



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE
TECNOLOGÍA MÉDICA**

**ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO
Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**“PREVALENCIA DE LESIONES PRE MALIGNAS Y
MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES
DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE
DE HUANCAYO EN EL AÑO 2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE LABORATORIO
CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

BACH. LILIANA MIRIAM PAUCAR SAENZ

ASESOR:

LIC. SILVANA MUNAYCO CORONADO

Lima, Perú

2017

HOJA DE APROBACIÓN

LILIANA MIRIAM PAUCAR SAENZ

**“PREVALENCIA DE LESIONES PRE MALIGNAS Y MALIGNAS
DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL
NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE DE HUANCAYO EN EL
AÑO 2016”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del Título de Licenciado en Tecnología Médica en el área de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica por la Universidad Alas Peruanas

LIMA – PERÚ

2017

Se dedica este trabajo:

A DIOS por darnos la vida lleno de bendiciones teniendo un gran amor para sus hijos.

A mis padres por inculcarnos a tener principios y valores asimismo por su apoyo incondicional que cada día quiere vernos crecer y avanzar hacia el futuro.

A mis maestros por brindarnos sus enseñanzas y sus exigencias para aprender y ser un profesional competitivo.

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis:

A los maestros que nos guiaron a construir mi tesis.

Al Dr. Edison Suarez Buitrón especialista en el área de anatomía patológica por contribuir y analizar mi tesis

A mis padres y colegas por sus exigencias a terminar la tesis

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016.

Material y Métodos: Se realizó un estudio Retrospectivo, descriptivo de tipo transversal, se estudió 473 pacientes con lesión pre maligna y maligna del cuello uterino se obtuvo a partir de historia clínica se realizó con fichas de recolección de datos del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo durante el año 2016.

Resultados: Las edades oscilaban entre 12 a 95 años, la edad media fue de 42,7 el grupo etario más afectado fue el de 36 a 55 años que representa 46,7%. Se encontraron 473 casos de los pacientes lo cual la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino representa 2,6%. Las lesiones premalignas presentaron la mayor prevalencia con casos de 95,8% y lesión maligno 4,2%, dentro de la lesión pre maligna LIE bajo grado 26,8%, LIE alto grado 15,0%, ASCUS 39,1%, ASC-H 14,8%, carcinoma escamoso 4,0% y adenocarcinoma 0,2%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en el presente estudio guardan coincidencias con los reportados en otros estudios y lo descrito en la literatura médica, sin embargo, es importante la realización de otros estudios de mayores proporciones para determinar la frecuencia de estas lesiones en nuestro medio.

Palabras Clave: Prevalencia, lesiones, cuello uterino, premalignas, malignas

ABSTRACT

Objective: to determine the prevalence of premalignant and malignant cervical lesions in patients of the National Hospital Ramiro Priale Priale de Huancayo in 2016.

Material and Methods: We conducted a retrospective, descriptive study of transverse type, we studied 473 patients with premalignant and malignant cervical lesion was obtained from clinical history was done with data collection fiches from the National Hospital Ramiro Priale Priory of Huancayo during the year 2016.

Results: The ages ranged from 12 to 95 years, mean age was 42.7, the most affected age group was 36 to 55 years, representing 46.7%. 473 cases of patients were found, and the prevalence of premalignant and malignant cervical lesions was 2.6%. Premalignant lesions presented the highest frequency with cases of 95.8% and malignant lesion 4.2%, within the premalignant lesion LIE under grade 26.8%, LIE high grade 15.0%, ASCUS 39.1%, ASC -H 14.8%, squamous carcinoma 4.0% and adenocarcinoma 0.2%.

Conclusions: The results obtained in the present study coincide with those reported in other studies and what is described in the medical literature, however, it is important to carry out other studies of greater proportions to determine the frequency of these lesions in our environment.

Key words: Prevalence, lesions, cervix, premalignant, malignant.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	01
HOJA DE APROBACIÓN.....	02
DEDICATORIA.....	03
AGRADECIMIENTO.....	04
RESUMEN.....	05
ABSTRACT.....	06
ÍNDICE.....	07
LISTA DE TABLAS.....	08
LISTA DE GRÁFICOS.....	09
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento del Problema.....	11
1.2. Formulación del Problema.....	14
1.2.1. Problema General.....	14
1.2.2. Problemas Específicos.....	14
1.3. Objetivos.....	15
1.3.1. Objetivo General.....	15
1.3.2. Objetivos Específicos.....	15
1.4. Justificación.....	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Bases Teóricas.....	18
2.2. Antecedentes.....	44
2.2.1. Antecedentes Internacionales.....	44
2.2.2. Antecedentes Nacionales.....	49
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Diseño del Estudio.....	54
3.2. Población.....	54
3.2.1. Criterios de Inclusión.....	54
3.2.2. Criterios de Exclusión.....	55
3.3. Muestra.....	55
3.4. Operacionalización de Variables.....	55
3.5. Procedimientos y Técnicas.....	56
3.6. Plan de Análisis de Datos.....	57
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados.....	58
4.2. Discusión.....	74
4.3. Conclusiones.....	76
4.4. Recomendaciones.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS.....	82
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	88

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1: Prevalencia de lesiones del cuello uterino.....	58
Tabla N° 2: Prevalencia de tipos de lesiones del cuello uterino.....	59
Tabla N° 3: Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas.....	60
Tabla N° 4: Distribución de muestra según edad.....	61
Tabla N° 5: Distribución de muestra según procedencia.....	62
Tabla N° 6: Distribución de muestra según menarquia.....	63
Tabla N° 7: Distribución de muestra según I.R.S.....	64
Tabla N° 8: Distribución de muestra según histerectomía.....	65
Tabla N° 9: Distribución de muestra según paridad.....	66
Tabla N° 10: Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según edad.....	67
Tabla N° 11. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según procedencia.....	68
Tabla N° 12. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según menarquia.....	69
Tabla N° 13. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según I.R.S.....	70
Tabla N° 14. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según paridad.....	71
Tabla N° 15. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según histerectomía.....	72

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico N° 1: Prevalencia de lesiones del cuello uterino.....	59
Grafico N° 2: Prevalencia de tipos de lesiones del cuello uterino.....	60
Grafico N° 3: Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas.....	61
Grafico N° 4: Distribución de muestra según edad.....	62
Grafico N° 5: Distribución de muestra según procedencia.....	63
Grafico N° 6: Distribución de muestra según menarquia.....	64
Grafico N° 7: Distribución de muestra según I.R.S.....	65
Grafico N° 8: Distribución de muestra según histerectomía.....	66
Grafico N° 9: Distribución de muestra según paridad.....	67
Grafico N° 10: Frecuencia de lesiones pre malignas y malignas según edad...68	
Grafico N° 11. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según procedencia.....	69
Grafico N° 12. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según menarquia.....	70
Grafico N° 13. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según I.R.S.....	71
Grafico N° 14. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según paridad.....	72
Grafico N° 15. Prevalencia de lesiones pre malignas y malignas según histerectomía.....	73

INTRODUCCION

Las lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes tamizadas, 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. 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.

Dado que las lesiones pre malignas y malignas está yendo en aumento de forma alarmante siendo el principal factor de riesgo el Virus del Papiloma Humano involucrado en este tipo de lesiones y por ende ocurre complicaciones tardías como son metástasis y muerte, que implica un gasto mayor en el servicio de salud, porque requieren manejo conservador quirúrgico y en ocasiones tratamiento radical, Actualmente, en nuestra país no existen estadísticas como la Organización Mundial de Salud de lesión pre malignas y no conociendo la frecuencia real en nuestro medio se realizara el presente estudio.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema:

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). 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: las tasas más altas están en las regiones del Este Africano, específicamente en Zimbabwe y Uganda, con tasas de incidencia estandarizada por edad (TEE) de 47.3 y 45.8 casos por 100,000 mujeres respectivamente; 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. En cuanto a mortalidad tenemos una estimación de 275 mil muertes en el año 2008 a nivel

mundial. Las tasas de mortalidad más altas se encuentran en el continente africano y en el sudeste asiático 21.7 y 13.7 por 100,000 mujeres respectivamente; y las tasas de mortalidad más bajas se encuentran en la región del medio oriente y norte de África (3.0 por 100,000) (1).

La prevalencia para las lesiones de alto grado se estima que es del 1,1% mientras que el total de las citologías anormales se calcula del 4,4%. La incidencia estimada de carcinoma in situ en los Estados Unidos es de 55 casos por cien mil mujeres al año y la de carcinoma invasor en el conjunto de países desarrollados se estima en 15 casos nuevos por cien mil mujeres al año. La incidencia de carcinoma invasor en países en desarrollo se estima en 16,6 casos por 100.000 mujeres al año. Finalmente, la supervivencia media de los casos de carcinoma invasor es de 10 años en los países desarrollados y de 5 años en los países en desarrollo. Para la población de los 25 países integrantes de la comunidad europea en 2005, las cifras correspondientes serían de 195 millones de mujeres mayores de 15 años dando curso a: a) 15,5 millones de mujeres portadoras de ADN de VPH, b) 2 millones de mujeres con CA, c) 2 millones con lesiones LSIL, d) 95.000 mujeres con lesiones HSIL, y e) 33.000 casos nuevos de carcinoma invasor.

En la población española, las estimaciones generadas a partir de muestras poblacionales de la región de Barcelona indicarían un rango en la prevalencia de ADN viral del 1,3-5%, lo cual correspondería a unas 350.000 - 900.000 mujeres portadoras. Entre 175.000 y 350.000 mujeres serían portadoras de CAS, un número equivalente serían portadoras de

LSIL y existirían entre 8.500 y 9.000 casos de mujeres afectadas por HSIL. La incidencia de carcinoma invasor en España está estimada en 2.103 casos nuevos para el año 2002 con una mortalidad aproximada de 739 casos por año (2).

En América Latina, es la tercera neoplasia maligna más frecuente en mujeres, con 24 casos por 100,000 mujeres; se ubica también en segundo lugar en importancia en mortalidad. En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, en general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que varían entre 5 y 10 casos por 100,000 mujeres, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que en Estados Unidos, el cáncer de cuello uterino alcance tasas de sobrevivencia en estadios iniciales de 93% en las mujeres de raza blanca y 84% en mujeres afro americanas.

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.

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. 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 (1).

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General:

¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016?

1.2.2. Problemas Específicos:

- ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la edad?
- ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el lugar de

procedencia?

- ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la menarquia?
- ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el inicio de relación sexual?
- ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la paridad?
- ¿Cuánto es la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la histerectomía?

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo General:

Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la edad.
- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el lugar de procedencia.
- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el inicio de relación sexual.
- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la menarquia.
- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la paridad.
- Determinar la prevalencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la histerectomía.

1.4. Justificación:

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. 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 (1).

Dado que las lesiones pre malignas y malignas está yendo en aumento de forma alarmante siendo el principal factor de riesgo el Virus del Papiloma Humano involucrado en este tipo de lesiones y por ende ocurre complicaciones tardías como son metástasis y muerte, que implica un gasto mayor en el servicio de salud, porque requieren manejo conservador quirúrgico y en ocasiones tratamiento radical, Actualmente, en nuestro país no existen estadísticas como la Organización Mundial de Salud de lesión pre malignas y no conociendo la prevalencia real en nuestro medio se realizara el presente estudio.

Con los resultados de esta investigación podría evitarse estableciendo un abordaje correcto como una capacitación de prevención temprana de las pacientes que acuden al hospital. Y de esta manera disminuir el porcentaje de lesiones premalignas y malignas para así reducir los costos de hospital y en un futuro reducir el número de muertes por cáncer cérvico uterino obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

NOMENCLATURA DE LAS LESIONES CERVICALES

SISTEMA DISPLASIA-CARCINOMA IN SITU (CIS)

Con la progresiva introducción de la citología y biopsia sistemáticas, se vio con claridad que el espectro de anomalías del epitelio cervical era mucho más amplio, siendo frecuentes otros patrones menos severos que el OS. En 1949, Papanicolaou introduce el término "displasia" en histopatología y "discariosis" en citología para designar a los mismos. Posteriormente, en 1953, Reagan (Cleveland) consagra el término en histopatología cervical al denominar a estas lesiones, menos severas que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, señalando que la mayoría de ellas, dejadas a su evolución, regresan o permanecen inalteradas por mucho tiempo. En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma

invasor, carcinoma in situ y displasia. Posteriormente, la lesión displasia fue graduada como leve, moderada, y severa o grave. Esta clasificación, utilizada tanto en material histológico como citológico, tuvo dos problemas fundamentales; por un lado, el gran desacuerdo respecto a cuándo una lesión debía ser considerada displasia grave o CIS, y por otro, el que muchos clínicos asumían que el CIS y la displasia eran dos lesiones biológicamente distintas e independientes, con distinto potencial maligno, **no requiriendo** tratamiento las lesiones displasias (3).

