del cáncer y el mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos poniendo en marcha en Noviembre del año 2012 el Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer y Mejoramiento del Acceso a los Servicios Oncológicos del Perú¹² denominado PLAN ESPERANZA (D.S. N° 009-2012-SA). Se espera que el Plan Esperanza, implemente las mejores estrategias para mejorar el acceso de la población a los servicios oncológicos para la atención del cáncer, priorizando la población más vulnerable. El Plan Esperanza debe ser también, el principal usuario de la información generada por la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer para la toma de decisiones.

Según estudio realizado en Piura en el año 1994 sobre la prevalencia y algunos factores asociados a la citología cervical inflamatoria, con el método de Papanicolaou:

No se encontró asociación estadística entre los criterios de edad y presencia de citología cervical inflamatoria, tanto en las mujeres en edad fértil del AA.HH. “Los algarrobos”, como del caserío la Legua (P 0.05). Sin embargo, los grupos etáreos más afectados fueron los comprendidos entre 20 y 39 años en las mujeres del AA.HH. los Algarrobos, porcentajes de presencia de inflamaciones que iban desde el 14.38% al 25.34%, mientras que los grupos etáreos más afectados con alguna inflamación citológica cervical entre las mujeres del caserío la Legua, fueron las que iban desde los

20 – 39 años con porcentajes comprendidos entre el 20% a 23´64%.
(Cabrejos 1995).

También refiere que del total de mujeres que tuvieron su primera relación coital a los 15-19 años de edad (64.34%) del AA.HH “Los Algarrobos” como del caserío “la Legua” (55.70%) tuvieron alguna inflamación citológica cervical más que las otras edades de inicio de la relaciones coitales. (Cabrejos 1995).

2. Planteamiento del Problema

Debido a que la forma más común de cáncer de cuello uterino comienza con cambios precancerosos, hay dos formas de detener el origen de esta enfermedad. Una manera consiste en encontrar y tratar los precánceres antes de que se tornen en verdaderos cánceres, y la otra manera es prevenir los precánceres en primer lugar.

La prueba de Papanicolaou y la prueba del VPH (virus de papiloma humano) son las pruebas usadas para esto. Si se encuentra un pre cáncer, se puede tratar al detener el cáncer de cuello uterino antes de que realmente comience. Debido a que la vacuna del VPH no provee protección total contra todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer de cuello uterino, no puede prevenir todos los casos de cáncer cervical. Por esta razón es muy importante que las mujeres continúen haciéndose las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, incluso después de haber sido vacunadas. La mayoría de los casos de cáncer invasivo de cuello uterino se detecta en mujeres que no se han hecho pruebas de detección con regularidad.

Las pruebas de detección ofrecen la mejor oportunidad para encontrar una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado con un tratamiento eficaz y oportuno. También estas pruebas pueden prevenir y alertar mediante los cambios anormales de las células del cérvix para que sean tratados en su debido momento y así no convertirse en un cáncer cervical progresivo.

Las mujeres con cánceres del cuello uterino en etapa temprana y pre cánceres usualmente no presentan síntomas. Los síntomas a menudo no comienzan hasta

que un pre cáncer se torna en un cáncer invasivo verdadero y crece hacia el tejido adyacente. Cuando esto ocurre, los síntomas más comunes son:

- Sangrado vaginal anormal, tal como sangrado después de sostener relaciones sexuales (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. El sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico es un síntoma común del cáncer de cuello uterino, pero no de pre cáncer.
- 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 vaginal).

Estas señales y síntomas también pueden ser causados por otras condiciones que no son cáncer de cuello uterino. Por ejemplo, una infección puede causar dolor o sangrado. Aun así, si usted presenta cualquiera de estos problemas, debe consultar inmediatamente a su médico (aunque se haya estado haciendo regularmente las pruebas de Papanicolaou). Si es una infección, necesitará tratamiento. De ser cáncer, ignorar los síntomas puede permitir que el cáncer progrese a una etapa más avanzada y que se reduzcan sus probabilidades de un tratamiento eficaz.

El cáncer de cuello uterino es la forma más común de cáncer entre las mujeres de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, hecho que contrasta con la incidencia de los países desarrollados en donde la frecuencia del cáncer de mama y de endometrio son las formas más frecuentes. En la Región, la frecuencia del cáncer de cuello uterino invasor es, en algunos países, alrededor

de 10 veces mayor que en países con programas adecuados de control y es mayor que la incidencia combinada de los cinco tipos principales de cáncer masculino. La incidencia acumulada que tiene una mujer desde su nacimiento hasta los 75 años de edad, según algunos registros de cáncer de la Región, es mayor del 7% cifras que pueden ser las más altas del mundo. La proporción de este cáncer del total de los cánceres diagnosticados es igualmente muy alta. En la mayoría de los países latinoamericanos es mayor del 20% y en algunas áreas como en Recife (Brasil) es mayor del 30%, mientras que en los países industrializados este porcentaje es menor del 5%.

Las estadísticas de defunciones, las tasas de incidencia y los datos del servicio hospitalario muestran que cada año, aproximadamente una de cada 1.000 mujeres del grupo de edad de 30 a 54 años, que vive en América Latina y el Caribe, desarrolla cáncer de cuello uterino. Son mujeres jóvenes es, en algunos países, alrededor de 10 veces mayor que en países con programas adecuados de control y es mayor que la incidencia combinada de los cinco tipos principales de cáncer masculino. La incidencia acumulada que tiene una mujer desde su nacimiento hasta los 75 años de edad, según algunos registros de cáncer de la Región, es mayor del 7% cifras que pueden ser las más altas del mundo. La proporción de este cáncer del total de los cánceres diagnosticados es igualmente muy alta. En la mayoría de los países latinoamericanos es mayor del 20% y en algunas áreas como en Recife (Brasil) es mayor del 30%, mientras que en los países industrializados este porcentaje es menor del 5%.

