

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA" DE ICA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"
COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



TEMA:

**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES
CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS. HOSPITAL
REGIONAL ICA. ENERO-DICIEMBRE 2013**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR:

Bach. ALTAMIRANO NARREA, PATRICIA
Bach. CAVERO TRIGOZO, PATRICIA SHANTAL
Bach. CÓRDOVA VICERREL, ROCÍO DEL ROSARIO

ASESORES:

Dra. NEIRA GOYONECHE, JULIA MÓNICA RUTH
Dr. UBALDO EFRAÍN MIRANDA SOBERÓN

ICA - PERÚ
2015

**DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-
UTERINAS. HOSPITAL REGIONAL ICA.
ENERO-DICIEMBRE 2013**

ASESORES:

DRA. JULIA NEIRA GOYENECHÉ

DOCTOR EN MEDICINA

MEDICO CIRUJANO-GINECÓLOGA

DR. UBALDO EFRAIN MIRANDA SOBERÓN

DOCTOR EN MEDICINA

MEDICO CIRUJANO - PEDIATRÁ

MIEMBROS DEL JURADO:

DR. GUIDO BENDEZÚ MARTINEZ

DR. FELIPE GUSTAVO JUNCHAYA APARCANA

DR. CÉSAR ARTURO ZUÑIGA FERNANDEZ

DRA. JESÚS MEZA LEÓN

**“Esta tesis se la dedicamos a Dios, quien nos acompaña
y levanta de nuestros continuos tropiezos. Porque
nada nace, crece o se hace sin su santa voluntad.”**

**“A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio
en todos estos años, ya que gracias a Ustedes hemos
logrado llegar hasta aquí. Ha sido un privilegio
ser sus hijas. Son los mejores padres”**

AGRADECIMIENTOS

À la Dra. Nancy Brizuela por su invaluable apoyo en la ejecución y asesoría del presente trabajo de investigación como Médico Patólogo.

INDICE

| | PÁGINA |
|------------------------------------|--------|
| 1. PORTADA | 1 |
| 2. TÍTULO | 2 |
| 3. DEDICATORIA | 4 |
| 4. AGRADECIMIENTO | 5 |
| 5. INDICE | 6 |
| 6. RESUMEN | 7 |
| 7. ABSTRACT | 8 |
| 8. INTODUCCIÓN | 9 |
| 9. MATERIALES Y MÉTODOS | 12 |
| 10. RESULTADOS | 20 |
| 11. DISCUSION Y COMENTARIOS | 35 |
| 12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 44 |
| 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 46 |
| 14. ANEXOS | 54 |

RESUMEN

Objetivo: Describir las alteraciones cérvico-uterinas que se han reportado en la Región Ica, durante enero a diciembre del 2013.

Material y métodos: Estudio tipo transversal de fuente secundaria, se revisó el archivo de resultados de Papanicolaou del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Ica, correspondiente al año 2013. En ella se encontró 18983 fichas con el resultado de la citología exfoliativa correspondiente, de los que se excluyeron 1834 por presentar datos incompletos y diagnósticos no concluyentes, quedando un total de 17149 resultados aptos para evaluación. Los datos fueron extraídos de las fichas de inscripción y el reporte de resultados.

Resultados: La edad de las mujeres incluidas en el estudio fluctuó entre los 13 y 94 años, con una media de $34,7 \pm 11,11$ años. Según la provincia, el mayor número de muestras provinieron de Ica, seguido de Chincha y Pisco. La proporción de mujeres con citología anormal, fue de 1,04%, encontrándose la mayor proporción en Palpa. Se observó un incremento de las lesiones escamosas intraepiteliales en relación a la edad. Se halló una relación directa entre la presencia de resultado patológico y la severidad de la reacción inflamatoria.

Conclusiones: La proporción de lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino es menor en comparación con otros estudios. La mayor proporción de lesiones premalignas de bajo grado con respecto a la de alto grado podría resultar ventajosa, debido a que presenta una regresión espontánea en un 70-80% de los casos. Vivir en la provincia de Palpa representó un mayor riesgo.

Palabras Claves: Alteraciones citológicas cérvico-uterinas, reacción inflamatoria, agente infeccioso, método anticonceptivo, metaplasia.

ABSTRACT

Objective: To describe the cervico-uterine abnormalities have been reported in Ica's Region, during January to December 2013.

Methods: A cross-sectional study of secondary source, we looked over the Pap results archive of the Pathology's Department of Ica's Regional Hospital, in 2013. We found 18983 files with their exfoliative cytology's results; we excluded 1834 for incomplete information and unsatisfactory for evaluation or atypical cells of undetermined significance diagnoses, it left off 17149 results for evaluation.

Results: The women's age included in the study was between 13 and 94 years old, with an average age of $34,7 \pm 11,11$. According to the province, the largest number of samples came from Ica, Chincha and Pisco followed. The women's proportion with abnormal cytology was 1.04%, with the highest proportion in Palpa. We noted that the proportion of squamous intraepithelial lesion increased if the age increased too. We observed a direct relation between the presence of a pathologic result and the severity of the inflammatory reaction.

Conclusions: The proportion of premalignant lesion of uterine cervix cancer was lower when we compared it with others study. The highest proportion of squamous intraepithelial lesions of low degree with respect to high degree could be advantageous for women, because this type of lesion have an spontaneous regression in over 70-80% of the cases. The fact of living in Palpa, represented a risk for premalignant lesion

Keywords: uterine cervical cytological abnormalities, inflammatory reaction, infectious agent, birth control, metaplasia.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer cérvico-uterino es considerado, según la Sociedad Americana de Cáncer, como una alteración celular que se origina en el revestimiento de las células del cuello uterino, las cuales no se convierten en cáncer súbitamente, sino que se manifiestan inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa; evolucionan a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor traspasando la membrana basal¹. Sin embargo, en más del 50 por ciento de las mujeres con lesiones precancerosas las células permanecen benignas, por lo que también es un estado reversible y no implica necesariamente el desarrollo de una neoplasia. Con frecuencia, en sus etapas iniciales este cáncer no muestra síntomas, por lo que a menudo no se detecta hasta que se hace severo².

Se ha demostrado que la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) es una causa necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de cáncer cérvico-uterino, ya que la mayoría de las mujeres infectadas por algún tipo de VPH oncogéno nunca desarrollan cáncer. Esto sugiere la existencia de otros factores que influyen en la aparición de la enfermedad. Existen más de 50 tipos del VPH que afectan el aparato genital, pero hasta la actualidad, se ha identificado aproximadamente 15 de ellos como tipos oncógenos de alto riesgo para el desarrollo del cáncer cérvico-uterino (tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82)³. La transmisión se produce por contacto sexual y los órganos más susceptibles de infección, con potencial de iniciar una transformación neoplásica, son el cuello uterino (zona de transición) y la línea

pectínea del canal anal. Las relaciones sexuales con múltiples parejas, sin preservativo, son el factor de riesgo más importante para la infección por VPH y evolución a cáncer de cérvix. El periodo de latencia, es decir, el tiempo que pasa desde que ocurre la infección hasta que aparecen los primeros síntomas es variable, pudiendo extenderse desde los 2 a 3 meses hasta incluso los 15-20 años. Otros factores que se relacionan con la génesis del cáncer de cérvix, son: la paridad, antecedentes de lesiones precancerosas y estado de inmunodepresión, hábito tabáquico, entre otros⁴. Con el paso de los años, se produce un leve desarrollo anormal de las células del cérvix, que se conoce como displasia cervical leve, que progresa a una displasia moderada y luego a severa. Estas displasias, no son sinónimo de cáncer; sin embargo, las células anormales pueden degenerar en un carcinoma in situ y ésta a su vez, en un carcinoma infiltrante si no se tratan a tiempo⁵. La duración de las diferentes etapas de premalignidad no es uniforme, en general se acepta un promedio de 10 a 20 años en transformarse a lesión invasora, encontrándose una evolución más rápida en las mujeres de mayor edad que en las jóvenes⁶.

El concepto y terminología de las alteraciones premalignas cervicales, han evolucionado paralelamente con el avance del conocimiento de su biología e historia natural. Inicialmente se usó el término "carcinoma in situ", posteriormente en 1949, aparece la clasificación de Papanicolaou (I al V). En 1953, Reagan consagró el término "displasia" que clasificó en leve, moderada, severa y cáncer in situ. En 1966, Richard introdujo el concepto de neoplasia cervical intraepitelial clasificando las lesiones en tres grados (I al III°), y en el año 2001, aparece una clasificación moderna, realizada en Bethesda para un mayor consenso mundial⁷.

El sistema Bethesda, en su revisión 2001, divide a las lesiones premalignas en dos grandes grupos: Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo (LEIBG) y alto grado (LEIAG). La primera, con escaso riesgo de desarrollar cáncer, y la segunda, asociada al VPH, con gran riesgo para desarrollar cáncer⁸. Las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado incluyen a la Neoplasia Intraepitelial Cervical de grado I (nomenclatura anterior), y las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado, incluyen a la Neoplasia Intraepitelial Cervical de grado II y III⁹. Además, en la clasificación Bethesda, se incluyen los siguientes apartados: Negativo para lesiones intraepiteliales o de malignidad, Atipia de significado indeterminado de estirpe escamosa y glandular (ASCUS Y AGCUS, respectivamente) y Atipia Escamosa que no puede Excluirse Malignidad (ASC-H)¹⁰.

A nivel mundial el cáncer cervical, es el segundo tumor en frecuencia de mujeres y constituye la primera causa de muerte por cáncer en la población femenina de los países en desarrollo¹¹. En el Perú, es la neoplasia más común diagnosticada entre mujeres procedentes de las diferentes regiones del país (24.9%); que se establece, en su mayoría, en estadios avanzados de la enfermedad, característica fuertemente relacionada al nivel de pobreza. Además, según localización topográfica de la mujer, se encuentra en primer lugar¹². Alrededor de 15 casos de cáncer de cuello uterino son detectados diariamente, y entre seis a ocho mujeres peruanas mueren todos los días como consecuencia de la misma enfermedad. Aún con todo ello, en nuestro país no existen verdaderos estudios de prevalencia acerca de cáncer de cuello uterino. Sólo lo informado por el INEN, que por ser un instituto especializado, atiende a pacientes referidos de

todo el Perú reportando únicamente estudios de incidencia¹³. En el Departamento de Ica, no se han publicado trabajos relacionados.