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (N I C - C I N)

Para solventar estos problemas, Richard (Nueva York), en 1967, propuso el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC-CIN) con tres grados progresivos (1, 2, 3), incluyéndose en el grado 3 la displasia grave y el CIS de la clasificación anterior. La ventaja principal sobre ésta es el reconocimiento de la unidad del proceso patológico, lo cual conlleva una relación con las técnicas terapéuticas. Esta clasificación ha sido considerada bastante adecuada durante más de 20 años y por lo tanto la más utilizada internacionalmente. No obstante, un número creciente de publicaciones señalaron el hecho de la sorprendentemente baja seguridad diagnóstica, tanto en material citológico como histológico, en la parte menos severa del espectro. Se sugirió, por lo tanto, que este sistema de gradación debía ser modificado y sustituido por un sistema binario que segregara los procesos con atipia celular muy discreta de aquéllos con atipia franca.

LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA (LIP-SIL)

Las razones anteriormente expuestas, junto con los avances en el conocimiento de la carcinogénesis cervical y en el diagnóstico citológico, motivaron una reunión de representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales, en el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en Bethesda (Maryland). Fruto de dicha reunión fue un nuevo sistema de nomenclatura para informes citológicos ginecológicos - Sistema o Clasificación de Bethesda— en el que se unificó criterios y se adoptaron recomendaciones que la experiencia general acumulada aconsejaba. La parte fundamental de esta nueva clasificación fue la elaboración de un sistema binario para catalogar las anomalías celulares pre neoplásicas en el extendido citológico, denominándolas lesiones intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado (LIP-SIL). El término "alto grado" incluye el CIN 2 y CIN 3 de la clasificación de Richard, y el término "bajo grado", el CIN 1 y las alteraciones celulares producidas por papiloma virus (PVH). Esta clasificación fue adoptada en 1988, mínimamente modificada en 1991, y actualizada recientemente en 2001.

Es preciso comentar que el Sistema Bethesda, aunque universalmente conocido y ampliamente utilizado, no ha sido adoptado en todos los países. Así, en Inglaterra, se sigue utilizando la nomenclatura BSCC; en los países de habla alemana, el sistema Múnich; en Australia, una modificación del propio sistema Bethesda, etc. La Sociedad Española de Citología (SEC), consciente de la necesidad de unificar criterios y considerando que son más las ventajas que aporta que los

inconvenientes que suscita, adoptó esta clasificación como su nomenclatura oficial aconsejando su utilización a todos sus miembros (3).

SISTEMA BETHESDA

Se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario taller organizado por el National Cáncer Institute de los Estados Unidos. Los participantes concluyeron que la clasificación de Papanicolaou no se considera aceptable en la práctica moderna de la citología, por cuanto no corresponde a los conocimientos actuales sobre lesiones cérvico-vaginales.

El fin principal de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico).

La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología (4).

CALIDAD DE LA MUESTRA

Satisfactoria para evaluación

Agregar un "indicador de calidad" (presencia de material de la zona de transformación, flora, etc.).

Insatisfactoria para evaluación Como:

Muestra rechazada (especificar causa), muestra procesada y examinada pero insatisfactoria por (especificar causa).

CATEGORÍA GENERAL (OPCIONAL)

Negativa para lesiones intraepiteliales o malignidad, anomalías celulares epiteliales y Otros

RESULTADO / INTERPRETACIÓN

Negativo para lesiones intraepiteliales o malignidad

Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.

Microorganismos

Trichomonas vaginalis, Organismos micóticos morfológicamente compatibles con *Cándida*, cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana, Bacterias morfológicamente compatibles con *Actinomyces*., Cambios celulares compatibles con virus herpes simplex.

Otros hallazgos no neoplásicos (es opcional el informarlos)

Cambios reactivos celulares asociados con:

Inflamación (incluye reparación típica), radiación, dispositivo intrauterino (DIU), células glandulares en estado pos histerectomía, atrofia.

Anomalías celulares epiteliales

En células escamosas

Células escamosas atípicas:

De significado indeterminado (ASC-US), no puede excluirse H-SIL (ASC-H).

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL) comprendiendo:

Displasia leve/CIN 1, PVH.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL) comprendiendo:

Displasia moderada, severa y CIS/CIN 2 y 3, Con características

sugestivas de invasión (si se sospecha invasión).

Carcinoma epidermoide.

En células glandulares

Células atípicas:

Endocervicales (NOS o especificar en comentarios), endometriales (NOS o especificar en comentarios), Glandulares (NOS o especificar en comentarios).

Células atípicas, sugestivas de neoplasia:

Endocervicales, glandulares.

Adenocarcinoma endocervical in situ.

Adenocarcinoma:

Endocervical, Endometrial, extrauterino, no específico (NOS).

Otras neoplasias malignas (especificar).

Otros

Células endometriales (en mujer mayor de 40 años) (3).

LESION PRE MALIGNA DEL CUELLO UTERINO

Los criterios histológicos para reconocer una lesión escamosa intraepitelial son de forma esquemática los siguientes:

- Sustitución del epitelio normal por células atípicas mostrando un grado variable de diferenciación y con alteraciones nucleares consistentes en: agrandamiento (cariomegalia), irregularidades de la forma y tamaño (pleomorfismo - anisonucleosis) y aumento de la cromaticidad (hipercromatismo).
- Crecimiento desorganizado con pérdida de la polaridad celular.

- Alteraciones de la actividad mitótica que ya no permanece confinada a la capa basal observándose divisiones celulares en otros estratos. Estos cambios pueden encontrarse afectando a un epitelio escamoso de diferentes tipos: maduro, metaplásico, atrófico y con cambios por PVH, lo que explica la amplia variedad de patrones morfológicos que presentan y complican su diagnóstico. Por otra parte, si afectan sólo al tercio inferior, se habla de CIN 1 o CIN-I o displasia leve; CIN 2 o CIN-II o displasia moderada, si afectan a no más de las dos terceras partes; y CIN 1(I) o displasia leve; CIN 2 (II) o displasia moderada, si afectan a no más de las dos terceras partes; y CIN 3 (III) o displasia severa/CIS, si la afectación es superior a estos dos tercios o abarca a todo el espesor del epitelio. Aunque la clasificación de Bethesda fue creada para informes citológicos, existe una tendencia creciente a su utilización en material biopsico, denominándose lesión de bajo grado al CIN 1 y lesión de alto grado al CIN 2/CIN 3. Es decir, lo mismo que en cito patología. Por lo que atañe a esta última, es conveniente saber que aunque la anormalidad nuclear (atipia) es más aparente en estratos basales, ésta se extiende a través del epitelio hasta alcanzar los estratos superficiales incluso en los casos de bajo grado. Por este motivo en las células superficiales exfoliadas se pueden identificar dichas alteraciones incluso en estos últimos casos (3).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOLÓGICAS DE LA INFECCIÓN POR PVH

Los papiloma virus (PV) son virus DNA de la familia PAPOVA, designada así al combinar las primeras letras de cada uno de sus géneros mayores

(Papiloma virus, Poliomavirus y virus Vacuolizante de los simios). Todos los PV son virus pequeños que se replican en el núcleo de las células susceptibles (epiteliales), siendo patógenos para diferentes especies de mamíferos en los que producen tumoraciones que usualmente regresan de forma espontánea. En la especie humana, los PV (PVH) producen una gran variedad de proliferaciones neoplásicas cutáneo-mucosas tales como las verrugas vulgares, las verrugas planas, los papilomas plantares, los papilomas laríngeos, la epidermodisplasia verruciforme, etc. Dentro de estas lesiones producidas por PVH se encuentra el condiloma de cérvix y vagina según demostraron Meisels y Fortin en 1976. Estos condilomas o "verrugas genitales" son transmitidas de forma venérea, ocurren generalmente en adultos jóvenes de ambos sexos y se asocian con hábitos promiscuos. Su importancia capital dentro de la patología cervical viene dada por su papel protagonista en la carcinogénesis de esta localización, habiéndose detectado la presencia de PVH tanto en lesiones precancerosas como en carcinomas invasivos.

Tipos de PVH que afectan las mucosas genitales según su riesgo oncogénico:

Riesgo bajo grado: 2, 3, **6**, 10, **11**, 13, 32, 34, 40, 42, 43, 44, 54, 70 y 74

Riesgo intermedio: **31**, **33**, 35, 39, 51, 52, 53, 58, 59, 68, 73 82

Riesgo alto: **16**, **18**, 45, 46 y 56 (3).

De esta forma, son sólo 5 tipos de PVH - 16, 18, 31, 33 y 45 los considerados responsables de la mayoría de casos de cáncer cervical, aunque con capacidad oncogénica segura se reconocen también los tipos 35, 39, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82, y, probable los tipos 26, 53 y 66.

Los diferentes aspectos clínico-histológicos de la infección genital por PVH están íntimamente ligados al ciclo vital del virus, iniciándose con su transmisión venérea alcanzando la mucosa genital. Una vez producido el contagio, el virus puede permanecer en fase latente, en la que sólo se descubre por técnicas de diagnóstico molecular sin que haya anomalías clínicas, citológicas o histológicas; o puede iniciar su réplica originando los típicos efectos citopáticos y los cambios histológicos reconocibles por citología y biopsia, con un intervalo contacto-lesión de tres semanas a ocho meses (media de tres meses). En este estadio, el virus comienza su replicación aprovechando la diferenciación propia del epitelio.

LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE BAJO GRADO (LIP-BG/L-SIL)

Comprende los cambios celulares de la displasia leve/CIN1 y los asociados a efecto citopático por PVH, aunque en ocasiones no pueden segregarse con seguridad unos de otros (3).

Cambios de CIN1 / displasia leve

Son células escamosas generalmente aisladas o en grupos poco cohesivos. El citoplasma es de tipo superficial y aspecto maduro. Las alteraciones nucleares son evidentes, aunque moderadas, tanto en forma como en tamaño. Este último es al menos tres veces mayor que el núcleo de una célula intermedia con el lógico aumento de la relación núcleo/citoplasma. Se observa también hiper cromatismo y distribución irregular de la cromatina. Puede haber ligera irregularidad de la membrana nuclear mientras que los nucléolos son pequeños o están

ausentes (3).

Cambios asociados a PVH

Los efectos citopáticos del PVH en las células escamosas cervicales son muy variados, pero únicamente se consideran específicos los dos siguientes:

Célula coilocítica

El coilocito es una célula escamosa madura, con relación núcleo/citoplasma normal, que muestra una voluminosa cavitación perinuclear de límites muy netos y de la cual recibe el nombre (koilos significa hueco o vacío en griego). El citoplasma queda así reducido a un anillo externo denso y de variable aptitud tincional (cianófila, eosinófila o anfófila). A estos cambios citoplásmicos se unen las alteraciones nucleares que comparten con el siguiente tipo celular. El coilocito se considera patognomónico de infección por PVH pero no se observa en todos los casos (figura N° 1) (3).

Célula disqueratósica

Los disqueratocitos son células escamosas queratinizadas, de mediano o pequeño tamaño, que toman un color naranja brillante y un aspecto vítreo con la tinción de Papanicolaou (orangofilia) recordando células superficiales en miniatura. Estas células comparten junto con los coilocitos las alteraciones nucleares virales. Su hallazgo tiene tanto valor como el de los coilocitos e ignorarlo supone no diagnosticar un número importante de casos (3).