“Las estadísticas de defunciones, las tasas de incidencia y los datos del servicio hospitalario muestran que cada año, aproximadamente una de cada 1.000 mujeres del grupo de edad de 30 a 54 años, que vive en América Latina y el

Caribe, desarrolla cáncer de cuello uterino. Son mujeres jóvenes” (American Cancer Society)

En el Perú se presenta con más frecuencia la neoplasia en la mujer. La tasa de Mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido en comparación a años anteriores; sin embargo, continua siendo una de las más altas en relación con otros países. Los despistajes de lesiones premalignas en el cuello del útero en mujeres de la Región Piura, proporcionan importante información que permite conocer el estado actual y la prevalencia de lesiones que con “acciones de prevención y control pueden disminuir el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino”. (Hampi Runa 2001).

¿Cuál es la prevalencia de lesiones pre malignas en el cuello del útero de las mujeres en edad fértil de la región Piura año 2015?

3. Objetivos

General:

Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas en el cuello del útero, en mujeres en edad fértil de la ciudad de Piura que fueron atendidas en Laresa año 2015.

Específicos:

- ❖ Determinar la asociación entre la edad y la ocurrencia de lesiones premalignas del cuello uterino.
- ❖ Determinar entre la paridad y la ocurrencia de lesiones pre malignas del cuello uterino
- ❖ Determinar la interrupción del embarazo (abortos) y la ocurrencia de lesiones pre malignas del cuello uterino.
- ❖ Determinar la asociación entre el número de compañeros sexuales y la ocurrencia de lesiones pre malignas del cuello uterino.

4. Justificación

Este estudio contribuirá a conocer la prevalencia de lesiones pre malignas en el cuello de útero de las mujeres en edad fértil de la Región Piura.

Así mismo analizar la demanda de mujeres que solicitan el programa preventivo para despistaje de cáncer de cuello uterino y si pertenece al grupo etáreo de mayor riesgo.

El presente trabajo de investigación puede servir a futuras investigaciones relacionadas al cáncer de cuello uterino, a la evaluación de la eficacia de los programas de prevención de cáncer cérvico uterino.

Busca estimular la promoción y prevención primaria, fomentando la información, educación y comunicación que buscan favorecer una mayor interacción entre las entidades prestadoras de salud y la comunidad.

5. Alcances y Limitaciones

Alcances:

1. El presente estudio investigará la prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino en mujeres en edad fértil-laboratorio de referencia regional de salud-Piura año 2015
2. La investigación abarca únicamente variables relacionadas con la prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino.

Limitaciones:

1. La falta de actualización de los registros de las pacientes
2. Mujeres solo en edad fértil
3. Veracidad de los datos proporcionados por las pacientes

6. Definición de variables:

Variable	Definicion	Tipo de Variable	Indicadores	Escala de Medida	Unidad de Medicion
Lesiones Premalignas	El aumento del núcleo de la célula es proporcionalmente mayor, por lo que la relación núcleo-citoplasma está aumentada.	Principal	Lesión en el cuello del útero.	Categoría Ordinal	Presenta: grado de malignidad LEIBG y LEIAG. No presenta
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento	Secundaria	Número de años cumplidos	Cuantitativa continua-razón.	Años
Multiparidad	Condición de mujer que ha tenido más de un parto	Secundaria	Numero de hijos	Cuantitativa discreta	0 Hijos 1 Hijo 2 hijos Más de 3
Abortos	Interrupción del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del organismo	Secundaria	Número de abortos	Cuantitativa discreta	0 Abortos 1 Aborto 2 a más.
Compañeros Sexuales	con quien se tienen relaciones sexuales. Personas	Secundaria	Número de compañeros sexuales	Cuantitativa discreta	1 2 Mas de dos

CAPITULO II MARCO TEÓRICO

❖ Teorías Generales relacionadas con el Tema

El Sistema Bethesda utilizado actualmente para los reportes de la prueba de Papanicolaou lo describe de la siguiente manera:

- Calidad de la muestra
- Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad
- Anomalías de células epiteliales escamosas
- Anomalías de células epiteliales glandulares
- Cambios celulares benignos

Calidad de la muestra:

Satisfactoria: con o sin células endocervicales

Insatisfactoria: Escasas células, mala fijación, >75% de leucocitos, abundantes hematíes. etc.

Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad

Esta segunda categoría es cuando no hay cambios celulares compatibles con neoplasia. Indicando ningún cambio significativo.

Anomalías de las células epiteliales:

Estas células nos pueden estar indicando alguna lesión de bajo grado o alto grado tanto en las células escamosas como en las células glandulares.

Anomalías de células escamosas

Células escamosas atípicas (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).

Los resultados de la prueba de Papanicolaou indicando cualquiera de los dos tipos de ASC significan que es necesario realizar más pruebas. Esto se aborda en la sección “Evaluación de los resultados anormales de la prueba de Papanicolaou”.

Lesiones intraepiteliales escamosas (SIL): estas anomalías se subdividen en SIL de bajo grado

(LSIL) y SIL de alto grado (HSIL). En el LSIL, las células son ligeramente anormales, mientras que en el HSIL, las células son significativamente anormales. Las HSILs son menos propensas que las LSILs a desaparecer sin ningún tratamiento. También son más propensas a convertirse en 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 pruebas. Esto se aborda en la sección “Evaluación de los resultados anormales de la prueba de Papanicolaou”.

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 tratamiento.

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. (American Cancer Society)

Cambios celulares benignos:

En esta señala que se puede detectar hallazgos que no tienen que ver con el cáncer de cuello uterino, como por ejemplo, signos por infecciones con hongos, herpes, vaginosis, Trichomonas vaginalis. Algunos casos las muestras pudieran mostrar Metaplasia, cambios celulares reactivos, cambios celulares por DIU.

❖ Bases teóricas especializadas sobre el tema

El contacto inicial y el seguimiento de las participantes deberán realizarse en las clínicas y centros de salud de la localidad. Este manual no define métodos específicos, cada programa deberá desarrollar protocolos uniformes para el reclutamiento y seguimiento. Las organizaciones deberán participar en la planificación y ejecución de las actividades de reclutamiento de las pacientes. Para la incorporación de una población mayoritaria de mujeres con alto riesgo deben tratarse los siguientes puntos:

- Definición de la población en riesgo a la cual debe dirigirse la acción.