La Citología exfoliativa cérvico-uterina o Papanicolaou, detecta precozmente las lesiones premalignas, y su uso es frecuente por su accesibilidad y bajo costo, reportándose según el Sistema Bethesda-2001. Esta técnica se viene desarrollando en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Ica, como parte del "Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú 2006- 2016"; a pesar de ello, se han realizado limitadas investigaciones al respecto, por lo que surgió la iniciativa de realizar este trabajo de Investigación en dicho Hospital. En este estudio se describe la frecuencia de lesiones premalignas, así como otras alteraciones encontradas en las muestras cérvico-uterinos de las mujeres atendidas en los establecimientos del Ministerio de Salud de la Región Ica, el cual, brinda información valiosa a las Instituciones para desarrollar mejores programas de cribado que brinden promoción y prevención de Neoplasia Cervical en la Región y el País.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y nivel de investigación

Transversal de fuente secundaria

Población y muestra.

Población: Estuvo conformada por las mujeres que acudieron de manera voluntaria a los diferentes establecimientos de salud del MINSA de la Región de Ica.

Población objetivo: comprende a las mujeres que acudieron de manera voluntaria a los diferentes establecimientos de salud del MINSA de la Región de Ica, a la toma de frócticos cérvico-vaginales, para el despistaje de cáncer de cuello uterino durante los meses de Enero a Diciembre 2013.

Población accesible: A ella pertenecían las mujeres que acudieron voluntariamente, a la toma de frócticos cérvico-vaginales, en los diferentes Establecimientos de Salud del MINSA de la Región Ica y que cumplieron con los criterios de inclusión para despistaje de cáncer de cuello uterino, establecidos por el Plan Nacional para el Fortalecimiento de la Prevención y Control de Cáncer en el Perú.

Muestra: Considerando los 18 983 resultados de frócticos cérvico-vaginales del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Ica, se calculó la muestra mínima con el Programa EPIDAT, en la que se consideró: una proporción esperada del 1%, una precisión absoluta de 0.1% y con un del nivel de confianza del 99%, obteniendo un tamaño muestral mínimo de 14727. En la presente investigación, se incluyó 17149

muestras, lo que comparado con la muestra mínima, resulta un excedente de 2422, lo que compensa la pérdida de información.

La fórmula para el cálculo de la proporción fue:

$$n = \frac{N \times z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

Donde:

N= Es el total de la población

p = Es la proporción esperada

q = 1- p

d = Es la precisión absoluta

z_{α}^2 , donde (Z_{α}) es 2,58 si la seguridad deseada es del 99 %;

Técnica de recolección de datos

Antes del inicio de la presente Investigación, se solicitó autorización a la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Ica, para la ejecución de nuestro trabajo en el Departamento de Anatomía Patológica, Laboratorio Clínico y Banco de Sangre; autorización que posteriormente se nos otorgó. Asimismo se solicitó Revisión y Aprobación de nuestro Proyecto al Comité de Ética de dicho Hospital.

Fuente de datos

Una vez aprobado el Proyecto por el Comité de Ética, se nos permitió el acceso a los Archivos de Resultados de Papanicolaou pertenecientes al año 2013, en

donde se verificó el número de Ingresos de muestras de fróntices cérvico-vaginales con sus respectivas fichas de Inscripción y fichas de resultados.

La fuente de datos, estuvo conformada por las 18983 fichas con los resultados de Papanicolaou, de las que fueron excluidos 1804 por presentar datos incompletos, 15 con diagnóstico de muestras insatisfactorias para evaluación y 15 con diagnóstico de células atípicas de significado indeterminado de estirpe escamoso y glandular, quedando 17149 fichas para evaluación.

Fichas de datos

Los datos se obtuvieron de las siguientes fichas:

1. Ficha de formato 1A del Plan Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino
2. Ficha de examen citológico según el Sistema de Bethesda modificado.

De la ficha de formato 1A del Plan Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, se consignó la siguiente información: (ANEXO N° 1).

- Datos Generales: en el que se describieron: el nombre del establecimiento en donde fue tomada la muestra y el distrito, provincia y departamento a la que perteneció dicho establecimiento.
- D.N.I: el que fue utilizado para identificar a las pacientes.
- Nombres y Apellidos: Estos datos no fueron consignados en la investigación, para mantener la privacidad.
- Edad
- Fecha de toma de muestra

- Dirección: Esta información no fue consignada en nuestra investigación.
- Fecha de última regla: Esta información no fue consignada en nuestra investigación
- Estado de gestación: Esta información no fue consignada en nuestra investigación.
- Método anticonceptivo utilizado: Este punto se señala el tipo de método anticonceptivo representado por un dígito, de la siguiente manera: Ninguno (0), DIU (1), Inyectable (2), Barrera (3), Ritmo (4), Oral (5) y Otros (6).
- Código de lámina
- Resultado

Del mismo modo, de la Ficha de examen citológico según el Sistema de Bethesda modificado, se registraron los siguientes datos: (ANEXO N° 2)

- Calidad de la muestra: En este acápite se reporta como satisfactoria o insatisfactoria para evaluación.
- Categorización de la muestra: Aquí se indicó, en términos generales, si en el frotis existieron células normales o anormales tomando en cuenta los criterios de malignidad en citología exfoliativa.
- Descripción de las alteraciones:
 - o Cambios asociados a infección: fueron especificados los microorganismos que directa o indirectamente indicaron su presencia en el frotis.

- o Cambios reparativos y reactivos: se indicó el grado de reacción inflamatoria, especificados en leve, moderada y severa, así como la presencia de metaplasia y cualquier otro elemento extraño en el frotis cérvico-vaginal.

- o Epitelio anormal: Se informó el tipo de lesión intraepitelial encontrada, tanto de estirpe escamosa como glandular, especificando además su equivalencia con la nomenclatura anterior al Sistema Bethesda 2001. También se especificaron las atipias de significado indeterminado.

- Impresión hormonal: No se consignó en esta investigación.

- Conclusión diagnóstica: Constituye la parte más importante del resultado, en el que se emitieron las conclusiones de acuerdo a la morfología celular estudiada, con los siguientes diagnósticos: lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado (LEIBG y LEIAG), células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGCUS) o células epiteliales atípicas de significado indeterminado (ASCUS).

- Sugerencias y Recomendaciones: Esta información no se consignó en la investigación.

La información que no se consigna en la presente, es por la presencia de datos incompletos.

Validación de la fuente.

Ambas fichas de datos se encuentran certificadas por el Instituto Nacional de Salud, mediante la Estrategia Cáncer del Plan Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.

Como conclusión de la validación de la fuente el Hospital Regional de Ica, logró que el Servicio de Anatomía Patológica, se convierta en Centro capacitador de Citología exfoliativa.

Instrumentos de Recolección de la información.

- Las fichas consignadas en el Programa SPSS Vs. 18, cuyo conjunto constituyó la base de datos sujeta a evaluación.
- Computadora Marca Dell, procesador Intel Core I3, memoria Ram 8 GB.

Análisis estadístico:

Análisis exploratorio: Los resultados de Papanicolaou fueron introducidos al Programa SPSS versión 18 para su análisis, realizando un análisis exploratorio a la base de datos, en donde al percatarnos de la existencia de 15 diagnósticos de Muestras Insatisfactorias para Evaluación representando el 0.1%, se decidió por excluirlos de la misma, por no presentar ninguna descripción de alteración cérvico-uterina. Asimismo se encontraron 15 resultados (0,09%) con diagnóstico de células atípicas de significado indeterminado de estirpe escamoso y glandular (ASCUS y AGCUS, respectivamente), los cuales, al no ser resultados concluyentes de malignidad, fueron también excluidos del el análisis. Se volvió a revisar la base de datos original, realizando las correcciones pertinentes.

Análisis univariado:

En donde se aplicó la distribución de frecuencias y media.

Análisis Bivariado:

En donde se realizó el cálculo del riesgo con Odds Ratio y del chi-cuadrado para la estimación de proporciones.

RESULTADOS

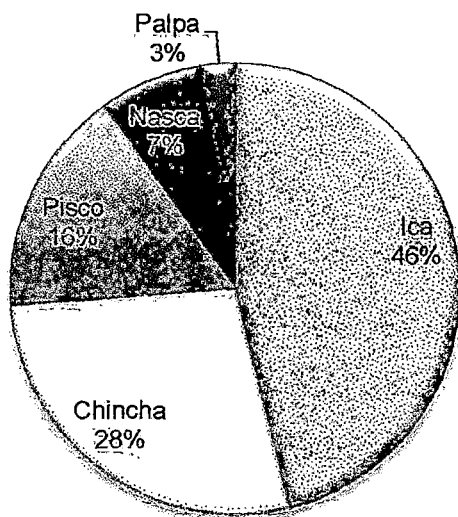
Se revisó el archivo de resultados del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Regional de Ica, quedando un total de 17149 informes aptos para evaluación, luego de excluir los resultados que presentaban datos incompletos y aquellos con diagnóstico de Muestra Insatisfactoria para evaluación y de Células Atípicas de Significado Indeterminado de Tipo Escamosa o Glandular.

La edad de las mujeres que fueron incluidas en el estudio, fluctuaron entre los 13 y 94 años, con una media de 34,7 años \pm 11,11 años.