Alteraciones nucleares

Aparecen tanto en células coilocíticas como en disqueratocitos y

consisten en frecuente bi o multinucleación, tamaño variable y aumentado, bordes angulados, cromatina borrosa, membrana nuclear no identificable y ausencia de nucléolos. Todo ello traduce la replicación intranuclear del PVH. Estos cambios citopáticos descritos no añaden nada sustancial al diagnóstico de LIP-BG y por lo tanto, en la clasificación de Bethesda, no es obligatorio incluirlos como "cambios por PVH" en dicho diagnóstico. No obstante, es conveniente saber que en aquellos casos en que el estudio citológico muestre este tipo de células, existe producción viral con virus completos y por lo tanto la paciente tiene capacidad infectiva. Por otra parte, algunos autores sugieren que el diagnóstico de lesión de bajo grado debería acompañarse de la siguiente nota: "aproximadamente el 15% de las mujeres con una LIP-BG tienen una LIP-AG en colposcopia/biopsia" (3).

LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO (LIP-AG/H-SIL)

Son células de menor tamaño que las de la lesión de bajo grado. Aparecen generalmente de forma aislada o en placas no cohesivas, o por el contrario, más raramente, en agregados de aspecto sincitial. Esta última presentación es más frecuente si la toma se ha realizado con cepillo. El citoplasma es de tipo inmaduro y aspecto delicado o, más raramente, denso de tipo metaplásico. Ocasionalmente puede estar queratinizado mostrando orangofilia y denominándose a estas células disqueratocitos de alto grado. El tamaño nuclear es comparable al de las células de la LIP-BG, pero el descenso del área citoplasma origina un

marcado incremento en la relación núcleo/citoplasma. El hiperchromatismo es evidente con una cromatina fina o groseramente granular. La membrana nuclear presenta claras irregularidades y los nucléolos, al igual que en la LIP-BG, están ausentes. En algunas ocasiones, especialmente en los casos de CIS, las células son de un tamaño tan reducido que son difíciles de detectar si se utilizan pequeños aumentos. Es conveniente tener en cuenta esta posibilidad y realizar la lectura de la citología con el objetivo de 10 aumentos, no con el de 4, para evitar falsos negativos.

Diagnóstico diferencial citológico de la LIE

Metaplasia escamosa

Puede haber aumento del tamaño nuclear pero no se encuentra hiperchromatismo ni polimorfismo. Por otra parte, la membrana nuclear es lisa y uniforme sin las irregularidades propias de la LIP (Figura N° 2) (3).

ATIPIA ESCAMOSA

En esta categoría de la clasificación de Bethesda 2001 se incluyen los dos apartados: "de significado indeterminado (ASC-US)" y "no puede excluirse LIP-AG/H-SIL (ASC-H)" (3).

DE SIGNIFICADO INDETERMINADO (ASC-US)

ASC-US son las siglas de "Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance" o células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto. El término fue introducido para intentar acotar con más precisión la "zona gris" entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial, por lo que la catalogación de un proceso como ASC-US debe realizarse por exclusión. En la clasificación de Bethesda anterior,

esto significaba que los cambios observados podían deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave, por lo que en la práctica era escasamente reproducible. En la clasificación de 2001, la definición varía transformándose en: "alteraciones citológicas sugestivas de lesión intraepitelial pero cuantitativa y/o cualitativamente insuficientes para una interpretación definitiva", eliminándose el ASCUS reactivo (3).

Cambios nucleares

Consisten en agrandamiento nuclear (dos o tres veces el tamaño del núcleo de una célula intermedia) con ligero aumento de la relación núcleo/citoplasma. Puede haber binucleación y variación en la forma y tamaño nuclear. La hipercromasia debe ser moderada y con distribución uniforme de la cromatina. La membrana nuclear es lisa o ligeramente irregular.

Citoplasma

La mayoría de las veces los cambios celulares se dan en células escamosas maduras de tipo superficial/intermedia. Pero también se puede observar en células con morfología metaplásica (metaplasia atípica), en células con morfología de reparación (reparación atípica), en células las con morfología atrófica y en células con morfología paraqueratósica (3).

NO PUEDE EXCLUIRSE LIP-AG / H-SIL (ASC-H)

Este término recoge aquellos casos en los que las alteraciones celulares son bastante acusadas pero, bien por las características de la extensión

(inflamación, hemorragia, etc.), o por la escasez de estas células, no pueden considerarse total-mente conclusivas. Es decir, cuando hay alteraciones no conclusivas pero muy sugestivas de LIP-AG.

Por contraposición, el término ASC-US debería reservarse para las alteraciones no conclusivas pero sugestivas de LIP-BG, aunque esto último no está claramente definido en el Sistema Bethesda 2001. (Figura N° 3) (Figura N° 4) (3).

LESION MALIGNA DEL CUELLO UTERINO

El cáncer se origina cuando las células en el cuerpo comienzan a crecer en forma descontrolada. Para aprender más acerca de cómo los cánceres comienzan y se propagan. El cáncer de cuello uterino o cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino. La parte del cuello uterino más cercana al cuerpo del útero se llama endocérvix. La parte próxima a la vagina, es el exocérvix (o ectocérvix). Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células no se tornan en cáncer de repente, sino que las células normales del cuello uterino primero se transforman gradualmente con cambios precancerosos, los cuales se convierten en cáncer. Los anatomopatologos usan varios términos para describir estos cambios precancerosos, incluyendo neoplasia intraepitelial cervical (CIN), lesión intraepitelial escamosa (LIE) y

displasia. Estos cambios se pueden detectar mediante la prueba de Papanicolaou y se pueden tratar para prevenir el desarrollo de cáncer.

Los cánceres de cuello uterino y los pre cánceres se clasifican de acuerdo con el aspecto que presentan bajo el microscopio. Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma. La mayoría (9 de 10 casos) de los cánceres de cuello uterino son carcinomas de células escamosas. Estos cánceres se originan de células en el exocérvix y las células cancerosas tienen características de las células escamosas cuando se observan con un microscopio. Los carcinomas de células escamosas se originan con mayor frecuencia en la zona de transformación (donde el exocérvix se une al endocérvix). La mayoría de los otros cánceres cervicales son adenocarcinomas.

Los adenocarcinomas son cánceres que se originan de células glandulares. El adenocarcinoma cervical se origina en las células de las glándulas productoras de mucosidad del endocérvix. Los adenocarcinomas cervicales parecen haberse vuelto más comunes en los últimos 20 a 30 años. Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos. Aunque los cánceres cervicales se originan de células con cambios precancerosos, sólo algunas de las mujeres con pre cánceres de cuello uterino padecerán cáncer. Por lo general toma varios años para que un pre cáncer de cuello uterino cambie a cáncer de cuello uterino, aunque esto puede ocurrir en menos de un

año. En la mayoría de las mujeres, las células precancerosas desaparecerán sin tratamiento alguno. Aun así, en algunas mujeres los pre cánceres se convierten en cánceres verdaderos (invasivos). El tratamiento de todos los pre cánceres de cuello uterino puede prevenir casi todos los cánceres verdaderos (4).

ANATOMÍA PATOLÓGICA DEL CARCINOMA ESCAMOSO DE CÉRVIX

De los diferentes tipos histopatológicos de carcinoma de cuello uterino el de tipo escamoso constituye el 70-78% de las neoplasias malignas cervicales. El espectro de lesiones intraepiteliales se continúa con lesiones con invasión muy limitada y acaba en el carcinoma escamoso con franca invasión en el que se describen diferentes tipos según su diferenciación (4).

CARCINOMA MICROINVASIVO

La definición de un cáncer como invasivo radica en la infiltración de la membrana basal. Esa infiltración en ocasiones resulta evidente pero no ocurre lo mismo en otras, en las que su reconocimiento es muy difícil. La dificultad para la orientación de la biopsia, la escasez de la muestra, la infiltración del epitelio glandular por la neoplasia o la aparición de artefactos son algunos de los factores que determinan la complicación de este diagnóstico. Teniendo en cuenta que el diagnóstico de carcinoma invasivo induce a un tratamiento más agresivo, en casos de duda se recomienda realizar el diagnóstico de carcinoma in situ.

La definición exacta del criterio histológico que permita claramente

asegurar la posibilidad de un tratamiento conservador no está claramente establecida. Se denomina carcinoma micro invasivo a un carcinoma que francamente invade el estroma pero cuya profundidad de invasión no excede los 5 mm según los criterios establecidos por Mestwerd en 1947. Posteriormente, Van Nagell demuestra que el riesgo de metástasis se incrementa muy notablemente por encima de los 3 mm de profundidad. La FIGO (International Federation for Gynaecology and Obstetrics) recoge en su sistema de clasificación del carcinoma escamoso de cérvix dos posibilidades dentro del estadio Ia. El estadio IA-1, carcinoma mínimamente invasivo, agrupa los casos de invasión mínima del estroma en contigüidad con áreas de carcinoma in situ y el estadio IA-2, aquellas lesiones que invaden un máximo de 5 mm desde la base del epitelio y su dimensión máxima no supera los 7 mm en su diámetro horizontal. Existen razones para segregar estas lesiones del resto de carcinomas escamosos desde el punto de vista pronóstico y terapéutico (Figura N° 5) (3).

CARCINOMA INVASIVO ESCAMOSO

Características macroscópicas

Las lesiones invasivas iniciales del epitelio escamoso muchas veces son claramente reconocibles en el examen colposcópico pero, en la exploración a ojo desnudo, pueden pasar desapercibidas o ser tomadas como zonas de ectopia.

En tumores más avanzados, los tumores que alcanzan la portio son claramente identificados en el examen con espéculo, sin embargo, los que permanecen en canal endocervical no son visibles.

El patrón de crecimiento puede ser predominantemente exofítico en forma polipoideo vellosa, o bien predominantemente endofítico, prácticamente sin crecimiento superficial.

Características microscópicas

Se ha propuesto una serie de clasificaciones histológicas del carcinoma escamoso de cérvix. La más sencilla hace una subdivisión entre carcinoma bien diferenciado (queratinizante), moderadamente diferenciado y poco diferenciado, cuyos criterios se superponen a los de los carcinomas escamosos de otros órganos. Sin embargo, la clasificación más extendida es la de Reagan y Hamonic asumida por la OMS y que establece tres tipos. Carcinoma queratinizante, no queratinizante de células grandes y no queratinizante de células pequeñas (3).

Tipos histopatológicos de carcinoma escamoso de cérvix según el sistema Bethesda.

Tipos frecuentes:

- Carcinoma queratinizante
- Carcinoma no queratinizante de células grandes
- Carcinoma no queratinizante de células pequeñas

Tipos poco frecuentes:

- Carcinoma verrucoso
- Carcinoma escamoso acantolítico
- Carcinoma fusocelular
- Carcinoma basaloide
- Carcinoma linfoepitelioma.

ADENOCARCINOMA DE ENDOCÉRVIX

Características clínicas e histológicas

El adenocarcinoma de cérvix es una neoplasia maligna invasiva compuesta por células epiteliales de origen endocervical. Representa, según las series, entre un 5 y un 30% de los carcinomas cervicales habiéndose incrementado esta incidencia a lo largo de las últimas cinco décadas y no sólo por el descenso del carcinoma escamoso, sino de forma absoluta.

La edad media de presentación son los 56 años, cinco años más que el carcinoma escamoso, y su situación, apariencia macroscópica y diseminación son prácticamente iguales a las de éste. Las células precursoras son las cilíndricas endocervicales y las de reserva subcolumnares. Respecto a su etiología, de formación de endocérvix con PVH es muy acusada, encontrándose evidencia de ADN de papiloma virus entre un 30 y un 83% de los casos con técnicas de diagnóstico molecular adecuadas. Los tipos de PVH predominantes son también de alto riesgo, 16 y 18, con una mayor proporción de casos, superior al 80% asociado a PVH del tipo 18. Histológicamente, como todos los adenocarcinomas, el de endocérvix puede formar luces, papilas y moco, mostrando así su diferenciación glandular. Dependiendo de su patrón arquitectural, de la apariencia de sus células y de si producen o no moco (Figura N° 6) (3).