Para esto debe tenerse en cuenta:

- a) la incidencia del cáncer de cuello uterino por grupos específicos;
- b) las características culturales, educacionales y económicas; y
- c) la descripción de la atención primaria de salud

- Accesibilidad de los programas de detección para la población en estudio.

Para facilitar el acceso de las mujeres a los programas es necesario cuidar los siguientes aspectos:

- a) las clínicas y centros de salud donde se haga la detección deben estar próximos a la mayoría de la población
- b) deben tener horarios de trabajo convenientes para todas las mujeres;
- c) hay que considerar las necesidades de transporte y cuidado de los niños para facilitar la asistencia de las mujeres a las consultas

- Difusión de la información concerniente al programa de detección.

Es necesario ponderar los siguientes elementos:

- a) recursos existentes para la difusión del programa dentro del sistema de salud.
- b) utilización de grupos voluntarios de trabajadores de la comunidad, por ejemplo ligas de lucha contra el cáncer El aspecto que debe recibir el mayor énfasis es el de lograr que el mayor número de mujeres sea cubierto por la citología. Reexaminar las mismas mujeres resulta más fácil pero es inefectivo e ineficiente.

Existe una clara evidencia que demuestra la mayor eficiencia que se logra entre mayor sea la cobertura; por ejemplo, aunque el número total de citologías efectuadas sea igual cuando se examinan 10.000 mujeres una vez, el efecto es mejor que cuando se examinan 100 mujeres 10 veces.

Contando con recursos adecuados, idealmente, la citología debería iniciarse a la edad de 20-25 años y dado un resultado negativo continuar con los exámenes de control cada tres años hasta la edad de 60 años. (American Cancer Society)

❖ Marco conceptual

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, por ejemplo en la Red Asistencial de Lambayeque se tiene que el 17,7% de los casos de cáncer de cuello uterino fueron detectados inicialmente por tamizaje, según el registro hospitalario de cáncer , y considerando que para que un programa de control del cáncer de cuello uterino sea exitoso se espera que el tamizaje cobertura por encima del 70% de la población de riesgo, y en el país estamos muy lejos de esa cobertura, siendo uno de los principales problemas el largo periodo de espera para obtener los resultados, lo cual genera que el diagnóstico y el tratamiento no se realice oportunamente, así como la falta de un seguimiento apropiado y oportuno de las mujeres afectadas, predominantemente debido a la creciente brecha de recursos humanos, considerando el gran retraso en la lectura de Papanicolaou, donde la especialidad médica de anatomía patológica que cumple un rol importante no se encuentra dentro de las 38 especialidades prioritarias para la formación en el Sistema Nacional de Residentado Médico , ni tampoco existen los campos clínicos debidamente organizados, los cuales implican aspectos de infraestructura, recursos de apoyo académico y docente ; sumado a esto la falta del control de calidad de los procesos, y la imperiosa necesidad de integración y coordinación entre los organismos participantes en el tamizaje (Ministerio de Salud y Essalud principalmente), así también, el uso de las tecnologías de información y comunicación, como una herramienta para disminuir las brechas de oportunidades de acceso a servicios de salud, allí tenemos a la Telemedicina a través de la telepatología que realiza bajo diversas modalidades y aplicaciones la lectura de imágenes a distancia . Finalmente, es importante resaltar

que en la actualidad, se desarrollan en el Perú, importantes acciones de intercambio prestacional a través de diferentes sub sectores y prestadores de servicios, que incluyen pruebas de tamizaje, procedimientos quirúrgicos, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y una amplia gama de servicios con los cuales se espera generar mayor confianza e interés de las mujeres en riesgo para acudir oportunamente a su evaluación preventiva, y poder abordar precozmente este problema emergente de salud pública. (Iván Eduardo Pinto-Larrea 2013)

La citología cervical es solamente un elemento del sistema completo que se requiere para el control del cáncer de cuello uterino. Identifica solamente a las mujeres que requieren un seguimiento y tratamiento, y no tendría ningún valor sino formara parte de un sistema integrado de referencia de las pacientes con hallazgos citológicos anormales. El tamizaje es un programa de salud pública dirigido a las mujeres en riesgo y en las fases asintomáticas de la enfermedad cuando su tratamiento reduce la morbilidad y la mortalidad. Para ser efectivo el programa debe examinar el mayor número posible de mujeres especialmente en las edades y en los grupos sociales de mayor riesgo y no concentrar las pruebas en grupos de bajo riesgo o en grupos de mujeres que estén sobre tamizadas impidiendo lograr mayores coberturas con los recursos disponibles. Los servicios de detección mediante citología deben ser accesibles, tanto en distancia como en horarios de atención a toda la población en riesgo, especialmente, a las mujeres que participen en los programas rutinarios de salud pública, tales como: materno infantil, planificación familiar, salud de la mujer. Sin embargo, es probable que las mujeres con un riesgo alto de cáncer de cuello uterino no utilicen en forma rutinaria los servicios de salud existentes. Un programa de control del cáncer de cuello uterino sólo será efectivo si logra atraer a los grupos de mayor riesgo, o sea, a los grupos

con poca educación y de baja condición socioeconómica. Para llegar a estos grupos deben desarrollarse programas informativos. Especial medida debe desplegarse al informar a la población y medios de comunicación, de tal manera que se logre una atracción de la población en mayor riesgo; puede resultar inapropiado para este propósito, el uso de términos como "promiscuas", "enfermedad venérea", "enfermedad sexual", etc., la promoción del programa debe ser hecha de tal manera que atraiga a la población femenina sin referencias peyorativas ni riesgos de estigmatizarla.

❖ **Hipótesis**

La prevalencia de lesiones pemalignas del cuello del útero de las mujeres en edad fértil de la región Piura atendidas en el laboratorio referencial de salud , año 2015 aumentará significativamente.