Según la distribución geográfica por provincias, el mayor número de muestras procedían de Ica, que representaban el 46,0% del total de la población, siguiendo en orden de frecuencia Chincha y Pisco con 27,7% y 16,2% respectivamente. Sin embargo, la menor proporción de muestras provinieron de Palpa y Nasca, ambas constituyeron aproximadamente la cuarta parte de las que procedía de Ica. (VER GRAFICO N°01)

GRAFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PROVINCIA

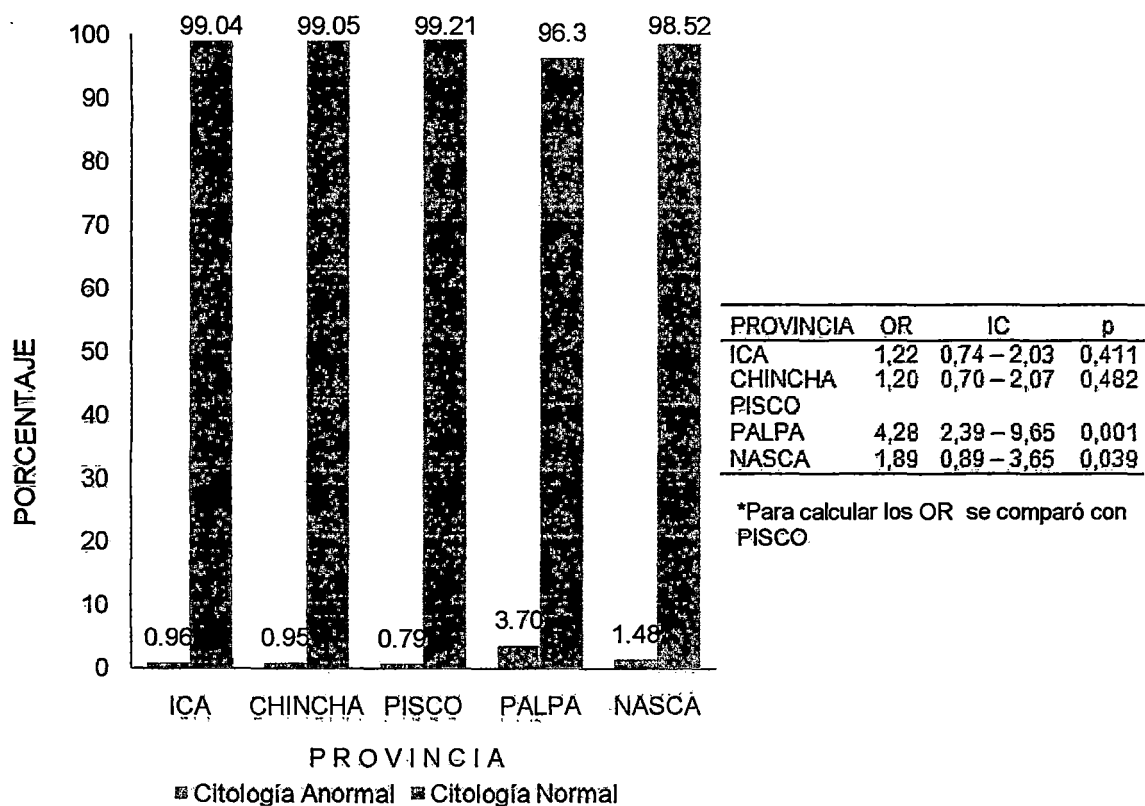


En nuestra investigación, hallamos que la proporción de mujeres con citología anormal, es decir, con lesiones premalignas fue de 1,04% (178 casos). Además se encontró, que la mayor proporción de resultados patológicos se encontraba en Palpa y, que las mujeres que procedieron de dicha provincia, tuvieron aproximadamente 4 veces más riesgo de sufrir lesiones premalignas que las procedentes de Pisco (OR 4,28 y $p=0,001$); mientras que Ica, Chincha y Nasca tuvieron riesgos similares. (VER GRAFICO N° 02)

GRAFICO N° 02

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.
SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA Y RESULTADO CITOLÓGICO.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013



En relación al tipo de citología anormal, la lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) fue la de menor frecuencia con 57 casos (0,33%); la misma que, al ser confrontada con la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIGB), representó aproximadamente solo su tercera parte, ya que esta última contó con 121 casos (0,71%).

También se observó, que persistía una mayor proporción de las mismas en Palpa y que, las mujeres que provenía de dicha provincia tuvieron aproximadamente 5 veces más riesgo de sufrir lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado que las procedentes de Pisco (OR 5,69 y p=0,001). (VER CUADRO N°01)

CUADRO N°01

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS. SEGÚN PROVINCIA DE RESIDENCIA Y TIPO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| LUGAR DE RESIDENCIA (PROVINCIA) | ANORMAL | | | | RESULTADO CITOLÓGICO | | | | LEIGB | | | LEIAG | | |
|------------------------------------|--|------|--|------|----------------------|--------|-------|-----|-------|-------------|-------|-------|------------|-------|
| | LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO | | LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO | | NORMAL | | TOTAL | | OR | IC | p | OR | IC | p |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | | | | | | |
| ICA | 53 | 0,67 | 23 | 0,29 | 7818 | 99,04 | 7894 | 100 | 1,25 | 0,68-2,32 | 0,447 | 1,16 | 0,47-2,97 | 0,728 |
| CHINCHA | 28 | 0,59 | 17 | 0,36 | 4711 | 99,05 | 4756 | 100 | 1,10 | 0,56-2,15 | 0,776 | 1,42 | 0,56-3,78 | 0,429 |
| PISCO | 15 | 0,54 | 07 | 0,25 | 2764 | 99,21 | 2786 | 100 | | | | | | |
| PALPA | 10 | 2,31 | 06 | 1,39 | 417 | 96,30 | 433 | 100 | 4,42 | 1,83- 10,50 | 0,001 | 5,68 | 1,69-18,87 | 0,001 |
| NASCA | 15 | 1,17 | 04 | 0,31 | 1261 | 98,52 | 1280 | 100 | 2,19 | 1,00- 4,74 | 0,028 | 1,25 | 0,31-4,75 | 0,719 |
| TOTAL | 121 | 0,71 | 57 | 0,33 | 16971 | 198,96 | 17149 | 100 | | | | | | |

*Para calcular los OR se comparó con PISCO

La citología anormal con respecto al grupo etáreo, mostró un aumento gradual en cada década, observándose una proporción de 0,46% resultados patológicos en mujeres con edades menores o iguales a 30 años, hasta llegar al pico máximo, en mujeres mayores o iguales a 51 años, con 2,55%. Así mismo, se evidenció que el riesgo de tener una lesión premaligna presentó un incremento en relación a la edad, siendo 2, 3 y 5 veces el riesgo de tener un resultado patológico por cada década de vida ($p=0,001$). (Ver CUADRO N°02).

CUADRO N°02

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.

SEGÚN GRUPO ETÁREO Y RESULTADO CITOLÓGICO.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| GRUPO ETÁREO (AÑOS) | RESULTADO CITOLÓGICO | | | | | | OR | IC | P |
|---------------------|----------------------|------|--------|-------|-------|-----|------|-------------|-------|
| | ANORMAL | | NORMAL | | TOTAL | | | | |
| | N° | % | N° | % | N | % | | | |
| ≤ 30 | 32 | 0,46 | 6851 | 99,54 | 6883 | 100 | | | |
| 31-40 | 66 | 1,17 | 5566 | 98,83 | 5632 | 100 | 2,54 | 1,63 – 3,96 | 0,001 |
| 41-50 | 42 | 1,33 | 3105 | 98,67 | 3147 | 100 | 2,90 | 1,78 – 4,71 | 0,001 |
| ≥ 51 | 38 | 2,55 | 1449 | 97,44 | 1487 | 100 | 5,61 | 3,41 – 9,25 | 0,001 |
| TOTAL | 178 | 1,04 | 16971 | 98,96 | 17149 | 100 | | | |

*Para el cálculo de los OR se comparó con el GRUPO ETÁREO ≤ 30

Según el grupo etáreo y el tipo de lesión intraepitelial, vimos que la proporción de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado incrementó progresivamente en relación a la edad, pero sufrieron una disminución en la quinta década de vida; edad en la cual, las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado tomaron mayor importancia, ya que se evidenció, que las mujeres que tenían entre 41-50 años tuvieron 5 veces más riesgo de sufrir lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado en relación a la población más joven, incrementándose hasta 10 veces en mujeres con edades mayores o iguales a 51; demostrando que, en la población juvenil predominaron significativamente las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado mientras, que en la población de mayor edad, las lesiones de alto grado iban tomando mayor importancia ($p=0,001$). (VER CUADRO N°03)

CUADRO N°03

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.