Tipos histológicos de adenocarcinomas endocervicales según Sistema Bethesda

Adenocarcinoma mucinoso

- De tipo endocervical variante con mínima atipia (adenoma maligno)
- De tipo intestinal

Adenocarcinoma endometrioide

Adenocarcinoma de tipo seroso

Adenocarcinoma villoglandular

Adenocarcinoma de células claras

Carcinoma adenoescamoso

Carcinoma de células esmeriladas

Carcinoma adenoide quístico

TIPOS HISTOLÓGICOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO

La Organización Mundial de la Salud reconoce dos tipos histológicos principales de cáncer invasivo: Carcinoma de células escamosas, que constituye cerca del 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos. Otros tipos de carcinoma como el carcinoma adenoescamoso, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastásico constituyen el restante 3-5% de casos.¹⁰ Las técnicas de detección oportuna han disminuido la mortalidad principalmente debidas al carcinoma de células escamosas; sin embargo, la prevalencia del adenocarcinoma no ha tenido un impacto significativo por la realización de Papanicolaou.

Carcinoma de células escamosas del cérvix Estos son a su vez clasificadas a su vez en queratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células

tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrucosos verdaderos del cérvix son raros (5).

Adenocarcinoma cervical

Son menos frecuentes y a pesar que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Típicamente surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, algunas veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix. Además existen otras variantes histológicas que incluyen el carcinoma endometriode, villoglandular, mesonéfrico seroso, tipo intestinal y en anillo de sello. El adenocarcinoma de células claras del cérvix es asociado con la exposición in útero al dietilelbestrol (DES), diagnosticado en mujeres jóvenes, se ha asociado a células de apariencia benigna, tiende a ser recurrente (5).

Carcinoma adenoescamoso

Consiste en un componente glandular maligno y un componente escamoso maligno, ocupando aproximadamente la tercera parte de los carcinomas cervicales con diferenciación glandular, es pobremente diferenciado, algunas veces se asocia a eosinofilia, de crecimiento rápido, con una diseminación regional temprana y un incrementado riesgo de

recurrencia después de la terapia quirúrgica o radioterapia (5).

Tumores neuroendocrinos del cérvix

Se dividen en tumores carcinoides típicos y atípicos, en carcinomas neuroendocrinos de células grandes o de células pequeñas y en carcinoma de células pequeñas no diferenciado. Son similares a los que aparecen en pulmón o tubo digestivo. Los carcinomas de células pequeñas no diferenciados son histológicamente similares al carcinoma de células anaplásicas del pulmón. Estos tumores son agresivos, con metástasis a distancia, incluyendo hueso, hígado, piel y otros sitios. Las metástasis cerebrales pueden ocurrir en la enfermedad avanzada, pero usualmente son precedidas por metástasis pulmonares (5).

Presentación clínica

Las neoplasias pre invasivas y la invasión temprana pueden ser asintomáticas, por ello es necesario el tamizaje con evaluación citológica de endocérvix y exocérvix. Algunos síntomas que se pueden presentar son la molestia postcoital, sangrado intermenstrual o postmenopáusico, descarga vaginal con mal olor, dolor pélvico que puede ser ocasionado por contracciones uterinas causadas por la acumulación de sangre menstrual en pacientes con oclusión del canal endocervical. El sangrado crónico leve puede ocasionar anemia en algunas pacientes. Un sangrado mayor es raro, pero se puede presentar en estadios avanzados. Se puede presentar dolor pélvico y edema de extremidades inferiores por oclusión de linfáticos o trombosis venosa de la vena iliaca externa, en casos avanzados, así como problemas con la micción y defecación (5).

FACTORES DE RIESGO DE LESIONES PRE MALIGNAS Y MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO

Infección por el virus del papiloma humano

El VPH es un grupo de más de 150 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papilomas, lo que se conoce más comúnmente como verrugas.

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones.

El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una forma en la que el VPH se transmite es mediante el sexo, incluyendo el sexo vaginal, anal y hasta oral. Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies; otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua. Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como en el área del ano. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer. A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cáncer de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer de ano, boca y garganta tanto en hombres como en mujeres (4).

Edad

Las lesiones cervicales, que son precursoras de la enfermedad invasiva, frecuentemente ocurren en mujeres jóvenes, a menudo por debajo de los

40 años. En contraste, el cáncer de cuello uterino se presenta en un amplio rango de edad, usualmente en la quinta o sexta décadas de la vida (promedio de 54 años) (6).

Inicio de relaciones sexuales

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cérvico-uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años (6).

Número de partos

Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido. Los datos compartidos de ocho estudios de casos y testigos sobre el cáncer invasivo del cuello uterino y dos estudios sobre el carcinoma in situ (CIS), efectuados en cuatro continentes, sugieren que las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces mayor. Nadie sabe realmente la razón de esto. Una teoría consiste en que

estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral. (6)

Tabaquismo

Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH (4).

Inmunosupresión

El virus de inmunodeficiencia humana, el virus que causa el SIDA (AIDS), causa daño al sistema inmunológico y ocasiona que las mujeres estén en un mayor riesgo de infecciones con VPH. Esto podría explicar por qué las mujeres con SIDA (AIDS) tienen un mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las

mujeres infectadas con VIH, un pre cáncer de cuello uterino puede transformarse en un cáncer invasivo con mayor rapidez de la normal (4).

Uso de un dispositivo intrauterino

Un estudio reciente encontró que las mujeres que en algún momento han usado un dispositivo intrauterino tenían un menor riesgo de cáncer de cuello uterino. El efecto en el riesgo se observó incluso en mujeres que tuvieron un dispositivo intrauterino por menos de un año, y el efecto protector permaneció después que los dispositivos fueron removidos.

El uso de un dispositivo intrauterino también podría reducir el riesgo de cáncer de endometrio (uterino). Sin embargo, los dispositivos intrauterinos presentan algunos riesgos. Una mujer interesada en el uso de un dispositivo intrauterino debe primero hablar con su médico sobre los posibles riesgos y beneficios. Además, una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de qué otro tipo de contraceptivo use, debe usar condones para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (4).

Pobreza

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para pre cánceres de cuello uterino (4).

Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en

algunas familias. Si su madre o hermana tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras (4).

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

En el año 2005-2006, en Venezuela, se determinó la lesión intraepitelial de bajo grado en endocervix: conducta 25 pacientes con lesiones intraepiteliales de bajo grado endocervical evaluadas con citología, colposcopia de exo y endocervix cada 4 meses e histológicamente al año de seguimiento. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado de endocervix presentaron un 92 % de regresión espontánea, 8 % de persistencia y no hubo ningún caso de progresión (10).

En el año 2006 - 2007, en Costa Rica y Centroamérica, se determinó la lesión intraepitelial de bajo grado 591 pacientes con PAP reportadas con LIEBG. Según los resultados de las tarjetas de control y seguimiento de las colposcopias. La referencia por LIEBG a la consulta externa de colposcopia representó aproximadamente 50% de los pacientes atendidos. La mayoría fue de bajo riesgo

histológico. Este estudio resume que el tratamiento de las lesiones de bajo grado debe tener un manejo de forma expectante, una vez obtenido un reporte de la biopsia como normal o confirmado como una lesión de bajo grado (11).

En el año 2011-2012, en Santiago de Cuba, se determinó las características citohistológicas de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino 738 pacientes con lesiones premalignas o malignas del cuello uterino, diagnosticados mediante biopsias y estudios citológicos archivados en fichas en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital General Docente. En la serie se obtuvo que más de la mitad de las muestras históricas cervicouterinas mostraran alguna lesión premaligna o maligna, predominantemente en pacientes con edades de 25 a 54 años, y el diagnóstico más frecuente fue la displasia moderada; de igual modo, el virus de papiloma humano estuvo presente en 64,8 % de los estudios citológicos y en 75,3 % de las biopsias, y la efectividad del estudio citológico en el laboratorio fue de 92,0 %. (12).

En el año 2008 - 2009, en México, se determinó la evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical se recolectaron 112 expedientes del servicio de colposcopia con reporte histopatológico en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael la edad promedio de las pacientes fue de 44.26 ± 12.64 años. Se

elaboraron tablas cuadrículas en las que se encontró una sensibilidad de 84.1% para la citología, mientras que algunos estudios reportaron 75%; la sensibilidad de la colposcopia fue de 88.1%, en tanto que en la bibliografía fue de 83%, con una concordancia de 78% para la citología y 84% para la colposcopia (14).

En el año 2010 - 2011, en Cuba - Bayamo, se determinó las lesiones pre invasivas del cuello uterino. El universo fueron 246 citologías anormales y la muestra 89 resultados histológicos con cualquiera de los tres grados de neoplasia intraepitelial cervical obtenidos, se calculó la sensibilidad y especificidad para determinar la efectividad del diagnóstico histológico. Predominaron las neoplasias intraepiteliales cervicales grado I en los resultados citológicos e histológicos. La mayoría de las pacientes estaban en el grupo de 25 a 39 años. La sexarquia precoz y la evidencia del virus del papiloma humano (VPH) fueron muy frecuentes. La correlación de la citología y la histología en el diagnóstico hallada fue del 64,1 %, con una sensibilidad del 90,3 % y una especificidad del 79,3 %(16).

En el año 2013, en Venezuela, se determinó Neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes, se evalúan 74 pacientes adolescentes con patología cervical, captadas durante un período de 6 años. Se analizó la evolución clínica de las lesiones presentes

en el grupo estudiado, y se determinó su persistencia, regresión o progresión. La mayor frecuencia de patología cervical, está en el grupo entre los 18 y 19 años. En las citologías de ingreso, 43,24 % de los casos reportaron lesión intraepitelial de bajo grado y 5,41 % lesión intraepitelial de alto grado. En la primera biopsia, 60,81 % presenta neoplasia intraepitelial cervical por virus papiloma humano. 9,46 % reporta neoplasia intraepitelial cervical 2, y 8,11 % presenta neoplasia intraepitelial cervical 3/por cáncer in situ. Un 90,54 % de las pacientes presentaron signos histológicos sugestivos de infección por virus papiloma humano. En cuanto al uso de electrocirugía, el procedimiento fue omitido en el 77,03 %. A 14,86 % se les realizó como por radiocirugía. Los informes de conos, muestran que 54,55 % reportaron neoplasia intraepitelial cervical por virus papiloma humano, y 27,27 % reportaron neoplasia intraepitelial cervical 3. Al analizar la evolución de la patología, se observa que 82,60 % presentó regresión de sus lesiones (17).

En el año 2000 - 2009, en Venezuela, se determinó la frecuencia de las lesiones pre malignas y malignas a nivel de cuello uterino, una muestra de 413 registros, correspondientes a informes de biopsias con diagnóstico de lesiones pre-malignas y malignas en cuello uterino procesadas en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe" en la ciudad de

Maracaibo Las edades oscilaban entre 14 y 72 años, la edad media fue de 39.96 (D.E. 10.77) años, el grupo etario más afectado fue el de 40-49 años con 159 casos (38.51%). Las lesiones pre-malignas presentaron la mayor frecuencia con 397 casos (96.13%) y de estas la más frecuente fue la NIC I, con 316 casos (76.51%). De las lesiones malignas la más frecuente correspondió al carcinoma epidermoide con 15 casos (3.63%) y de estos el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes con 4 casos (0.96%). De toda la población estudiada en 389 casos (94.19%) se observó presencia de infección por el VPH, con una alta incidencia en las lesiones premalignas con 381 casos (92.25%) (18).

En el año 2000 - 2003, en Cuba, se determinó el tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino, con las historias clínicas de pacientes sometidas a biopsia por cono con bisturí frío en el servicio de ginecología del Instituto Nacional de Ontología y Radiobiología. El seguimiento mínimo fue de 3 años, con colpocitología seriada cada 6 meses y con muestra adecuada para el diagnóstico por el método de Papanicolau. En el 28 % de los casos recurrió la enfermedad dentro de los 2 primeros años del seguimiento control y las lesiones fueron de alto grado, según la clasificación de Bethesda (20).