CAPITULO III MÉTODO

1. Tipo

No experimental bajo el enfoque cuantitativo

2. Diseño de Investigación

Estudio observacional descriptivo de cohorte transversal

3. Estrategia de prueba de hipótesis

Se utilizó la informática

Se realizó una base de datos

La información fue recolectada y sometida a un proceso estadístico descriptivo que generó cuadro y gráficos

El nivel de significancia se fijará en “p” menor que 0,05

4. Variables

- ❖ Lesiones premalignas
- ❖ Edad
- ❖ Multiparidad
- ❖ Abortos
- ❖ Compañeros sexuales

5. Población

Todas las mujeres en edad fértil

6. Muestra

Toda la población atendida en el laboratorio referencial de salud en el año 2015, (10,000), que tendrá lo siguiente:

Criterio de inclusión:

Todas las mujeres en edad fértil con Examen citológico cérvico uterino atendidas en el Laboratorio Referencial de Salud de Piura en el año 2015.

Criterio de exclusión:

- Mujeres que no han tenido contacto sexual alguno
- Mujeres que hayan recibido o reciban tratamiento antineoplásico.
- Mujeres que se encuentran menstruando.
- Muestras mal fijadas.
- Muestras Inadecuadas por escasa celularidad.
- Mujeres en la etapa del climaterio.

7. Técnicas de Investigación

Instrumentos de recolección de datos:

Formato de recepción de datos validado por la Institución, todos los datos obtenidos figuran en el formato (ver anexo). Esta encuesta consta de tres secciones: datos generales, datos sobre la vida reproductiva de la paciente, datos sobre las lesiones premalignas (ausentes o presentes)

Procesamiento y análisis de datos:

El procesamiento de datos obtenidos mediante el formato de recepción del Examen citológico, se realizará empleando la informática; para ello confeccionaremos una base de datos, en la que se guarda toda la información de las variables que serán presentadas en tablas de una y doble entrada.

La información recolectada será sometida a un proceso estadístico descriptivo que a la vez generará cuadros y gráficos.

El nivel de significancia, se fijará en “p” menor que 0.05, como estrictamente significativo.

La tasa de prevalencia de lesiones premalignas se calculó considerando en el **numerador** el número total de lesiones premalignas registradas el año 2015 y en el **denominador** el número total de usuarias que acudieron al Laboratorio Referencial en dicho año.

- ◆ Se calculó la tasa de prevalencia de lesiones premalignas con los siguientes grupos etáreos 15-30, 30-45,45 a más.
- ◆ Se calculó la tasa de prevalencia de lesiones premalignas según las siguientes categorías de paridad (0 hijos, 1 hijo, 2 hijos más de 3)
- ◆ Se calculó la tasa de prevalencia de lesiones premalignas según compañeros sexuales (1, 2, o más compañeros)
- ◆ Se calculó la tasa de prevalencia de lesiones premalignas según abortos. (0 abortos, 1 aborto, 2 abortos, más de 3 abortos)

CAPITULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Contrastación de Hipótesis:

El presente trabajo de investigación puede servir a futuras investigaciones relacionadas al cáncer del cuello uterino, a la evaluación de la eficacia de los programas de prevención de cáncer cérvico uterino.

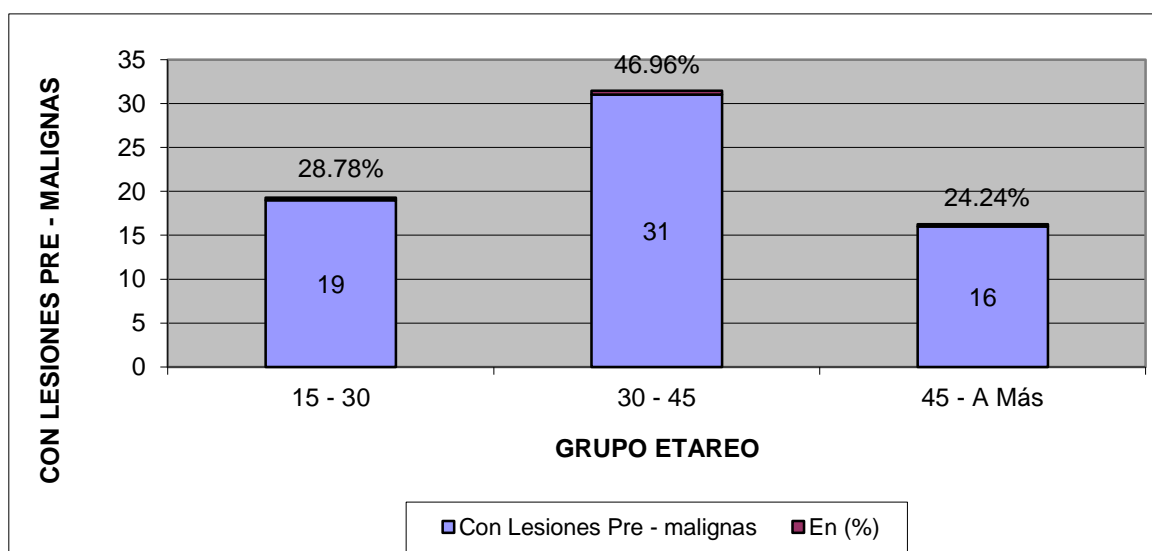
Busca estimular la promoción y prevención primaria, fomentando la información, educación y comunicación que buscan favorecer una mayor interacción entre las entidades prestadoras de salud y la comunidad

Análisis e Interpretación:

CUADRO N° 01

TASA DE PREVALENCIA DE LESIONES
PRE - MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO SEGÚN GRUPO ETAREO.
LABORATORIO REFERENCIAL DE
SALUD – PIURA. AÑO 2015

<i>Grupo Etáreo</i>	<i>Con lesiones pre - malignas</i>	<i>En (%)</i>	<i>Sin lesiones Pre - malignas</i>	<i>En (%)</i>
<i>15 – 30</i>	19	28.78%	3042	34.44%
<i>30 – 45</i>	31	46.96%	2016	22.82%
<i>45 – A Más</i>	16	24.24%	3776	42.74%
<i>Total</i>	66	100%	8834	100%