SEGÚN GRUPO ETÁREO Y TIPO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

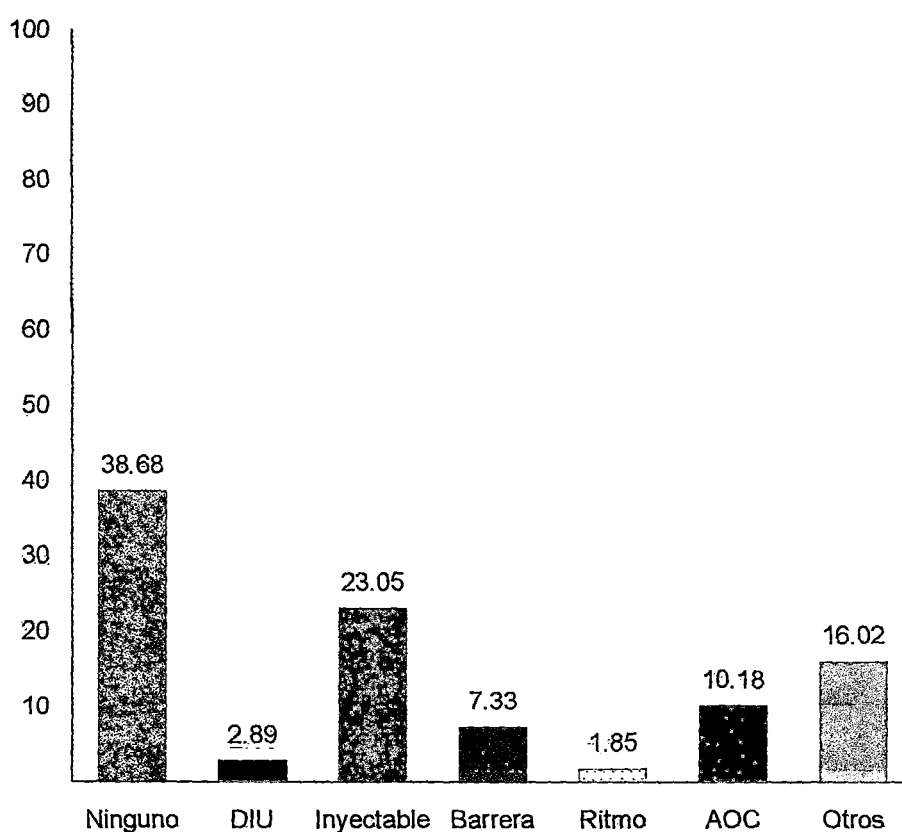
| GRUPO ETÁREO (AÑOS) | RESULTADO CITOLÓGICO ANORMAL | | RESULTADO CITOLÓGICO NORMAL | | TOTAL | | LEIBG | | | LEIAG | | | | | |
|---------------------|--|------|--|------|-------|--------|-------|-----|------|-----------|-------|-------|------------|-------|--|
| | LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO | | LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO | | N° | % | N° | % | OR | IC | p | OR | IC | p | |
| | N° | % | N° | % | | | | | | | | | | | |
| ≤ a 30 | 24 | 0,35 | 8 | 0,11 | 6851 | 99,54 | 6883 | 100 | | | | | | | |
| 31 – 40 | 54 | 0,96 | 12 | 0,21 | 5566 | 98,83 | 5632 | 100 | 2,77 | 1,6-4,62 | 0,001 | 1,85 | 0,70-4,93 | 0,173 | |
| 41 – 50 | 23 | 0,73 | 19 | 0,60 | 3105 | 98,67 | 3147 | 100 | 2,11 | 1,15-3,89 | 0,008 | 5,24 | 2,17-13,03 | 0,001 | |
| ≥ a 51 | 20 | 1,34 | 18 | 1,21 | 1449 | 97,44 | 1487 | 100 | 3,94 | 2,09-7,42 | 0,001 | 10,64 | 4,37-26,67 | 0,001 | |
| TOTAL | 121 | 0,71 | 57 | 0,33 | 1697 | 198,96 | 17149 | 100 | | | | | | | |

*Para el cálculo de los OR se comparó con el GRUPO ETÁREO ≤ 30

De las mujeres en estudio, el método anticonceptivo que fue utilizado con mayor frecuencia fue el inyectable con 23,05%, seguido de los anticonceptivos orales con 10,18%. Por otro lado, el DIU y el método del ritmo fueron los menos utilizados (2,89 y 1,85%). Sin embargo, el mayor porcentaje de la población no utilizaba ningún método anticonceptivo, representando el 38,68%. (VER GRAFICO N° 03)

GRAFICO N° 03

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS



Aunque el uso del método anticonceptivo no mostró significancia alguna en relación al resultado citológico; se pudo observar que las menores proporciones de estos resultados se encontraron en aquellas mujeres que utilizaron anticonceptivos orales, el método del ritmo y el DIU con 0,63%, 0,63% y 0,6% respectivamente. (VER CUADRO N° 04)

CUADRO N°04

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.

SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y RESULTADO CITOLÓGICO.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| MÉTODO ANTICONCEPTIVO | RESULTADO CITOLÓGICO | | | | | | OR | IC | P. |
|-----------------------|----------------------|------|--------|-------|-------|-----|------|--------------|-------|
| | ANORMAL | | NORMAL | | TOTAL | | | | |
| | N° | % | N° | % | N | % | | | |
| INYECTABLE | 34 | 0,86 | 3919 | 99,14 | 3953 | 100 | 1,37 | 0,32 – 8,26 | 0,667 |
| BARRERA | 17 | 1,35 | 1240 | 98,65 | 1257 | 100 | 2,16 | 0,48 – 13,59 | 0,293 |
| ORAL | 11 | 0,63 | 1734 | 99,37 | 1745 | 100 | 1,00 | 0,21 – 6,55 | 0,999 |
| DIU | 3 | 0,60 | 493 | 99,40 | 496 | 100 | 0,96 | 0,13 – 8,22 | 0,963 |
| RITMO | 2 | 0,63 | 315 | 99,37 | 317 | 100 | | | |
| OTROS | 24 | 0,87 | 2724 | 98,13 | 2748 | 100 | 1,39 | 0,32 – 8,53 | 0,658 |
| NINGUNO | 87 | 1,31 | 6546 | 98,69 | 6633 | 100 | 2,09 | 0,51 – 12,34 | 0,292 |
| TOTAL | 178 | 1,04 | 16971 | 98,96 | 17149 | 100 | | | |

*Para el cálculo del OR se comparó con RITMO

Con respecto a los cambios reactivos y reparativos debido a inflamación, fueron similares los porcentajes encontrados en las pacientes con leve, moderada y severa reacción inflamatoria, con 31,37%, 34,38% y 34,25% respectivamente. Según el tipo de lesión intraepitelial, se observó que la presencia de una moderada y severa reacción inflamatoria se correlacionó con una mayor proporción de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (57 casos, 0,97% y 55 casos, 0,94% respectivamente), comportándose la severidad de la inflamación como un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones premalignas ($p=0,001$). Semejantes resultados se hallaron en relación a las lesiones intraepiteliales de alto grado, en donde las pacientes con una severa reacción inflamatoria tuvieron 3 veces más riesgo de sufrir estas lesiones ($p=0,003$) (VER CUADRO N° 05).

CUADRO N°05

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS. SEGÚN GRADO DE REACCIÓN INFLAMATORIA Y TIPO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| GRADO DE REACCIÓN INFLAMATORIA | RESULTADO CITOLÓGICO | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|------|--|------|--------|-------|-------|-----|-------|------------|-------|-------|-----------|-------|
| | ANORMAL | | | | NÓRMAL | | TÓTAL | | LEIBG | | | LEIAG | | |
| | LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO | | LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO | | N° | % | N° | % | OR | IC | p | OR | IC | p |
| | N° | % | N° | % | | | | | | | | | | |
| LEVE | 9 | 0,17 | 9 | 0,17 | 5361 | 99,66 | 5379 | 100 | | | | | | |
| MODERADO | 57 | 0,97 | 19 | 0,32 | 5820 | 98,71 | 5896 | 100 | 5.83 | 2.79-12.63 | 0.001 | 1.94 | 0.84-4.64 | 0.095 |
| SEVERA | 55 | 0,94 | 29 | 0,49 | 5790 | 98,57 | 5874 | 100 | 5.66 | 2.70-12.27 | 0.001 | 2.98 | 1.35-6.78 | 0.003 |
| TOTAL | 121 | 0,71 | 57 | 0,33 | 16971 | 98,96 | 17149 | 100 | | | | | | |

*Para el cálculo del OR se comparó con LEVE REACCIÓN INFLAMATORIA

En las pacientes que presentaron metaplasia en el frotis cervicovaginal, se observó que tuvieron 3 veces más riesgo de presentar un resultado citológico anormal (OR 3,32 y $p=0,001$) (VER CUADRO N°06).

CUADRO N° 06

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.

SEGÚN PRESENCIA DE METAPLASIA Y RESULTADO CITOLÓGICO.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| METAPLASIA | RESULTADO CITOLÓGICO | | | | | | OR | IC | P |
|------------|----------------------|------|--------|-------|-------|-----|------|-------------|-------|
| | ANORMAL | | NORMAL | | TOTAL | | | | |
| | N° | % | N° | % | N | % | | | |
| PRESENCIA | 13 | 3,20 | 393 | 96,80 | 406 | 100 | 3,32 | 1,87 – 6,05 | 0,001 |
| AUSENCIA | 165 | 0,99 | 16578 | 99,01 | 16743 | 100 | | | |
| TOTAL | 178 | 1,04 | 16971 | 98,96 | 17149 | 100 | | | |

Semejantes resultados se hallaron con respecto a la presencia de metaplasia y el tipo de lesión intraepitelial, encontrando que fue similar el riesgo de presentar una lesión escamosa intraepitelial de bajo o alto grado cuando la paciente presentaba metaplasia escamosa en su fróntis cervico-uterino. (VER CUADRO N° 07).