En el año 2011 - 2012, en México, se determinó la prevalencia de

lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado por VPH en pacientes con ascus en citología exfoliativa cervical y hallazgos colposcopicos de vasos atípicos. Se estudiaron 61 expedientes de mujeres con resultado de citología Cervical con: Atipias Escamosas de Significado Incierto (ASCUS) con resultado colposcópico de "vasos atípicos" que acudieron a la Clínica de Displasias. De las 61 mujeres con ASCUS, 49 confirmaron para lesión intraepitelial de bajo grado, 12 para lesión de alto grado, con una prevalencia de 80% y 19% respectivamente, se encontró tabaquismo en un 78.6%, empleo de anticoncepción oral de 82%, la media del número de parejas sexuales fue 3.5 ± 1.5 DS, del inicio de vida sexual de 17.5 ± 3 años y la edad promedio de 31.5 ± 6 (22).

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

En el año 2011- 2013, en Lima, se determinó la prevalencia de anormalidades cervico - uterinas asociados al nivel de pobreza, Se registraron 118 016 casos, en el hospital nacional DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ. 4621 casos positivos para anormalidades cérvico-uterinas, con prevalencia de 4,11 % y un incremento de 14,6 %. Conjuntamente, 47,55 % para LSIL (28,80 % HPV), 37,94 % para ASCUS, 9,42 % para HSIL, 4,27 % para ASC-H y AGUS y 0,83 % para carcinomas cervicales. Se estableció una correlación directa estadísticamente significativa entre el nivel de pobreza y anormalidades cérvico-uterinas, ($\rho=0,492$; $p<0,005$) muy relacionada con CCU y HSIL. Las micro

redes de San Martín de Porres y del Rímac presentan elevaciones estadísticas en LSIL y HPV, y HSIL y carcinomas (7).

En el año 2001, en Lima, se determinó Los factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de lima, 321 estudiantes que reportaron actividad sexual a quienes se tomó muestras para PAP y VPH. La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p= 0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR: 8,8; IC95:1,9-39,6). La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística (8).

En el año 2011, en Tarapoto, se determinó la relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada, atendidas en el consultorio de ginecología del hospital II-2 Tarapoto 42 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, se utilizó la ficha de recolección de datos, basándose en la observación de las historias clínicas. Se llega a concluir que existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado, y que de este grupo 9 están en grupo etario de 45 -54 siendo este el

grupo más afectado, El 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS, Con respecto al número de parejas sexuales se observa que 33 (78.6%) pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA IN SITU (9).

En el año 1996-2008, en Lima, se determinó los factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer del cuello uterino(examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil Se utilizó la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) realizadas en los años 1996, 2000, 2004 y 2008. El porcentaje de MEF que se han realizado algún PAP fue de 42.8%, 45.7%, 47.3% y 45.6% para los años 1996, 2000, 2004 y 2008 respectivamente. Mientras que el porcentaje de MEF que ha escuchado sobre el PAP fue de 78.3%, 85.1%, 89.8% y 91.4% para los mismos años. Durante los cuatro años analizados, el vivir en la costa y en zona urbana fueron las variables asociadas con haber escuchado sobre el PAP. Mientras que el haberse realizado algún PAP sólo estuvo asociada con el vivir en la costa, en forma consecuente durante los cuatro años analizados (13).

En el año 2013, en Trujillo, se determinó la edad de inicio de

relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino, Se tomaron 50 casos confirmado de cáncer de cuello uterino del programa de cáncer del Hospital de Apoyo II – 2 Sullana y los controles (100) fueron las mujeres en edad fértil atendidas en dicho programa. Se encontró que la edad de inicio de relaciones coitales se dio antes de los 18 años relacionándose significativamente con la existencia del cáncer de cuello uterino. (OR = 7,76). En relación al número de compañeros sexuales la población estudiada presentó dos o más compañeros sexuales lo cual muestra una relación significativa entre este factor de riesgo y el cáncer de cuello uterino. (OR = 4.20) (15).

En el año 2009 - 2013, en Lima, se determinó el Papanicolaou anormal y factores de riesgo en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales pacientes atendidas en el servicio de Ginecología en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, En relación a LIEAG: La paridad ($p = 0.000002$ y $OR = 4.474648$), el antecedente de aborto ($p = 0.024117$ y $OR = 2.051435$), inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años ($p = 0.023099$ y $OR = 2.369785$), la edad promedio de pacientes con LIEAG fue 40 años, el Papanicolaou anormal más frecuente fue: ASCUS 28.99% (19).

En el año 2014 - 2015, en Trujillo, se determinó los factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer del cuello uterino,

Constituida por 100 mujeres en dos grupos: con y sin abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino, correspondiendo 50 pacientes por cada grupo que acudieron a consultorios externos de ginecología del hospital Belén de Trujillo. Estado civil soltera (OR: 2.95; $p < 0.05$), instrucción primaria (OR: 2.48; $p < 0.05$), procedencia rural (OR: 3.63; $p < 0.05$), nivel socio económico bajo (OR: 2.66; $p < 0.05$) (21).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio retrospectivo, descriptivo de tipo transversal.

3.2. Población:

17957 pacientes que acudieron al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale a quienes se les realizó su Papanicolaou y Biopsia en el diagnóstico de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en Huancayo, Perú; durante el año 2016.

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Pacientes no operados ni enviados su biopsia para ver recidiva
- Pacientes que no tienen biopsia repetidas en menos de 6 meses.

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Pacientes operados y enviados su biopsia para ver recidiva
- Pacientes con biopsia repetidas en menos de 6 meses

3.3. Muestra:

No se calcula el tamaño muestral, ya que se evaluaron a toda la población de pacientes que se obtuvo a partir de fichas de recolección de datos del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo, en el año 2016.

3.4. Operacionalización de Variables:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Forma de Registro
<u>Principal:</u> Lesiones del cuello uterino	Presencia de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino en pacientes	Historia clínica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Lesión Premaligna: Lie bajo grado Lie alto grado Ascus ASC - H • Lesión maligna: CA escamoso Adenocarcinoma
<u>Secundarias:</u> Edad	Tiempo de vida de los pacientes en años	Historia clínica	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 12– 20años • 21 – 40 años • 41 – 60 años • > 61 años
Lugar de Procedencia	Lugar de procedencia de los pacientes	Historia clínica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Mantaro • chilca • Chupaca • Tambo
Menarquia	Primera menstruación de los pacientes	Historia clínica	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 11– 13 a • 14 – 16 a • 17 – 19 a
IRS	Edad de los pacientes en que	Historia clínica	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 13 a • 14 – 17 a

	tuvo su inicio de relaciones sexuales			<ul style="list-style-type: none"> • 18 – 20 a • 21 – 23 a
Paridad	Número de partos de los pacientes	Historia clínica	Discreta	<ul style="list-style-type: none"> • 0 - 2 • 3 - 5 • 6 – 8 • 9 - 11
Histerectomía	Pacientes que se realizó el procedimiento	Historia clínica	Binaria	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

3.5. Procedimientos y Técnicas:

Se solicitó el permiso correspondiente al Jefe de Capacitación del Hospital Nacional “RAMIRO PRIALE PRIALE ES SALUD” a fin de registrar los datos de los pacientes de acuerdo a los criterios de selección. Asimismo se presentó el proyecto de investigación aprobado al Jefe del área del servicio de anatomía patológica para el ingreso correspondiente sin problema alguno.

Se obtuvo los datos a partir de las solicitudes de Papanicolaou (anexo – solicitud de papanicolaou). Asimismo se registró los datos a la ficha de recolección de datos de acuerdo a los criterios de selección según las variables como edad, procedencia, menarquia, IRS, paridad e histerectomía.

Toda la información recolectada en el estudio fueron registrados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para posteriormente realizar el análisis estadístico.

3.6. Plan de Análisis de Datos:

Los datos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 24.0. Se determinó medidas de tendencia central. Se empleó tablas de frecuencia y de contingencia. Se determinó la asociación entre variables a través de la prueba chi cuadrado para las variables cualitativas, considerando estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados:

Tabla N° 1. Prevalencia de Lesiones del cuello uterino.

	n	%
POSITIVO	473	2,6
NEGATIVO	17484	97,4
Total	17957	100,0

En este estudio se encontraron un total de 17957 casos de pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, Que presentaron positivos y negativos de lesión del cuello uterino, 473 fueron positivos de lesión del cuello uterino, lo cual representa 2,6% y 17484 fueron negativos del lesión del cuello uterino, lo que representa el 97,4% (Tabla 1).

Grafico N° 1. Prevalencia de Lesiones del cuello uterino.

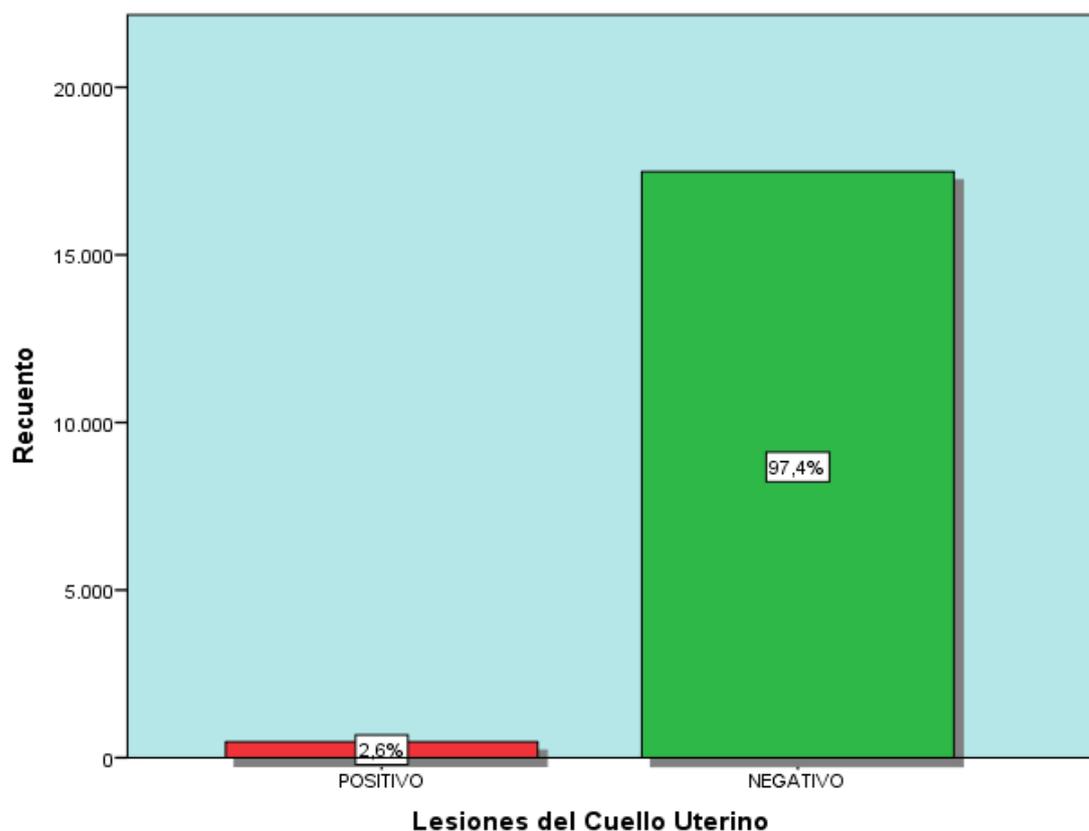


Tabla N° 2. Prevalencia de tipos de lesión del cuello uterino

	N	%
LESION PREMALIGNO	453	95,8
LESION MALIGNO	20	4,2
Total	473	100,0

En este estudio se encontraron 473 casos de pacientes de hospital nacional ramiro priale que presentaron tipos de lesión del cuello uterino, lo cual representa una tasa de prevalencia de lesión premaligno 95,8% y lesión maligno 4.2% (Tabla 2).

Grafico N° 2. Prevalencia de tipos de lesión del cuello uterino.