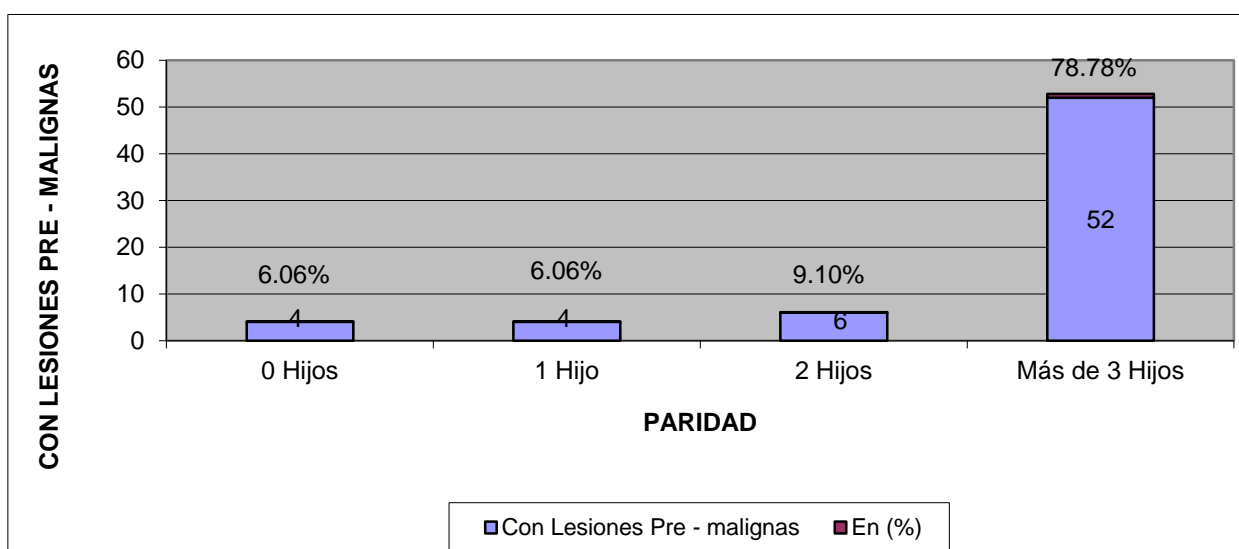


FUENTE: Cuadro N° 01

CUADRO N° 02

MULTIPARIDAD SEGÚN LA TASA DE PREVALENCIA DE LESIONES PRE - MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO – LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD – PIURA. AÑO 2015.

<i>Paridad</i>	<i>Con lesiones pre - malignas</i>	<i>En (%)</i>	<i>Sin lesiones Pre - malignas</i>	<i>En (%)</i>
<i>0 Hijos</i>	04	6.06%	800	9.05%
<i>1 Hijo</i>	04	6.06%	1328	15.03%
<i>2 Hijos</i>	06	9.10%	3000	33.96%
<i>Más de 3 Hijos</i>	52	78.78%	3706	41.95%
<i>Total</i>	66	100%	8834	100%

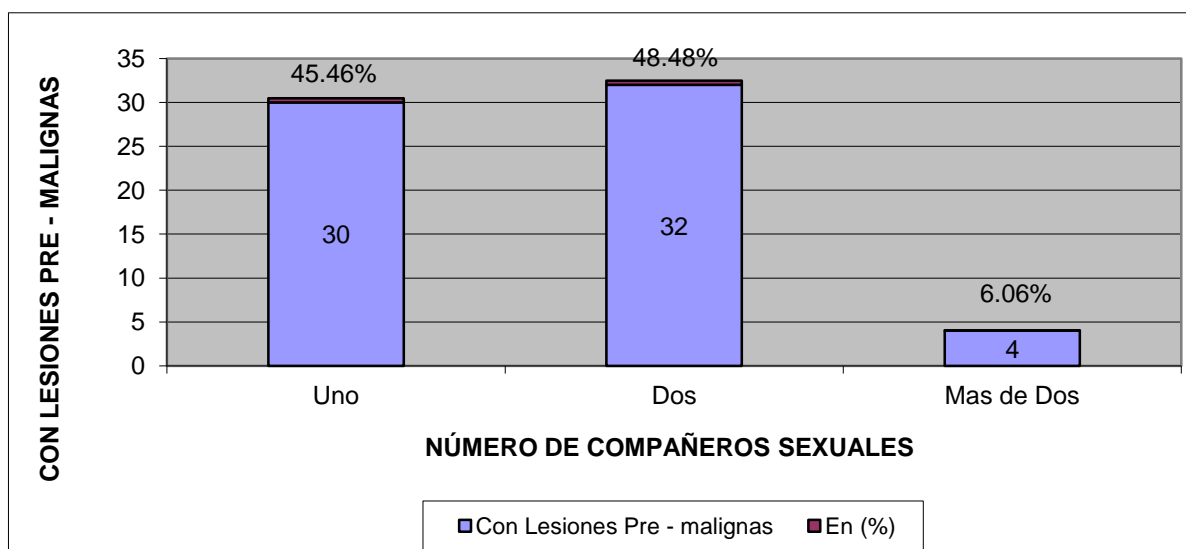


FUENTE: Cuadro N° 02

CUADRO N° 03

NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES SEGÚN LA TASA DE PREVALENCIA DE LESIONES PRE - MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO- LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD – PIURA. AÑO 2015.