CUADRO N°07

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.
SEGÚN PRESENCIA DE METAPLASIA Y TIPO DE LESIÓN INTRAEPITELIAL
Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| METAPLASIA | RESULTADO CITOLÓGICO | | | | | | | | LEIBG | | | LEIAG | | | |
|------------|--|------|--|------|--------|-------|-------|-----|-------|-----------|-------|-------|-----------|-------|---|
| | ANORMAL | | | | NORMAL | | | | TOTAL | OR | IC | p | OR | IC | p |
| | LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO | | LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO | | N° | % | N° | % | | | | | | | |
| PRESENCIA | 9 | 2,22 | 4 | 0,99 | 393 | 96,80 | 406 | 100 | 3.39 | 1.60-6.95 | 0.001 | 3.18 | 0.98-9.21 | 0.019 | |
| AUSENCIA | 112 | 0,67 | 53 | 0,32 | 16578 | 99.01 | 16743 | 100 | | | | | | | |
| TOTAL | 121 | 0,71 | 57 | 0,33 | 16971 | 98.96 | 17149 | 100 | | | | | | | |

También, se encontró una asociación directa entre la presencia de metaplasia y la severidad de la inflamación, ya que se observó una mayor frecuencia de metaplasia conforme incrementaba el grado de reacción inflamatoria, comportándose ésta como un factor de riesgo para su desarrollo. Además se evidenció, que las pacientes que presentaron severa reacción inflamatoria tuvieron 7 veces más riesgo de presentar metaplasia ($p=0,001$). (VER CUADRO N°08)

CUADRO N°08

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS. SEGÚN GRADO DE REACCIÓN INFLAMATORIA Y PRESENCIA DE METAPLASIA

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

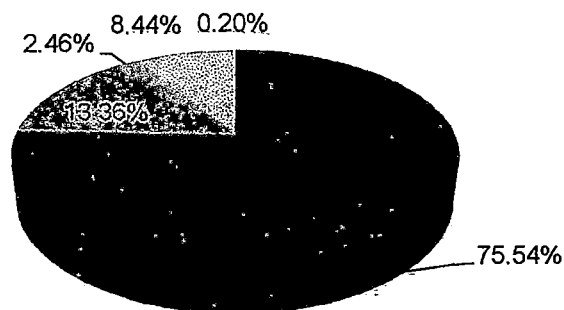
| GRADO DE REACCIÓN INFLAMATORIA | PRESENTE | | METAPLASIA AUSENTE | | TOTAL | | OR | IC | P |
|--------------------------------|----------|------|--------------------|-------|-------|-----|------|--------------|-------|
| | N° | % | N° | % | N | % | | | |
| SEVERA | 247 | 4,20 | 5627 | 95,80 | 5874 | 100 | 7,33 | 5,00 – 10,82 | 0,001 |
| MODERADA | 127 | 2,15 | 5769 | 97,85 | 5896 | 100 | 3,68 | 2,45 = 5,54 | 0,001 |
| LEVE | 32 | 0,60 | 5347 | 99,40 | 5379 | 100 | | | |
| TOTAL | 406 | 2,37 | 16743 | 97,63 | 17149 | 100 | | | |

*Para el cálculo del OR se comparó con LEVE REACCIÓN INFLAMATORIA

En cuanto a los cambios asociados a infección, se encontraron un total de 1055 mujeres que presentaron algún agente infeccioso en su frotis cérvico-uterino, de las cuales 75,54% eran causadas por Vaginosis Bacteriana, 13,36% Gardnerella Vaginalis, 2,46% Mobiluncus, 8,44% Candida y 0,20% Virus del Papiloma Humano. Para el análisis se excluyeron 1366 muestras que presentaron Bacilos de Doderline por ser parte de la flora microbiana. (VER GRAFICO N°04)

GRAFICO N° 04

TIPO DE AGENTE INFECCIOSO



■ VAGINOSIS BACTERIANA ▨ GARDNERELLA VAGINALIS ▩ MOBILUNCUS ▪ CANDIDA ▫ PVH

En relación a la edad, los cambios asociados a infección no mostraron ninguna relación estadísticamente significativa. Sin embargo, se observó que la proporción de Vaginosis Bacteriana incrementó en forma directa con la edad; mientras que, la infección por Gardnerella Vaginalis, Mobiluncus y Cándida disminuía inversamente proporcional a la misma. (VER CUADRO N°09)

CUADRO N°09

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.

SEGÚN GRUPO ETÁREO Y AGENTE INFECCIOSO.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| GRUPO ETÁREO (AÑOS) | AGENTE | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|-----------|-------------|----------|-------------|--------------|--------------|--------------|------------|
| | VAGINOSIS | | GARDNERELLA | | MOBILUNCUS | | CANDIDA | | PVH | | NINGUNO | | TOTAL | |
| | N° | % | N° | % | N° | % | N | % | N | % | N | % | N | % |
| ≤ 30 | 164 | 2,63 | 64 | 1,03 | 7 | 0,11 | 40 | 0,64 | 1 | 0,02 | 5952 | 95,57 | 6228 | 100 |
| 31-40 | 131 | 2,54 | 47 | 0,91 | 9 | 0,17 | 34 | 0,66 | 1 | 0,02 | 4932 | 95,70 | 5154 | 100 |
| 41-50 | 145 | 4,86 | 24 | 0,81 | 6 | 0,23 | 13 | 0,44 | 0 | 0,00 | 2792 | 93,70 | 2980 | 100 |
| ≥ 51 | 357 | 24,86 | 6 | 0,42 | 4 | 0,28 | 2 | 0,14 | 0 | 0,00 | 1067 | 74,30 | 1436 | 100 |
| TOTAL | 797 | 5,04 | 141 | 0,89 | 26 | 0,16 | 89 | 0,56 | 2 | 0,01 | 14743 | 93,32 | 15798 | 100 |

*Se retiraron las muestras que presentaron Bacilo de Doderline

El uso del método anticonceptivo que presentó mayor frecuencia de infecciones vaginales por Vaginosis Bacteriana, Gardnerella Vaginalis, Mobiluncus y Candida, fue el Inyectable con 88, 22, 5 y 29 casos respectivamente. Así mismo, las mujeres que utilizaron el DIU presentaron la menor frecuencia de infecciones para cada uno de los casos. (VER CUADRO N°10)

CUADRO N°10

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS.

SEGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y AGENTE INFECCIOSO.

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| MÉTODO ANTICONCEPTIVO | VAGINOSIS | | GARDNERELLA | | AGENTE MOBILUNCUS | | CANDIDA | | PVH | | NINGUNO | | TOTAL | |
|-----------------------|-----------|------|-------------|------|-------------------|------|---------|------|-----|------|---------|-------|-------|-----|
| | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % | N° | % |
| INYECTABLE | 88 | 2,41 | 22 | 0,60 | 5 | 0,14 | 29 | 0,79 | 00 | 0,00 | 3515 | 96,06 | 3659 | 100 |
| ORAL | 45 | 2,78 | 17 | 1,05 | 1 | 0,06 | 12 | 0,74 | 00 | 0,00 | 1542 | 95,36 | 1617 | 100 |
| BARRERA | 20 | 1,73 | 13 | 1,13 | 0 | 0,00 | 6 | 0,52 | 01 | 0,09 | 1115 | 96,54 | 1155 | 100 |
| DIU | 19 | 4,08 | 6 | 1,29 | 0 | 0,00 | 1 | 0,21 | 0 | 0,00 | 440 | 94,42 | 466 | 100 |
| RITMO | 22 | 7,53 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | 270 | 92,47 | 292 | 100 |
| OTROS | 105 | 4,10 | 33 | 1,29 | 4 | 0,16 | 20 | 0,78 | 0 | 0,00 | 2396 | 93,67 | 2558 | 100 |
| NINGUNO | 498 | 8,23 | 50 | 0,83 | 16 | 0,26 | 21 | 0,35 | 1 | 0,02 | 5465 | 90,32 | 6051 | 100 |
| TOTAL | 797 | 5,04 | 141 | 0,89 | 26 | 0,16 | 89 | 0,56 | 2 | 0,01 | 14743 | 93,32 | 15798 | 100 |

Por último, se asoció la existencia de un agente infeccioso en el fróntis cervico-uterino con la presencia de reacción inflamatoria, observando que la infección por Vaginosis Bacteriana y Mobiluncus se comportaron como un factor de riesgo para la presencia de reacción inflamatoria (OR 3,15; $p=0,001$ y OR 3,63; $p=0,024$ respectivamente). Sin embargo, cabe resaltar que la infección por Gardnerella Vaginalis aparentemente se comportó como un factor protector ($p=0,001$). (VER CUADRO N°11)

CUADRO N°11

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES CITOLÓGICAS CERVICO-UTERINAS. SEGÚN AGENTE INFECCIOSO Y PRESENCIA DE REACCIÓN INFLAMATORIA

Hospital Regional Ica. Enero-Diciembre 2013

| AGENTE | REACCIÓN INFLAMATORIA | | | | TOTAL | | OR | IC | P |
|----------------------|-----------------------|--------|------|-------|-------|-----|------|--------------|-------|
| | N° | CON % | N° | SIN % | N | % | | | |
| VAGINOSIS BACTERIANA | 693 | 86,95 | 104 | 13,05 | 797 | 100 | 3,15 | 2,55 – 3,92 | 0,001 |
| GARDNERELLA | 25 | 17,73 | 116 | 82,27 | 141 | 100 | 0,10 | 0,06 – 0,16 | 0,001 |
| MOBILUNCUS | 23 | 88,46 | 03 | 11,54 | 26 | 100 | 3,63 | 1,04 – 15,19 | 0,024 |
| CANDIDA | 68 | 76,40 | 21 | 23,60 | 89 | 100 | 1,54 | 0,92 – 2,59 | 0,084 |
| VPH | 2 | 100,00 | 00 | 00 | 02 | 100 | | | |
| NINGUNO | 9991 | 67,84 | 4737 | 32,16 | 14728 | 100 | | | |
| TOTAL | 10802 | 68,44 | 4981 | 31,56 | 15783 | | | | |

*Para el cálculo del OR se comparó con NINGUNO

*Se retiraron las muestras que presentaron Bacilos de Doderline.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El cáncer cervicouterino es una de las neoplasias más fáciles de prevenir y curar debido a su desarrollo gradual²; ésto, si el tamizaje para la detección temprana de lesiones precursoras, está disponible junto con el diagnóstico apropiado, tratamiento oportuno y seguimiento de la paciente.¹⁴ La toma de citología del cuello uterino, ha demostrado ser la herramienta diagnóstica más eficiente y barata para el tamizaje del carcinoma cervical¹², apoyado en diversos estudios que estiman que dicha prueba tiene un rango de sensibilidad del 51 - 75% y de especificidad del 95 -98% para la detección de lesiones premalignas.^{5,15}

El Sistema Bethesda 2001, la actual nomenclatura utilizada para el informe citológico, recomienda que el reporte debe empezar con una referencia de la calidad de la muestra, considerándola como Satisfactoria e Insatisfactoria para Evaluación^{10,16}. Son muchos los factores que pueden influir para que la consideren inadecuada, que van desde la mala toma del frótis o incorrecta identificación, hasta un deficiente procesamiento en laboratorio¹⁶. En nuestra investigación se encontró 15 (0,1%) resultados con diagnósticos de "Muestras Insatisfactorias para Evaluación". Esta cifra fue inferior a lo encontrado por Ávila y colaboradores en la Cuenca-Ecuador (2012), quienes reportaron un mayor porcentaje (4,5%).¹⁷ Esta baja proporción encontrada podría sugerir, que la obtención del extendido citológico en nuestro medio, se estaría realizando de manera adecuada en comparación con otros países. No obstante, se debería continuar y mejorar la capacitación del recurso humano y del equipamiento, para asegurar una adecuada detección de lesiones premalignas.