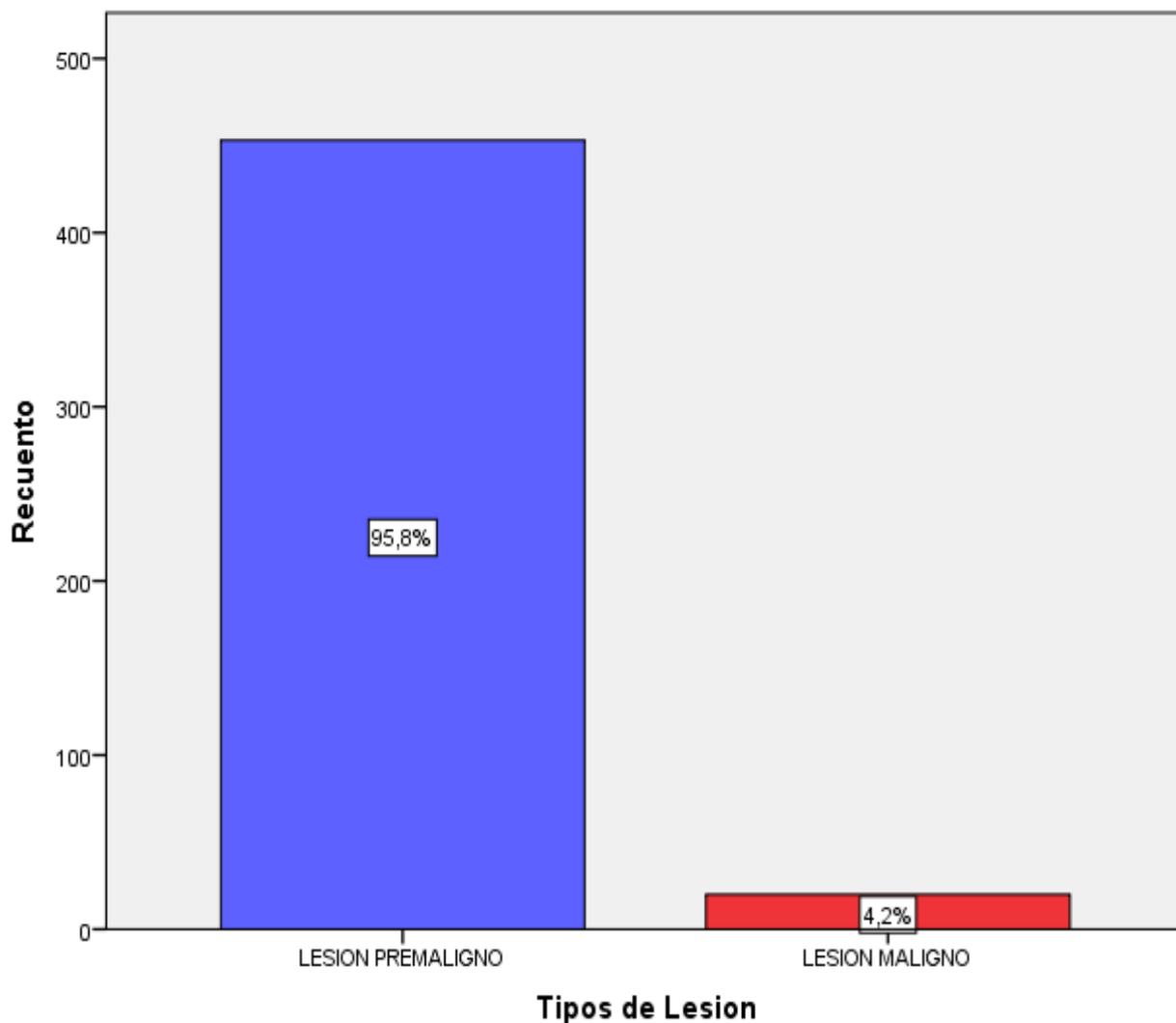


Tabla N° 3. Prevalencia de Lesión Premaligno y Maligno.

	n	%
LIE BAJO GRADO	127	26,8
LIE ALTO GRADO	71	15,0
ASCUS	185	39,1
ASC – H	70	14,8
CARCINOMA ESCAMOSO	19	4,0
ADENOCARCINOMA	1	,2
Total	473	100,0

En este estudio se encontraron 473 casos de pacientes del hospital nacional ramiro priale priale que presentaron lesiones premalignos y malignos, lo cual

representa LIE bajo grado 26,8%, LIE alto grado 15,0%, ascus 39,1%, ASC-H 14,8 %, carcinoma escamoso 4,0 %, adenocarcinoma 0,2 % (Tabla 3).

Grafico N° 3. Prevalencia de Lesión Premaligno y Maligno.

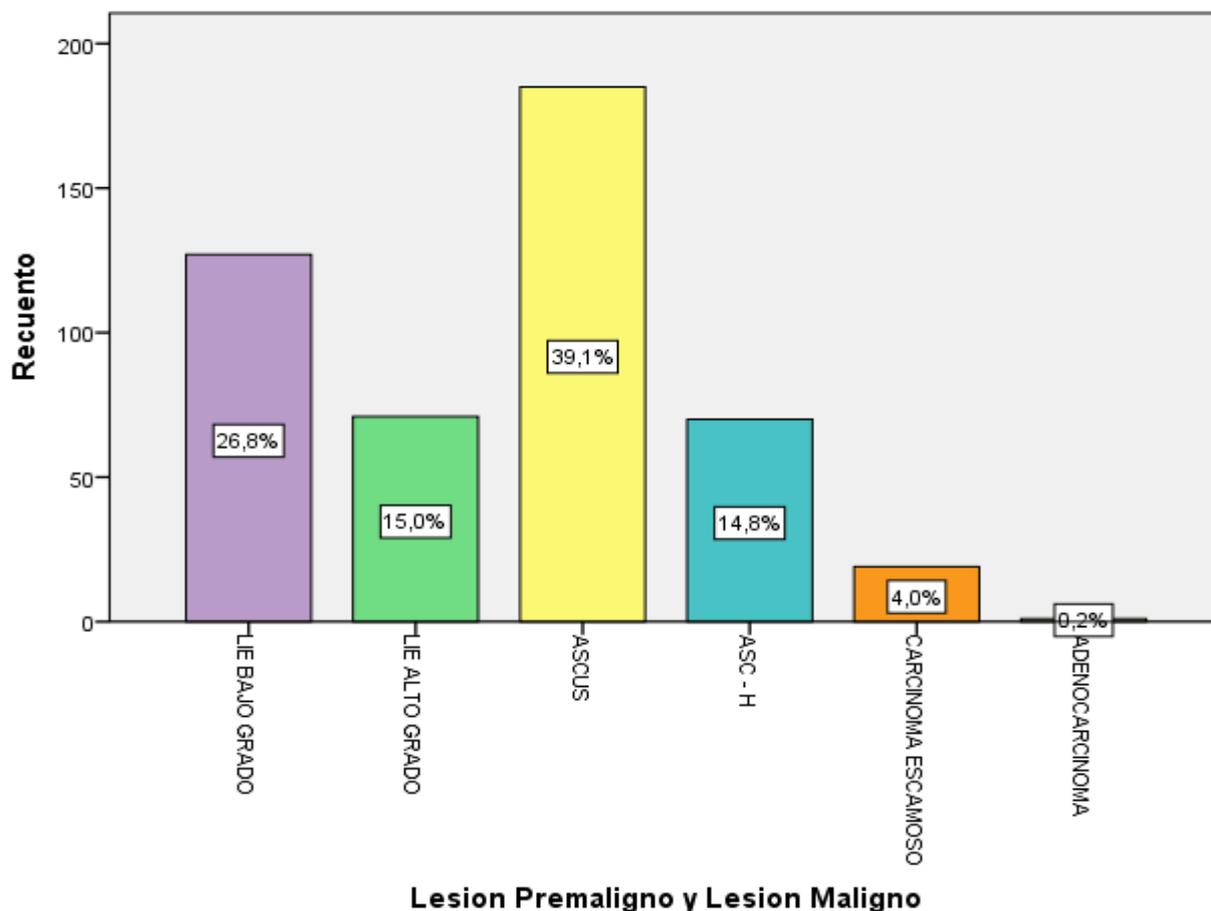


Tabla N° 4. Distribución de la muestra según la edad.

	n	%
12 – 25 años	28	5,9
26 – 35 años	130	27,5
36 – 55 años	221	46,7
56 – 75 años	91	19,2
76 – 95 años	3	,6
Total	473	100,0

El promedio de las edades de los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale fue de $42,7 \pm 12,7$ años, con una mediana de 41 años, una moda de 38

años y un rango de edades entre 12 a 95 años. El 5,9% de los pacientes tenían entre 12 a 25 años, el 27,5% tenían entre 26 a 35 años, el 46,7% tenían entre 36 a 55 años y el 19,2% de los pacientes tuvieron entre 56 a 75 años, el 0,6% tenían 76 a 95 años, siendo éste último, el grupo etario más representativo (Tabla 4).

Gráfico N° 4. Distribución de la muestra según la edad.

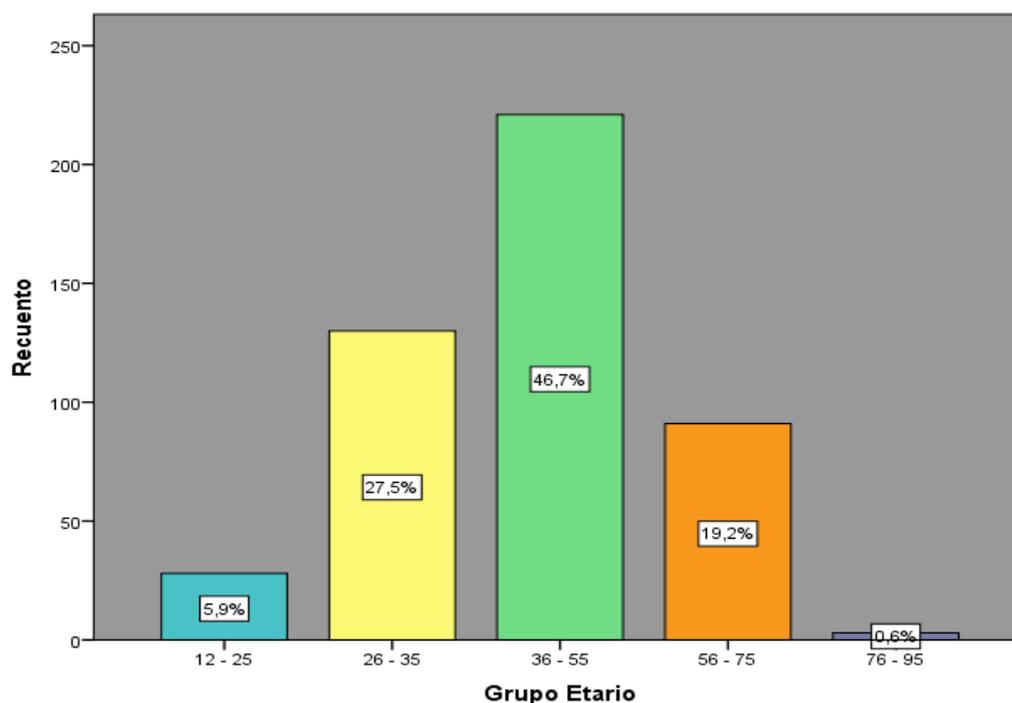


Tabla N° 5. Distribución de la muestra según procedencia.

	n	%
Tambo	253	53,5
Mantaro	92	19,5
Chilca	80	16,9
Chupaca	48	10,1
Total	473	100,0

En relación al lugar de procedencia de los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, 253 pacientes fueron de Tambo, lo que representa el 53,5%. Asimismo, 92 pacientes fueron de Mantaro, lo que representa el 19,5%.

Asimismo, 80 pacientes fueron de chilca, lo cual representa 16,9 %. Asimismo, 48 pacientes fueron de Chupaca, lo cual representa 10,1 %. De todos los pacientes fueron evaluados durante el estudio (Tabla 5).