<i>Número de Compañeros sexuales</i>	<i>Con lesiones Pre - malignas</i>	<i>En (%)</i>	<i>Sin lesiones Pre - malignas</i>	<i>En (%)</i>
Uno	30	45.46%	3000	33.96%
Dos	32	48.48%	4020	45.51%
Más de Dos	4	6.06%	1814	20.53%
Total	66	100%	8834	100%

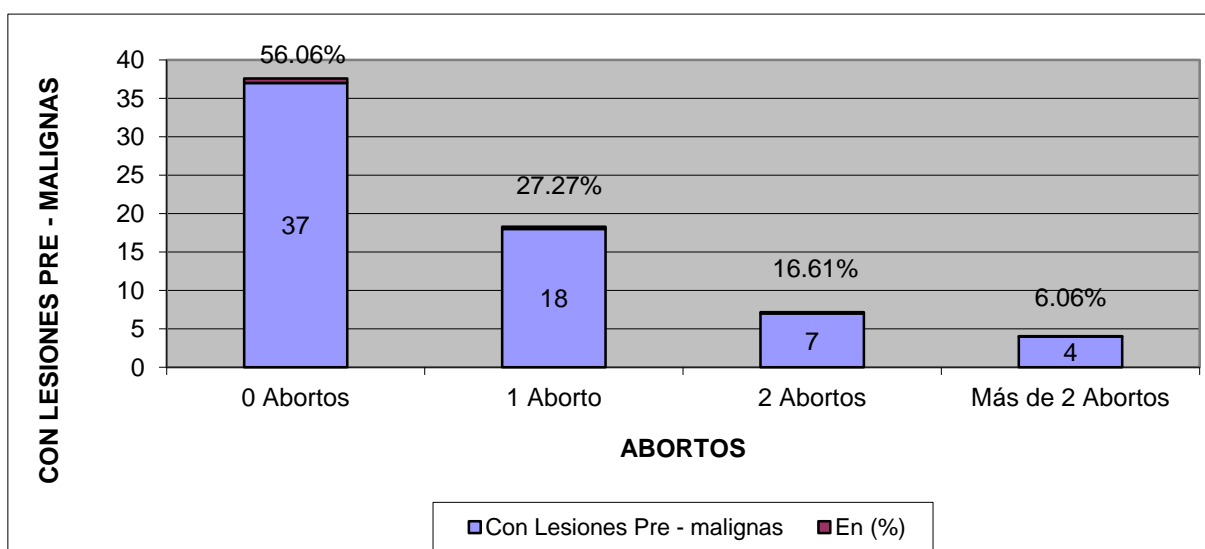


FUENTE: Cuadro N° 03

CUADRO N° 04

ABORTOS SEGÚN PREVALENCIA DE LESIONES PRE – MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO - LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD – PIURA. AÑO 2015.

<i>Abortos</i>	<i>Con lesiones premalignas</i>	<i>En (%)</i>	<i>Sin lesiones Premalignas</i>	<i>En (%)</i>
<i>0 Abortos</i>	37	56.06%	4000	45.28%
<i>1 Aborto</i>	18	27.27%	1118	12.66%
<i>2 Abortos</i>	07	16.61%	2730	30.90%
<i>Más de 3 Abortos</i>	04	6.06%	906	10.26%
<i>Total</i>	66	100%	8834	100%



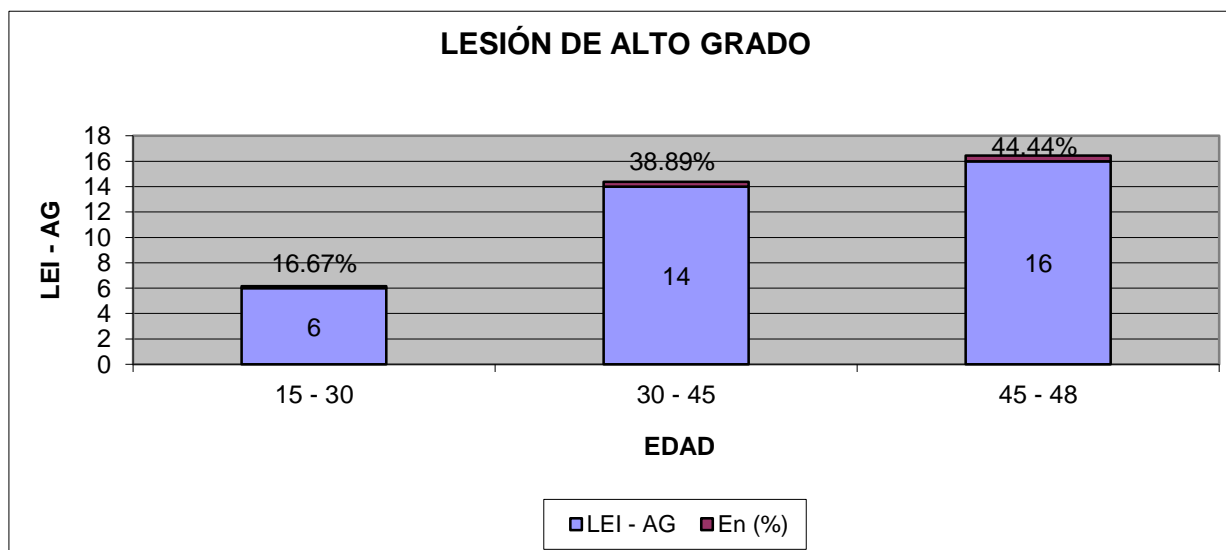
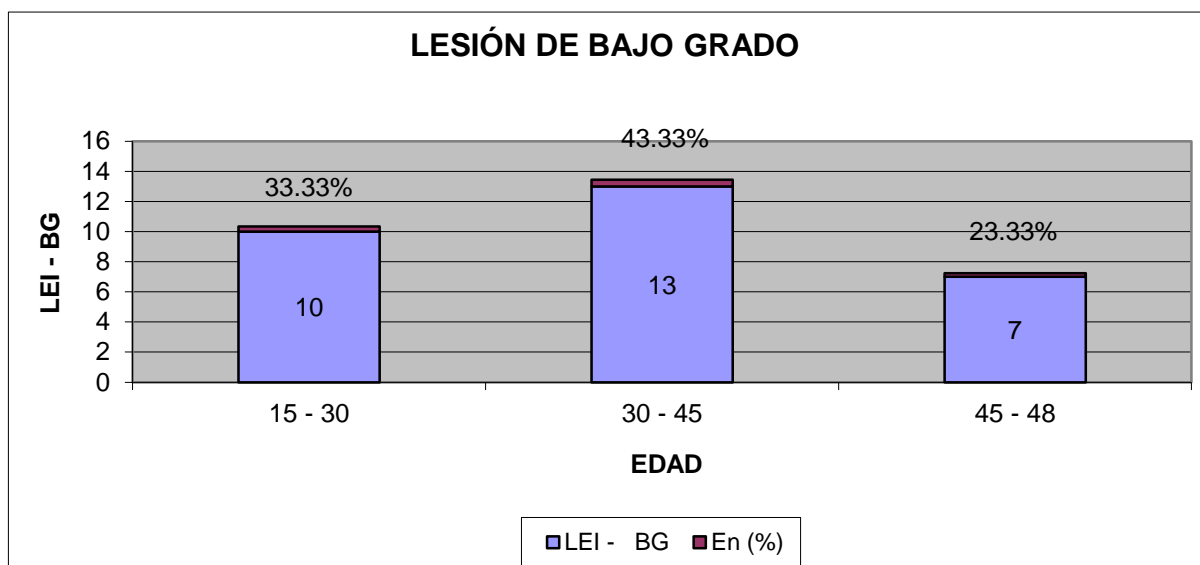
FUENTE: Cuadro N° 04