Cabe resaltar que en muchas ocasiones las muestras que son clasificadas como insatisfactorias, son catalogadas como falsos negativos, repercutiendo en la sensibilidad del Papanicolaou¹⁸. Un estudio longitudinal halló que las muestras insatisfactorias que fueron procesadas y evaluadas, provenían con más frecuencia de pacientes de alto riesgo, y que un número significativo de esas pacientes presentaban luego una lesión intraepitelial o carcinoma¹⁹. En tal sentido, se debería sugerir a las pacientes con estos diagnósticos, una nueva toma de muestra para no desestimar estos diagnósticos.

En dicha nomenclatura, se cataloga como células epiteliales atípicas de significado indeterminado (ASCUS) o células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGCUS), a todas aquellas muestras que son cualitativa o cuantitativamente insuficientes para elaborar una interpretación definitiva y clasificarlas con seguridad como una lesión intraepitelial o glandular respectivamente^{8, 9, 19}. En este estudio hallamos 15 (0,1%) muestras con diagnóstico de células atípicas de significado indeterminado, porcentaje menor al encontrado por Eodor, Valer y Alterio quienes reportaron 1,31%, 4,0% y 10% respectivamente^{20, 21, 22}. Nuestra baja proporción en relación a otros autores, nos podría indicar, que el personal encargado de hacer el diagnóstico no tuvo muchas dificultades para la interpretación de las muestras según el Sistema Bethesda. Sin embargo, cabe resaltar, la importancia de un mayor control de estas pacientes, ya que no se debe descartar el riesgo individual de cada mujer con este hallazgo.^{23, 24, 25}

Las lesiones pre-malignas de cáncer de cuello uterino, según el Sistema Bethesda, se catalogan como Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo o Alto grado, de acuerdo a los cambios morfológicos que se observen en la citología cervico-uterina^{8,19}. Nosotros observamos que la proporción de mujeres con citología anormal, es decir, con lesiones precancerosas fue de 1,04% (178 casos). Similares resultados a nivel internacional fueron obtenidos por Castillo²⁶ (República Dominicana-2005) y Tafurt²⁷ (Colombia-2007) con 1,8% y 2,0% respectivamente; y en el Perú, Merejildo y col²⁸ en Lambayeque (2009) reportaron 1,5%. Sin embargo, mayores prevalencias también se encontraron a nivel nacional, como lo reportado por Valer²¹ en Lima Metropolitana (5%), y Mengole²⁹ en Chosica, Lima (7,6%). Así mismo, en Latinoamérica, Dávila³⁰ (Venezuela-2010), López³¹ (Colombia-2010), Amorin³² (Brasil-2012), Alterio³³ (Venezuela-2007) y Grisales³⁴ (Colombia-2008) mostraron proporciones superiores con 4%, 4,7%, 10,5%, 12,4% y 15,8%, respectivamente. Según la revisión bibliográfica ejecutada por el grupo investigador, no se han encontrado estudios publicados que hayan sido realizados en el departamento de Ica, que indiquen la frecuencia de mujeres con estas lesiones o con cáncer de cuello uterino. Pese a que la proporción de lesiones premalignas no es inferible a nuestra Región, es importante porque sirve como referencia para próximos estudios locales.

En relación al tipo de lesión premaligna, nosotros encontramos que la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG) fue la de mayor frecuencia, representando el 0,71% del total de la población en estudio, seguido por la lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG) con 0,33%. Con respecto a las lesiones de bajo grado en nuestro país, Merejildo y col²⁸ muestran resultados

semejantes, quienes hallaron una proporción de 0,57%. No obstante, mayores cifras también fueron encontradas en el Perú por Mengolé²⁹ (5,3%). A nivel internacional, Ahmed³⁵ en Nigeria (2013) halló 11,1% de estos resultados. En relación a las lesiones de alto grado, superiores porcentajes son reportados por Ahmed³⁵ (4,6%) y Mengolé²⁹ (2,3%). La mayor proporción de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado en comparación a las de alto grado que observamos en la Región de Ica, podría resultar ventajosa, debido a que estas lesiones por ser de bajo grado presentan una regresión en un 70 - 80% de los casos, y solo un 11% progresa a carcinoma in situ y el 1% a cáncer invasor, a diferencia de las lesiones intraepiteliales de alto grado cuya frecuencia de regresión es probablemente inferior al 20%^{7, 36, 37}. Esto sugiere la probabilidad que, al proponer medidas para su detección temprana, se podría orientar oportunamente a las mujeres afectadas hacia servicios de diagnóstico definitivo y recibir el tratamiento oportuno para incrementar las probabilidades de curación.

Recalcamos que la especificidad del resultado citológico aumenta con un adecuado muestreo cérvico-uterino²⁷, que es el punto de partida de todo este proceso. Palpa fue la provincia en la que se encontró, la mayor proporción de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado, y en la que además, no se observó ninguna muestra insatisfactoria para evaluación. Esto nos podría sugerir, que el personal de salud que labora en Palpa tiene mejor técnica de muestreo en relación a los que trabajan en las demás provincias. Además, es importante destacar, que Palpa tuvo la mayor proporción de lesiones intraepiteliales, pese a que su muestra fue 4 veces menor que la de Ica. Esto podría deberse, a que las acciones de prevención para el cáncer del cuello uterino

no estarían siendo eficientes; ya que probablemente las mujeres de dicha provincia acudieron a los establecimientos de salud sólo, cuando presentaron algún síntoma ginecológico; lo cual, se relaciona con la progresión de la enfermedad.³⁸, como lo reportado por García, quien encontró que el 63% de las pacientes con cáncer de cuello uterino, llegaron al consultorio por alguna manifestación clínica sin haberse realizado algún Papanicolaou previo¹¹.

Son muchos los factores que están involucrados en el desarrollo del cáncer de cuello uterino, dentro de ellos se implica a la edad, estableciéndose que la presencia de este tipo de neoplasia maligna incrementa en forma directa a la años de vida.^{4,39} Con respecto a la proporción de citología anormal y el grupo etáreo, se observó un aumento gradual de las lesiones intraepiteliales de alto grado por década de vida; observando que, las mujeres con edades mayores o iguales a 51 años tienen un riesgo 10 veces mayor que las mujeres menores de 31 años. Éste resultado es congruente con lo encontrado por Mátéu⁴⁰ quien sostiene que la incidencia más elevada del cáncer de cuello uterino está entre los 40 a 60 años, con un promedio de 45 a 55 años. Nuestras cifras, corroboraría los estudios que indican que las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado tienen mayor importancia en la población de mayor edad.^{6,38,39}

Nuestra baja prevalencia de citología anormal en las mujeres con edades menores o iguales a 30 años (0,46%), resultaría alentador en comparación al porcentaje encontrado por Valderrama en Lima, en el año 2001, quien halló 2,49% de resultados patológicos en mujeres con edades comprendidas entre 18 y 26 años.⁴¹ Esto podría deberse a las nuevas estrategias de prevención y control

del cáncer que el Estado Peruano ha implementado en nuestro país desde el año 2006, para disminuir la incidencia, mortalidad y morbilidad del cáncer⁴², cobertura que se ha venido incrementando paulatinamente, debido a que las jóvenes peruanas inician sus relaciones sexuales a temprana edad, aproximadamente a los 13 años⁴³.

Otro de los factores de riesgo asociados a este cáncer es el uso de anticonceptivos orales, que aunque es controvertido, se cree que el uso prologando de ellos en presencia del VPH condicionaría a un mayor riesgo de lesión intraepitelial.^{1,3,27,39} y aumenta hasta 4 veces el riesgo de carcinoma invasor de cérvix, aunque este riesgo disminuye progresivamente con el tiempo desde el cese de su uso.²⁷ Esto se contrapone a nuestros resultados, ya que pese a que el uso del método anticonceptivo, en nuestra investigación, no mostró significancia alguna en relación al resultado citológico; se observó que las menores proporciones de lesiones premalignas, se encontraron en aquellas mujeres que utilizaron el DIU y los anticonceptivos orales. Sin embargo, sí se correlaciona con lo publicado por La Sociedad Americana del Cáncer, quien reporta que uso del DIU se asocia a un menor riesgo de cáncer de cuello uterino.¹ Si bien, la evidencia para asociar estos métodos de anticoncepción con el desarrollo de este tipo de neoplasia no son completamente consistentes³⁹, se plantea la posibilidad de realizar trabajos de investigación que estudien esta hipótesis en nuestra localidad.