Grafico N° 5. Distribución de la muestra según procedencia

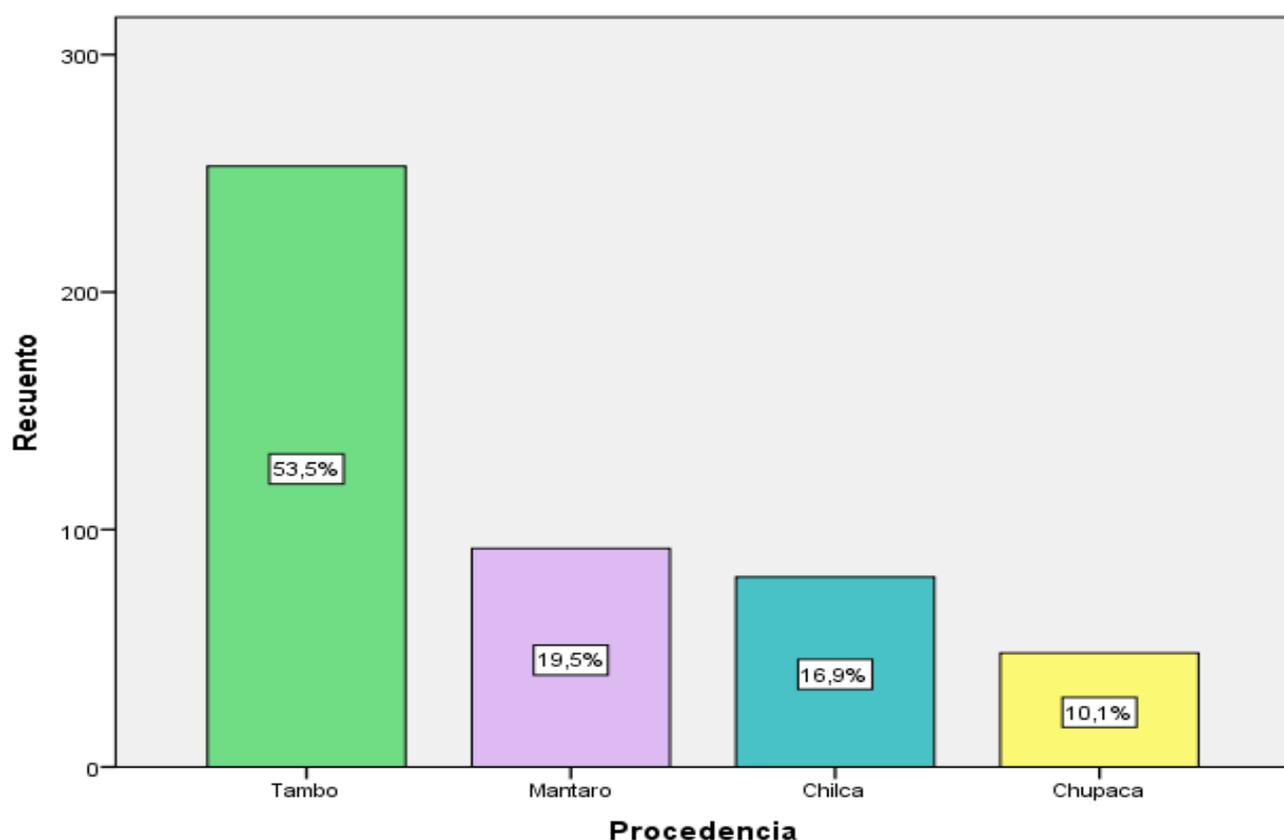


Tabla N° 6. Distribución de la muestra según menarquia.

	n	%
10 – 13 años	209	44,2
14 – 16 años	238	50,3
17 – 19 años	26	5,5
Total	473	100,0

En cuanto a menarquia de los pacientes evaluados, 209 fueron de 10 a 13 años, lo que representa el 44,2%. Asimismo, 238 fueron de 14 a 16 años, lo que representa el 50,3%. Asimismo, 26 fueron de 17 a 19 años, lo que representa 5,5% (Tabla 6).

Grafico N° 6. Distribución de la muestra según menarquia.

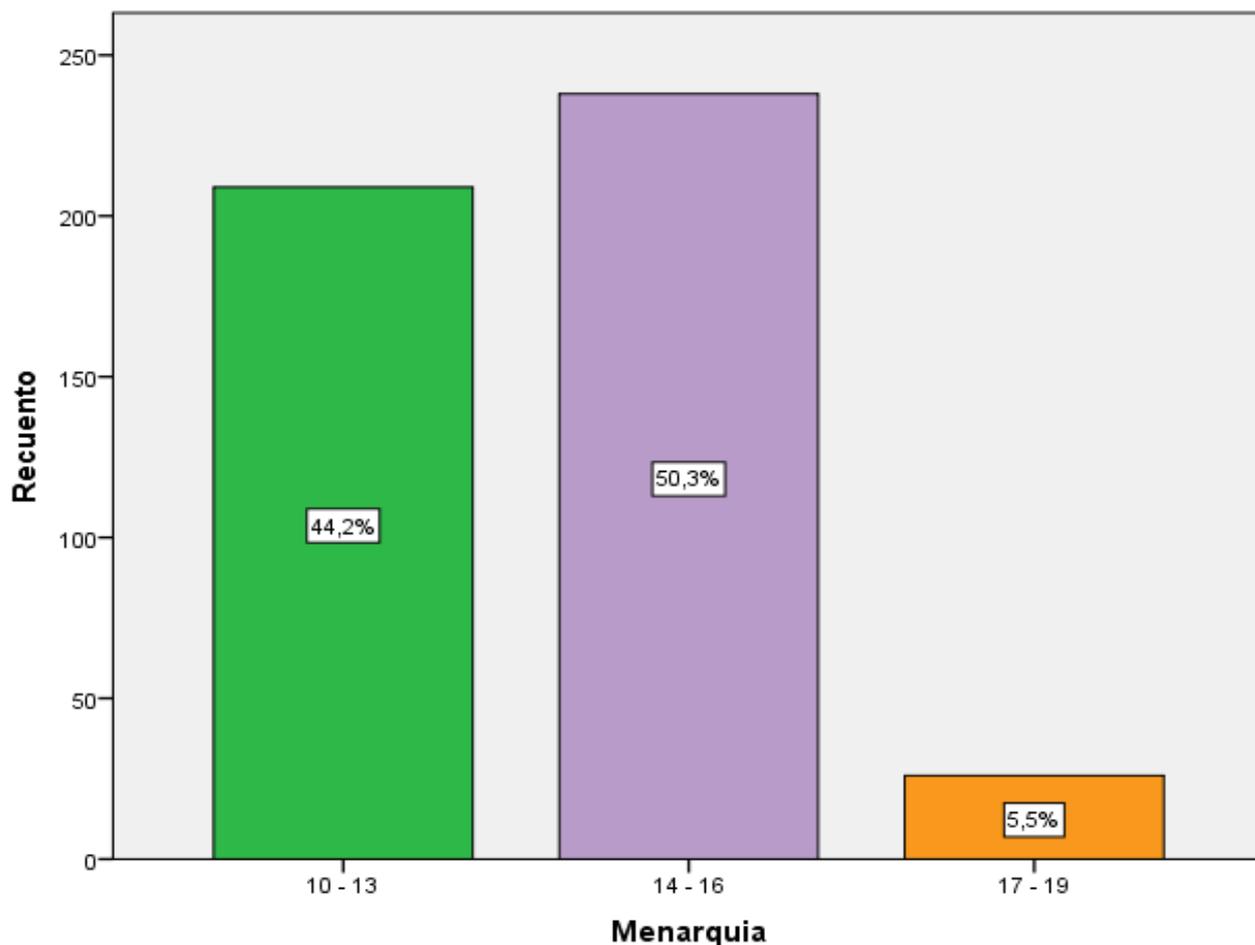


Tabla N° 7. Distribución de la muestra según inicio de relaciones sexuales.

	n	%
10 - 15 años	70	14,8
16 – 20 años	326	68,9
21 – 25 años	64	13,5
26 – 30 años	11	2,3
31 – 36 años	2	,4
Total	473	100,0

En relación al inicio de relaciones sexuales de los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale, 70 pacientes tienen de 10 a 15 años, lo que representa el 14,8%. Asimismo, 326 pacientes tienen de 16 a 20 años, lo que representa el 68,9%. Asimismo, 64 pacientes tienen 21 a 25 años, lo cual representa 13,5 %. Asimismo, 11 pacientes tienen 26 a 30 años, lo cual

representa 2,3 %. Asimismo, 2 pacientes tienen 31 a 36 años, lo cual representa 0,4 %. De todos los pacientes fueron evaluados durante el estudio (Tabla 7).

Grafico N° 7. Distribución de la muestra según inicio de relaciones sexuales

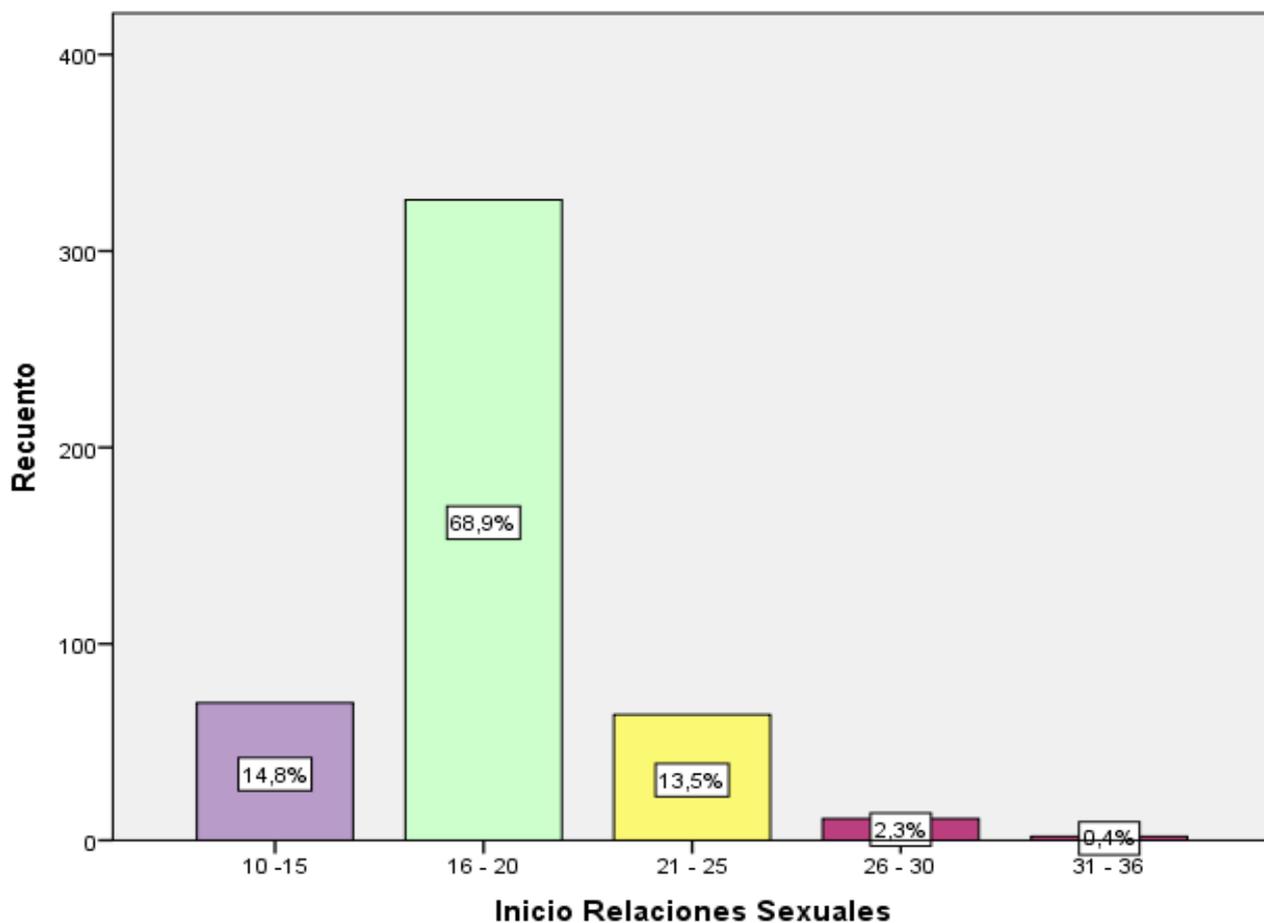


Tabla N° 8. Distribución de la muestra según histerectomía.

	n	%
Si	9	1,9
No	464	98,1
Total	473	100,0

En cuanto a la histerectomía de los pacientes evaluados, 9 pacientes se hicieron la histerectomía, lo que representa el 1,9%. Asimismo, 464 pacientes no se hicieron la histerectomía, lo que representa el 98,1% (Tabla 8).