CUADRO N° 05

LESIONES PRE - MALIGNAS DE BAJO GRADO Y ALTO GRADO DEL CUELLO UTERINO - LABORATORIO REFERENCIAL DE SALUD – PIURA. AÑO 2015.

<i>Edad</i>	<i>LEI – BG</i>	<i>En (%)</i>	<i>LEI - AG</i>	<i>En (%)</i>
15 – 30	10	33.33%	06	16.70%
30 – 45	13	43.33%	14	38.90%
45 – 48	07	23.33%	16	44.40%
Total	30	100%	36	100%

FUENTE: Cuadro N° 05



FUENTE: Cuadro N° 05

CAPITULO V DISCUSIÓN

CUADRO N° 1

Evaluamos la tasa de prevalencia según grupo Etáreo de lesiones premalignas del cuello uterino, reflejando mayor porcentaje cuando se trata de mujeres cuyas edades oscilan entre 30 – 45 años. Según estudios realizados en la Facultad de Medicina de la Universidad Privada Antenor Orrego de Trujillo. (Hampi Runa 2001), se afirma que el cáncer es más frecuente en mujeres durante su etapa reproductiva, y su disminución de riesgo es después de los 60 a 65 años de edad, tal vez por ausencia de factores predisponentes.

CUADRO N° 2

Entre la paridad y la tasa de prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino existe relación significativa. Encontrándose estudios (Lazcano, E y Cols en México) que uno de los principales factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino fue la multiparidad.

CUADRO N° 3

Evaluando la tasa de prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino entre el número de compañeros sexuales, podemos afirmar que las mujeres con estas lesiones tuvieron con mayor frecuencia mayor número de compañeros sexuales, pero la diferencia estadística no fue significativa. Sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que un factor de riesgo asociado al cáncer de cérvix, es el mayor número de compañeros sexuales.

CUADRO N° 4

Evaluando la tasa de prevalencia de lesiones premalignas del cuello uterino entre el número de abortos, no dieron resultados estadísticamente significativos.

CUADRO N° 5

No todas las lesiones premalignas del cuello del útero evolucionan a cáncer cervical. Destacando esta idea, en nuestro estudio evaluamos también las fichas de pacientes con lesiones premalignas, hallándose que el 45 % corresponden a lesiones de bajo grado L.E.I.B. y el 55 % corresponden a lesiones de alto grado L.E.I.A.

También se determinó que el mayor índice de ocurrencia de lesiones de bajo grado L.E.I.B., corresponden a mujeres cuyas edades oscilan entre 30 y 45 años, y el mayor índice de lesiones de alto grado L.E.I.A corresponden a mujeres con edades de 45 a 48 años. Según el manual de normas y procedimientos del MINSA. (Manual para la prevención del cáncer de cuello uterino 2000), el cáncer de cuello uterino está relacionado con las lesiones de alto grado L.E.I.A.

Conclusiones

La prevalencia de lesiones premalignas positivas fueron del 0.79 %. Encontrándose que los niveles más altos de lesiones premalignas se relacionó con la edad (grupo Etéreo entre 30 – 45 años). Además se encontró una relación con un mayor riesgo de contraer lesiones premalignas de cuello uterino en mujeres multíparas con más de tres hijos. Evaluando la relación entre el número de compañeros sexuales y la prevalencia de lesiones premalignas, podemos afirmar que las mujeres con estas lesiones tuvieron con mayor frecuencia más de un compañero sexual, pero la diferencia estadística no fue significativa. Según el estudio, se puede afirmar también, que no existe asociación directa entre el número de abortos y la prevalencia de lesiones premalignas.

Recomendaciones

Para que la estrategia de control del cáncer del cuello uterino sea exitosa se espera que el tamizaje de cobertura esté por encima del 70% de la población de riesgo, y en el país estamos muy lejos de esa cobertura, siendo uno de los principales problemas el largo periodo de espera para obtener los resultados, lo cual genera que el diagnóstico y el tratamiento no se realice oportunamente, así como la falta de un seguimiento apropiado y oportuno de las mujeres afectadas, predominantemente debido a la creciente brecha de recursos humanos, considerando el gran retraso en la lectura de Papanicolaou, donde la especialidad médica de anatomía patológica que cumple un rol importante no se encuentra dentro de las 38 especialidades prioritarias para la formación en el Sistema Nacional de Residencia Médica, ni tampoco existen los campos clínicos debidamente organizados, los cuales implican aspectos de infraestructura, recursos de apoyo académico y docente; sumado a esto la falta del control de calidad de los procesos, y la imperiosa necesidad de integración y coordinación entre los organismos participantes en el tamizaje (Ministerio de Salud y ESSALUD principalmente), así también, el uso de las tecnologías de información y comunicación, como una herramienta para disminuir las brechas de oportunidades de acceso a servicios de salud, allí tenemos a la Telemedicina a través de la telepatología que realiza bajo diversas modalidades y aplicaciones la lectura de imágenes a distancia. Finalmente, es importante resaltar que en la actualidad, se desarrollan en el Perú, importantes acciones de intercambio prestacional a través de diferentes sub sectores y prestadores de servicios, que incluyen pruebas de tamizaje, procedimientos quirúrgicos, acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y una amplia gama de servicios con los

cuales se espera generar mayor confianza e interés de las mujeres en riesgo para acudir oportunamente a su evaluación preventiva, y poder abordar precozmente este problema emergente de salud pública. (Iván Eduardo Pinto-Larrea 2013)

Recomiendo como especialista en citología que necesitamos más recursos humanos en el área de citología para poder conformar un equipo técnico y trabajar con la estrategia de cáncer para el monitoreo de nuestras pacientes y no perderlas para su tratamiento, de esta manera poder elaborar un sistema de ingreso por paciente para no perder toda esa información, para que se puedan hacer más trabajos de investigación.