En el reporte de la citología según el Sistema Bethesda, también incluye información sobre la lectura inflamatoria del extendido cervical, la que se evalúa

por medio de la presencia de leucocitos, y cuyo grado queda a criterio del responsable de la interpretación de la muestra^{8, 16, 19}. En relación del componente inflamatorio y la presencia de lesiones premalignas, en nuestra investigación se observó, un incremento de dichas lesiones con una moderada y severa reacción inflamatoria; lo que posiblemente indicaría, que la severidad de la inflamación se comportaría como un factor de riesgo para el desarrollo de lesiones precancerosas. Esto podría explicarse con el estudio de Seckin, quien informó que las pacientes que presentaban citología inflamatoria sin atipia persistente, luego del tratamiento, tenía un incremento de la presencia de VPH; planteando la hipótesis que, las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino podrían manifestarse por la presencia de células inflamatorias en las fases más tempranas de la enfermedad.⁴⁴

La citología inflamatoria además podría estar asociada a procesos infecciosos inespecíficos del cérvix, o secundarios a infecciones del tracto genital inferior, por *C. trachomatis*, *Candida Albicans*, *Trichomonas Vaginalis*, *Vaginosis Bacteriana*, *Virus del Herpes Simple* y VPH; así como también a la presencia del DIU⁴⁵. Con respecto al VPH, en nuestro trabajo solo obtuvimos 2 casos (0,2%), difiriendo del trabajo de Dávila quien obtuvo un mayor porcentaje de esta (4%)³⁰. Esto se podría explicar con estudios que refieren que, la infección por el VPH puede afectar aproximadamente al 10% de las mujeres sin alterar su citología y solo mostrar una severa reacción inflamatoria⁴⁶. Por lo tanto, algunos autores consideran la utilidad de la citología inflamatoria como predictor de lesión premaligna para cáncer de cuello uterino, recomendando que frente al reporte de una citología cervical inflamatoria persistente y una vez descartados posibles

agentes biológicos, químicos o físicos como responsables de la inflamación, se debe realizar un seguimiento citológico o colposcopia más biopsia de la población en riesgo para detectar de manera temprana la progresión de lesiones intraepiteliales escamosas, debido a que se encuentran anomalías en la biopsia desde un 20% hasta un 70%²⁷.

En las pacientes que presentaron metaplasia en el frotis cervicovaginal, se observó un mayor riesgo de presentar un resultado citológico anormal con un 3,20% tanto en las lesiones intraepiteliales de bajo grado como alto grado. Como ya se ha investigado, la infección por el virus del papiloma humano es un factor de riesgo que interviene en la historia natural del cáncer, y que uno de su mecanismo patológicos es infectar a las células metaplasicas inmaduras, que podría causar alteraciones en la regulación de la multiplicación celular, al incorporar su ADN y producir una infección persistente, degenerando en cambios que causarían lesiones precancerosas y evolución a carcinoma⁴⁷.

Existe una relación directamente proporcional entre la presencia de metaplasia y la severidad de la inflamación, observándose una mayor frecuencia de metaplasia conforme aumenta el grado de reacción inflamatoria, comportándose ésta como un factor de riesgo para su desarrollo. No se encontró referencias bibliográficas que expliquen este hecho.

En nuestro trabajo también se observa que la infección por Vaginosis Bacteriana y Mobiluncus se comportan como un factor de riesgo para la presencia de reacción inflamatoria; mientras que la infección por Gardnerella Vaginalis se

comportaría como un factor protector. Esto se contrapone a lo publicado por Tafur quien publica una mayor frecuencia de reacción inflamatoria con *Gardnerella vaginalis* (24,6%). Por otro lado León y Bosques sostiene que la *Gardnerella vaginalis* es detectada en el 50% de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar asociada fuertemente con el cáncer de cuello uterino. Esto podría explicarse por un componente estructural importante, la N-cadherina/catenina, en la adhesión de las células epiteliales, la cual, bajo determinadas condiciones, la β -catenina puede ser liberada de este complejo uniéndose a determinados factores de transcripción en el núcleo de las células que estimulan la expresión de genes que regulan la apoptosis y el ciclo celular, contribuyendo a la transformación maligna de la células⁴⁸.

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

- El Cáncer cérvico-uterino sigue siendo un problema de Salud Pública muy importante, aunque destacamos una baja proporción en nuestro medio en comparación con otras ciudades.
- La infección por el Virus del Papiloma Humano también se reporta en la Citología en una mínima proporción, por lo que se recomienda que se utilicen otros métodos de diagnóstico para el descarte de VPH como las pruebas serológicas, la cual complementaría el estudio y aumentaría la sensibilidad diagnóstica, lo que repercutirá en una disminución de la incidencia de este tipo de cáncer.
- Se recomienda que para futuros trabajos de investigación afines al tema, se considere la correlación cito-histológica de las muestras de las pacientes con diagnóstico sospechoso de malignidad, para el diagnóstico definitivo.
- Se recomienda estudios de casos y controles para comprobar si el grado de reacción inflamatoria se comporta como un factor de riesgo para cáncer de cuello uterino.
- Se sugiere realizar trabajos de investigación que tengan como objetivo identificar factores de riesgo asociados al cáncer de cuello uterino en Palpa, por ser en nuestro trabajo, la provincia con mayor proporción de lesiones premalignas.
- Reforzar la prevención primaria realizando labores preventivo-promocionales de cáncer de cuello uterino, en los diferentes niveles de atención de Salud, enfocando principalmente a la población más vulnerable como asentamientos humanos, pueblos jóvenes, entre otros. Además, se debe orientar a la

población sobre la vacunación contra el cáncer de cuello uterino en niñas de 9 a 14 años según directivas del Ministerio de Salud.

- Promover la prevención secundaria, realizándose no solo la técnica de Papanicolaou, sino también la Inspección Visual con Ácido Acético y Lugol, ya que son altamente sensibles en comparación al Papanicolaou que es más específico para estas lesiones premalignas del cuello uterino.
- Difundir el Plan Nacional para el Fortalecimiento y Control del Cáncer del Cuello Uterino en el Perú 2006-2016, que se está realizando en este hospital a la población de 39 a 65 años, con la toma de Papanicolaou, inspección visual con ácido acético, colposcopia y mamografía en forma gratuita, para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- Aunque en nuestro trabajo se reportó poco uso del método anticonceptivo oral, no se debe subestimar el riesgo de estas mujeres de presentar cáncer de cuello uterino por lo que se recomienda hacer seguimiento, más aun sabiendo la relación estrecha que existe entre ellas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Americana de Cáncer. Cáncer de cuello uterino. 2013; 1-73.
Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
2. Cruz I, Sanabria J, Llanuch L, Crespo A, Paredes I, Matos A. Lesiones premalignas del cuello uterino. Etiología y prevención. Primer congreso virtual de ciencias morfológicas. Universidad de ciencias Médicas de Pinar del Río 2012. Disponible en:
<http://www.morfovvirtual2012.sld.cu/index.php/morfovvirtual/index/pages/view/cancercuello>.
3. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Prevención del Cáncer Cérvico-uterino. 2004. Disponible en:
http://screening.iarc.fr/doc/RH_risk_factors_fs_sp.pdf.
4. IX Curso de Experto Universitario en Epidemiología y nuevas tecnologías aplicadas. (año). Virus del papiloma Humano y cáncer de cuello de útero. Disponible en:
http://sameens.dia.uned.es/Trabajos11/Trab_Publicos/Trab_2/Garcia_Castro_2/modelo%20unicausal%20determinista.htm.
5. Rodríguez O, Pichardo R, Escamilla G, Hernández, Marcelino. Estudio de la patología citológica del cérvix. Perinatol. Reprod. Hum. 2009; 23 (1): 12-17.
6. Álvarez J. Manual De la Clínica de Detección Temprana. Patología Cervical. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. Disponible en:
<http://portal.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/componenteca>.

ncer/MANUAL%20DE%20LA%20CLINICA%20DE%20DETECCION%20TEMP
RANA%20COLPOSCOPIA.pdf

7. Borré, O y Redondo, C. Patología Premaligna y Maligna de Cérnix. Colombia: E.S.E. Clínica de Maternidad Rafael Calvo C, 2009. Disponible en: http://www.maternidadrafaelcalvo.gov.co/protocolos/PROTOCOLO_PATOLOGIA_PREMALIGNA_Y_MALIGNA_DE_CE.pdf

8. La Cruz C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolaou a Bethesda 2001). Rev. Esp. Patol. 2003; 36 (1): 5-10. Disponible en: <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/pdf%20patologia%2036-1/36-1-02.pdf>

9. López J, Hernández A, Gutierrez P, Platón J. Nomenclatura de las lesiones precursoras del cáncer cervico uterino. Rev Sanid Milit Mex. 2006; 60(6) : 406-410. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2006/sm066g.pdf>

10. Estrada L. Sistema Bethesda, diez años después. Archivos médicos de actualización en tracto genital inferior. 2012; 3 (6): 1 -10. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi126c.pdf>

11. García G, Pachón J, Meneses C, Ronald S. Cáncer de Cuello uterino: experiencia durante un período de seis años en un hospital universitario colombiano. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol 2007; 58(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195214321004>

12. Lazo E, Aguilar F. Relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del Hospital II-2 Tarapoto. Enero-Julio 2011. [Trabajo para obtener

el título profesional de Obstetra] Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. 2012

13. Solis N. conocimientos, actitudes y prácticas hacia la toma del Papanicolaou en mujeres del AAHH Tangay-Nuevo Chimbote, 2013. [Trabajo para obtener el título profesional de Obstetra]. Universidad Católica Los Ángeles Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud. 2013

14. Lewis MJ. Análisis de la Situación del Cáncer Cérvicouterino en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2004. Disponible en: <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-ccsit-lac.pdf>

15. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville. Evaluation of cervical cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: January 1999 (5).

16. Pallarés J, Buetas P y Gonzáles S. Utilidad de la citología cervical en el diagnóstico temprano del cáncer de cérvix. El Sistema Bethesda 2001. JANO. 2006; 1 (6):45-48

17. Avila D y Plaza W. Frecuencia y tipo de lesiones cervico-uterinas en las mujeres de 20 a 60 años de edad de la Parroquia El Valle, atendidas en el Programa de Detección Oportuna de Cáncer Cervico-Uterino. [Trabajo para Obtener el Título de Médico Cirujano]. Universidad del Azúlay. Facultad de Medicina. 2011

18. Grande A. Factores que inciden en el reporte de muestra inadecuada de la citología cervical. [Trabajo para Obtener el Posgrado de Especialista en Medicina Familiar]. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2013

- 19.Solomón D, Nayar R. El Sistema Bethesda para informar la citología cervical. Definiciones, criterios y notas aclaratorias. Buenos Aires: Journal, 2006.
- 20.Fodor M, Nasio, C y Alonso E. Citología cérvico-vaginal: implicancia de la interpretación citológica de atipia de células escamosas (ASC). Rev. Med. Rosario. 2009; 75(1): 55-59
- 21.Valer V, Jara D, Asmat G y Tello D. Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima periférica. AnFacMed Lima. 2005; 66(2): 100-106
- 22.Alterio G; Mendoz I, Mendoza R, Peraza E, Pérez H, et al. Hallazgos citológicos y factores de riesgo para patología preinvasora e invasora de cuello uterino. Área de influencia del ambulatorio urbano tipo II "Dr. Rafael Pereira". Barquisimeto, Estado Lara (Venezuela). Medigraphic. 2007; 8(3): 1-23.
- 23.Solomon D. Comparison of three management strategies for patients with Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance: Baseline results from a randomized trial. J. Nat. Cancer Inst. 2001; 93(4):293-299.
- 24.Gonzáles M. Patología cervical y el reporte de ASCUS en la citología. Rev Colomb Obstet y Ginecol. 2003;54 (3).
- 25.Pperlaza G, Amaya J y Najaro E. Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial de cérvix en pacientes con diagnóstico de atipia escamosa de significado indeterminado (ASCUS) , en una institución de complejidad media en Bogotá, Colombia. Rev Colomb Obstet y Ginecol. 2007; 58 (2): 124-128
- 26.Castillo, Luis; Henry, Luis; Espinal, Sindy; Vargas, Osvaldo y Severino, Edwin. Hallazgos citológicos en pruebas de papanicolau, en el Departamento

de Infección de Transmisión Sexual en San Pedro de Macorís. Rev.Med. Dom. 2007; 68 (1): 70-72

27.Tafurt-Cardona, Yaliana, Acosta-Astaiza, Claudia; Sierra-Torres, Carlos. Prevalencia de citología anormal e inflamación y su asociación con factores de riesgo para neoplasias del cuello uterino en el Cauca, Colombia. Rev. Salud pública 2012; 14 (1): 53-66

28.Merejildo M, Linares V, Alvarado L, Miraval M y Carpio W. frecuencia de lesiones intraepiteliales y cáncer cérvico uterino mediante el método de Papanicolaou en la DIRESA Lambayeque, 2005-2009. Libro de Resúmenes IV Congreso Científico Internacional del Instituto Nacional de Salud. 2010; 1: 24

29.Mengolé P y Mengolé T. Diagnóstico citológico cervico-vaginal por el Sistema Bethesda en el Hospital "José Agurto Tello" de Chosica. [Trabajo para Obtener el Grado de Técnico en Laboratorio Clínico]. Instituto Superior Daniel Alcides Carrión; 2011

30.Dávila, Beatriz; Leal, Rosangel; López, Luisana; Maya, Rosymar; Mendoza, Angélica y Mora, Katty. Alteraciones citológicas y algunos factores de riesgo para patología de cuello uterino en pacientes mayores de 15 años. Ambulatorio Urbano tipo I "Santa Rosa". Municipio de Iribarren Estado Lara, Diciembre 2009-mayo 2010. Barquisimeto: Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado".

31.López, Omar; Peña, Jaime; Paternina, Victor; Pinedo, Luis. Prevalencia de anormalidades citológicas del cuello uterino en pacientes atendidos en el centro de atención Primaria (CAP) de la Esperanza, Cartagena – Colombia, de Enero – Diciembre de 2010. Duazary 2011; 8 (2): 143-149

32. Amorín, Paula; Gomes, Samila; Maia, Diego; Oliveira, Ana; Kelve de Castro; et al. Presencia de lesiones intraepiteliales de alto grado en las mujeres privada de la libertad: Estudio documental. Rev latino-am enfermagem. 2012; 20(2):1-9
33. Alterio G; Mendoz I, Mendoza R, Peraza E, Pérez H, et al. Hallazgos citológicos y factores de riesgo para patología preinvasora e invasora de cuello uterino. Área de influencia del ambulatorio urbano tipo II "Dr. Rafael Pereira". Barquisimeto, Estado Lara (Venezuela). Medigraphic. 2007; 8(3): 1-23.
34. Grisales, Hugo; Vanegas, Ángela; Gaviria, Ángela; Castaño, Jorge; Mora, Martín; et al. Prevalencia de anomalías de células epiteliales y factores asociados en mujeres de un municipio rural colombiano. Biomédica. 2008;28(1): 271-283
35. Ahmed S, Ayuba H, Maiangwa A, Vakkai V, Dashe D, Joel R et al. Prevalence of Squamous Intraepithelial Lesions of the Cervix in Jalingo, Nigeria. African Journal of Cellular Pathology. 2013; 1(1): 19-22
36. Serman, Felipe. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus del papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. Rev chil obstet ginecol. 2002; 67(4): 318-323
37. Sanduy M, Martínez Y, Vasallo R, De Armas M, Sabatier C, Herrera B. Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. Ginecol Obstet Perú. 1998; 44(2): 97-100.
38. Hernandez R. perfil epidemiológico y clínico del cáncer de cuello uterino. Estado actual de la histerectomía radical en el Servicio de Ginecología del

- Hospital Edgardo Rebagliati Martinis. [Tesis para optar Título de Especialista en Gineco-Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2002
39. Ortiz R, Uribe CJ, Díaz LA, Dangond YR. Factores de Riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev. Colomb. Obstet. Ginecol 2004; 55(2): 146-160
40. Mateu-Aragón J. Epidemiología del cáncer cervical. En: Cáncer del cuello uterino. Barcelona: Jims; 1982.p.51-74
41. Valderrama M. Factores asociados a lesiones cervicales uterinas y/o presencia del virus del papiloma humano, en estudiantes con educación superior. Lima – 2001. [Tesis para optar el Grado Académico de Magister en Obstetricia]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005
42. Coalición Multisectorial “Perú contra el Cáncer”. Plan Nacional para el fortalecimiento de la Prevención y Control del Cáncer en el Perú. Lima. 2006
43. Inicio de relaciones sexuales en el Perú es a los 13 años [en línea]. Lima: Perú Información; 2007. [Fecha de acceso 29 de noviembre del 2012]. URL disponible en: <http://postperu.blogspot.com/2007/08/inicio-sexual-en-el-per-es-los-13-aos.html>
44. Seckin N, Turhan N, Özmen S, Ersan F, Avsar F, Ustun H. Routine colposcopic evaluation of patients with persistent inflammatory cellular changes on Pap smear. Int J Gynaecol Obstet. 1997; 59:25-29.
45. Hernando D, Rubio J, Eslava J. Asociación de la citología cervico-vaginal inflamatoria con la lesión intraepitelial cervical en pacientes de una clínica de Salud Sexual y Reproductiva en Bogotá, Colombia 1990-2003. Rev Salud Pública. 2004; 6(3): 253-269
46. Rodríguez ER, Cerda RM, Solís NP, Quiñones JM, Cortés EI. Identification and typification of the human papilloma virus in women using the “Timely

Detection of Cancer" program in Durango, Mexico. Ginecol Obstet Mex. 2003;
71:471-5

47. Sellors J y Sankaranarayann R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. OPS. 2003

48. León G y Bosques O. Infección por el Virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005; 31 (1)

FORMATO 1A
PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, DETECCIÓN: PAPANICOLAOU
REGISTRO GENERAL: SOLICITUD Y RESULTADO DE CITOLOGÍA

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE ICA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: ----- DISA: ----- FECHA: -----

DEPARTAMENTO: ----- DISTRITO: ----- LOCALIDAD -----

| N° ORDEN | SERÁ LLENADO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | | | SERÁ LLENADO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | | | RESULTADO | |
|----------|---|---------------------|-----------|------|---|----------------------|-----------------------------|-----------|----------------|
| | D.N.I. N° | NOMBRES Y APELLIDOS | DIRECCIÓN | EDAD | FUR | FECHA DE TOMA DE PAP | DX. GINECOLÓGICO (GESTANTE) | | ANTICONCEPTIVO |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

(*) Colocar la letra Regm lapicero
 Rojo en 2ª muestra

V. ANTICONCEPCION
 01 NEGATIVO
 1 ACC
 2 ACC
 3 INYECTABLE
 4 BARRERA
 5 RITMO
 5 ADV

IWA4
 0 NO SE HIZO
 1 POS TIVO
 2 NEGATIVO

Anexo N°2
EXAMEN DE PAPANICOLAU
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLÍNICA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
FICHA DE EXAMEN CITOLÓGICO
(SISTEMA DE BETHESDA MODIFICADO)

Procedencia : _____ Nº Reg : _____
 Nombre : _____ Edad : _____
 Serv. : _____

- 1.- Calidad de Muestra
- Adecuada ()
 - Adecuada pero limitada por falta de:
 - Edad ()
 - Fecha de última regla ()
 - Inadecuada ()

- 2.- Categorización de la muestra
- Dentro de límites normales ()
 - Citología anormal ()

DESCRIPCIÓN DE LAS ALTERACIONES

1.- Cambios asociados a infección por: _____

2.- Cambios reparativos y reactivos por: _____

3.- Epitelio anormal:

- a) Escamoso
- Células epiteliales atípicas de significado indeterminado (ASCUS) ()
 - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado ()
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado
 - i. PVH con atipias ()
 - ii. NIC 2 o displasia moderada ()
 - iii. NIC 3 o displasia severa, CIS ()
 - Carcinoma ()

- b) Glandular
- Células endometriales citológicamente benigna en mujer postmenopausica ()
 - Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGCUS) ()
 - Células endometriales con lesión ()
 - Células de adenocarcinoma ()

- 4.- Impresión hormonal
- Patrón hormonal compatible con la edad y la información clínica ()
 - Patrón hormonal no compatible con la edad y la información clínica ()
 - Valoración hormonal no posible por falta ()

5.- Conclusión diagnóstica