Referencias bibliográficas

American Cancer Society. Cáncer Facts & Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2014.

Análisis de la situación del cáncer del cuello del útero (citado 10 de Agosto 2001) (3 pantallas). Disponible en: file://A/Análisis de la situación cuello del útero. www mimédico net.

Orrego, Trujillo Cabrejos, L, (1995). prevalencia y algunos factores asociados a la citología inflamatoria con el método del Papanicolaou en mujeres en edad fértil con actividad sexual del asentamiento humano “Los Algarrobos” y la zona rural “La Legua” Provincia de Piura 8tesis de pregrado). Universidad Antenor, Perú.

Cáncer cervical los fundamentos –Christopher Dolinski, MD Affiliation: Abramson Cancer center of. The university of. Pensilvania(citado 22-julio-2002) (16 pantallas).disponible en [Http://es.oncolink.org/types/article.cfm](http://es.oncolink.org/types/article.cfm).

Cáncer de cuello uterino (citado 1 abril 2006) (41 pantallas) Disponible http://www.abc.medicus.com/articulo/pacinentes/pagina/5/cancer_cuello_uterino Carlos Alberto Arellano.htm

Cáncer de cuello uterino (citado 23 de agosto 2001) (16 pantallas).Disponible www.plluc.org/.../1,1744.

Como prevenir el cáncer de cuello de la matriz (10 de agosto 2001) (3 pantallas). Disponible en file://A:/Como prevenir el cáncer de cuello de la matriz.

El cáncer del cuello de la matriz y la mujer hispana (citado 23 de agosto 2001) (2 pantallas). Disponible en: file://A:/cáncer del cuello uterino 13.htm.

Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello en mujeres usuarias de tres policlínicos barriales de Montevideo 1997 (citado 1 de abril del 2006) (6

pantallas) Disponible Artículo original Wilson Benia, Gabriela T 18 americam
cáncer societe <http://wwpslgroup.com.dg>.

Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres
usuarias de tres policlínicos barriales de Montevideo (citado 23 agosto-2001) (45
pantallas).Disponible.Rev.Med Uruguay 2000; 16:-103-113

Factores de riesgo de Cuello Uterino (citado abril 2000) (2 pantallas) Disponible en
www.cancer.org/docroot/esp/content.

Globocan 2008 (2013). Fast stats: most frequent cancers—men, women, both sexes,
summary statistics [Internet]. [Cited 2013 Jun 18]. Available from:
<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?Uno=900>

Hampi Runa revista de la Facultad de medicina de la universidad privada Antenor
Orrego. Octubre 2001. Trujillo-Perú p. 103 – 120.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Guía práctica Clínica de Cáncer de
Cuello Uterino. 2011. Lima – Perú. p. 9

Iovine Enrique; Atilo Selva Alejandro. El Laboratorio en la Clínica. Metodología
Analítica, Fisiopatología e Interpretación Semiología, Argentina 1981; p. 649.

Iván Eduardo Pinto-Larrea, Iván Randolpho Pinto-Tipismana. (2013). Perfil
Epidemiológico, Clínico y Anatomopatológico del Cáncer de Mama en el
Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo Enero-Diciembre 2011. Revista
del Cuerpo Médico. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Vol. 6. (1).
8-12

Ministerio de Salud; Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer
de cuello uterino – Programa Nacional de Planificación Familiar. Abril del 2000;
p. 19-23

Pino, Albán, M. (2008). Análisis de la situación del cáncer de Cérvix uterino en el Ecuador, 2006. REV ESP PATOL. 2008; Vol. 41, n° 1: 41-47

Ramos, W y Venegas, D. (2013). Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf

Schinell Johnes D. Citología y Microbiología de la Vagina. Octubre de 1973; p. 8-12

Takahashi Masayoshi-Atlas Color – Citología del cáncer Tokio – New York 1985; p.3-

4.

ANEXOS

FICHA TÉCNICA DE LOS INSTRUMENTOS A UTILIZAR

HOJA DE ENVIO DE LARESA

LABORATORIO DE REFERENCIA REGIONAL DE SALUD

AV RAMON CASTILLA N.-373 CASTILLA TELEFAX

345656 CASTILLA-PIURA

HOJA DE ENVIO N.-----

♦ **DATOS GENERALES:**

PACIENTE: ----- MUESTRA: -----

EDAD: -----FECHA DE INGRESO: ----- HORA ING: -----

HORA DE SALIDA: ----- DIRECCION: -----

TEL: -----

♦ **DATOS REPRODUCTIVOS:**

N.- HIJOS: -----PRIMERA RELACION SEXUAL: -----

ÚLTIMA FECHA DE MESTRUACION: -----

N.- PAREJAS SEXUALES.-----GESTANTE: -----

ABORTO.-----

DATOS CITOLOGICOS:-----

DEFINICIONES DE TÉRMINOS

- **LESIONES PREMALIGNAS:** El aumento del núcleo de la célula es proporcionalmente mayor, por lo que la relación núcleo-citoplasma está aumentada.
- **EDAD:** Tiempo de existencia desde el nacimiento.
- **MULTIPARIDAD:** Condición de mujer que ha tenido más de un parto.
- **ABORTOS:** Interrupción del embarazo antes de que el feto pueda vivir fuera del organismo.
- **COMPAÑEROS SEXUALES:** con quien se tienen relaciones sexuales.