Grafico N° 8. Distribución de la muestra según histerectomía

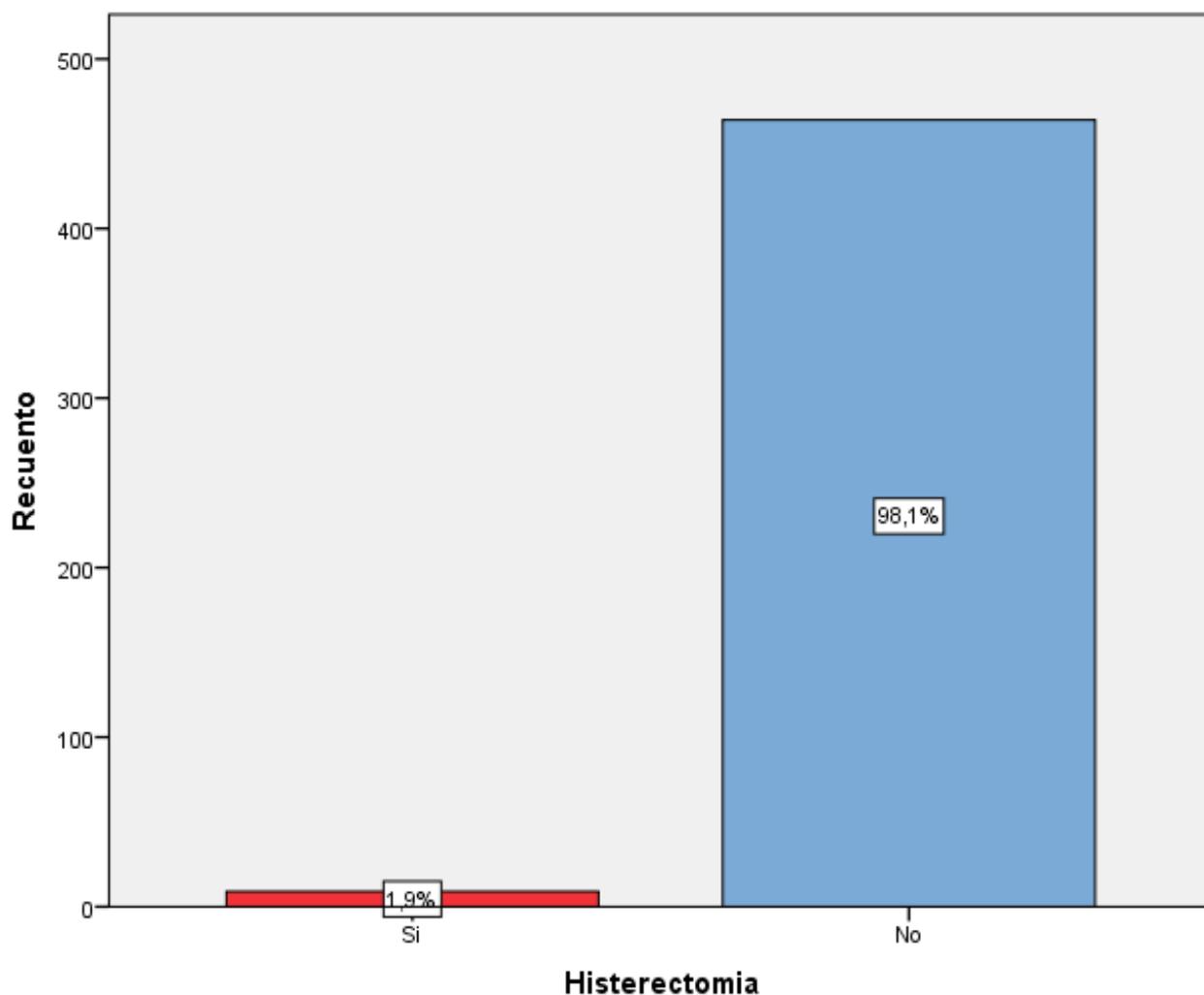


Tabla N° 9. Distribución de la muestra según paridad.

	n	%
0 – 2 partos	269	56,9
3 – 5 partos	160	33,8
6 – 8 partos	35	7,4
9 – 11 partos	7	1,5
12 – 14 partos	2	,4
Total	473	100,0

En cuanto a la paridad de los pacientes evaluados, 269 pacientes tienen de 0 a 2 partos, lo que representa el 56,9%. Asimismo, 160 pacientes tienen de 3 a 5 partos, lo que representa el 33,8%. Asimismo, 35 pacientes tienen de 6 a 8

partos, lo que representa 7,4 %. Asimismo, 7 pacientes tienen de 9 a 11 partos, lo que representa 1,5%. Asimismo, 2 pacientes tienen de 12 a 14 partos, lo que representa 0,4% (Tabla 9).

Grafico N° 9. Distribución de la muestra según paridad

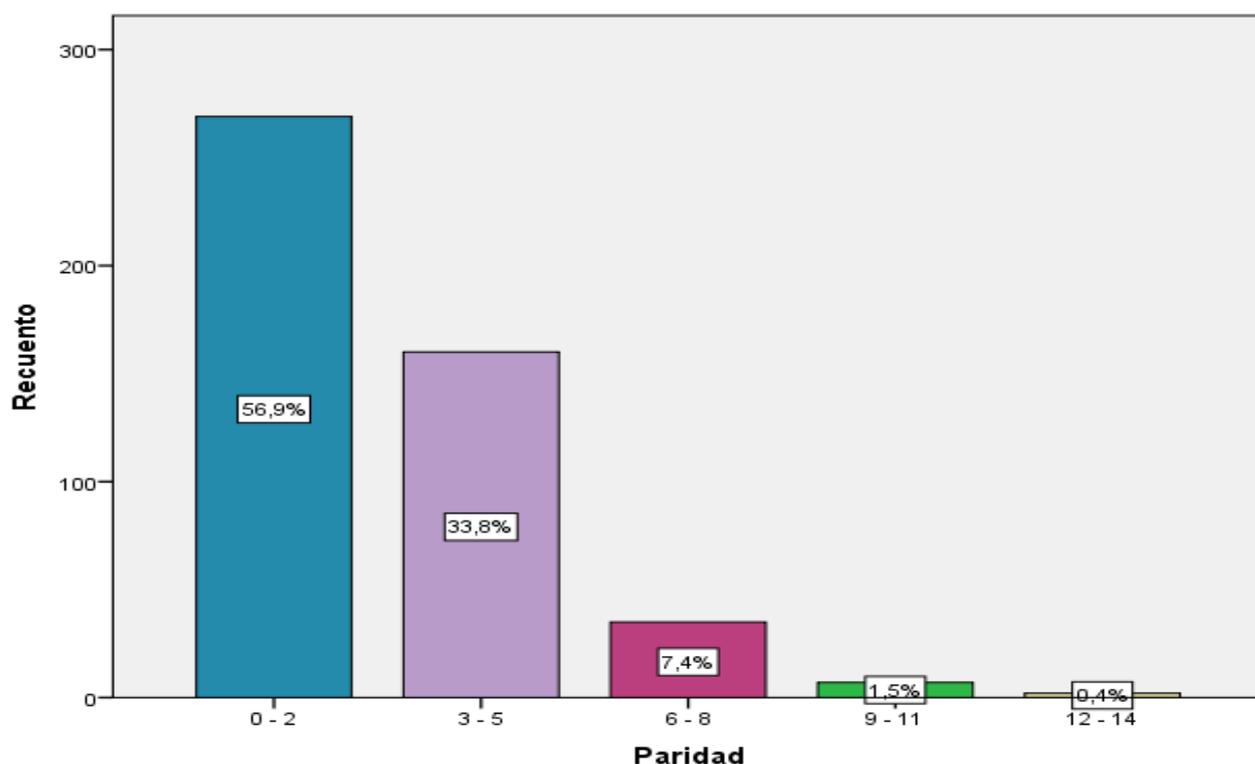


Tabla N° 10. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según la edad.

Edad	Lesión premaligno		Lesión maligno		Total	
	n	%	n	%	n	%
12 – 25 años	28	6,2	0	0,0	28	5,9
26 – 35 años	130	28,7	0	0,0	130	27,5
36 – 55 años	213	47,0	8	40,0	221	46,7
56 – 75 años	81	17,9	10	50,0	91	19,2
76 – 95 años	1	0,2	2	10,0	3	0,6
Total	453	100,0	20	100,0	473	100,0

En cuanto a la edad de los pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale que presentaron prevalencia de lesiones del cuello uterino, 28 (5,9%) tuvieron entre 15 a 25 años, 130 (27,5%) tuvieron entre 26 a 35 años, 221 (46,7%) tuvieron entre 36 a 55 años, 91 (19,2%) tuvieron entre 56 a 75 años y 3 (0,6%)

tuvieron entre 76 a 95 años. Siendo la edad de 36 a 55 años, los más propenso a presentar esta patología.

Grafico N° 10. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según la edad.

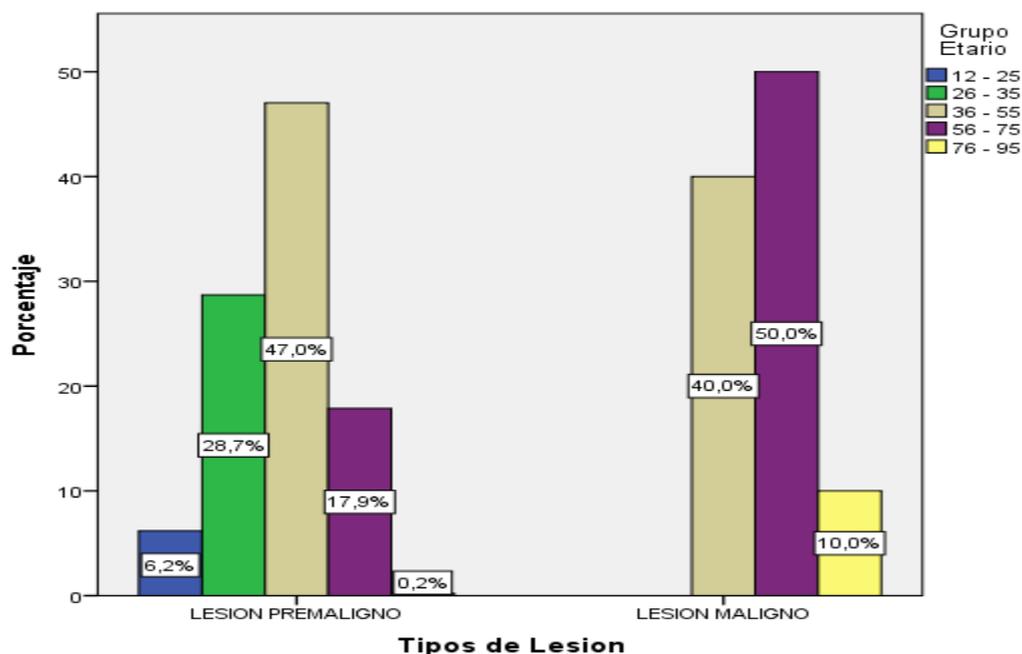


Tabla N°11. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según procedencia.

Procedencia	Lesión premaligno		Lesión maligno		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tambo	241	53,2	12	60,0	253	53,5
Mantaro	91	20,1	1	5,0	92	19,5
Chilca	76	16,8	4	20,0	80	16,9
Chupaca	45	9,9	3	15,0	48	10,1
Total	453	100,0	20	100,0	473	100,0

En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes que presentaron lesiones del cuello uterino, 253 (53,5%) fueron de tambo, 92 (19,5%) fueron de Mantaro, 80 (16,9%) fueron de chilca, 48 (10,1 %) fueron de Chupaca.

Grafico N° 11. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según procedencia.

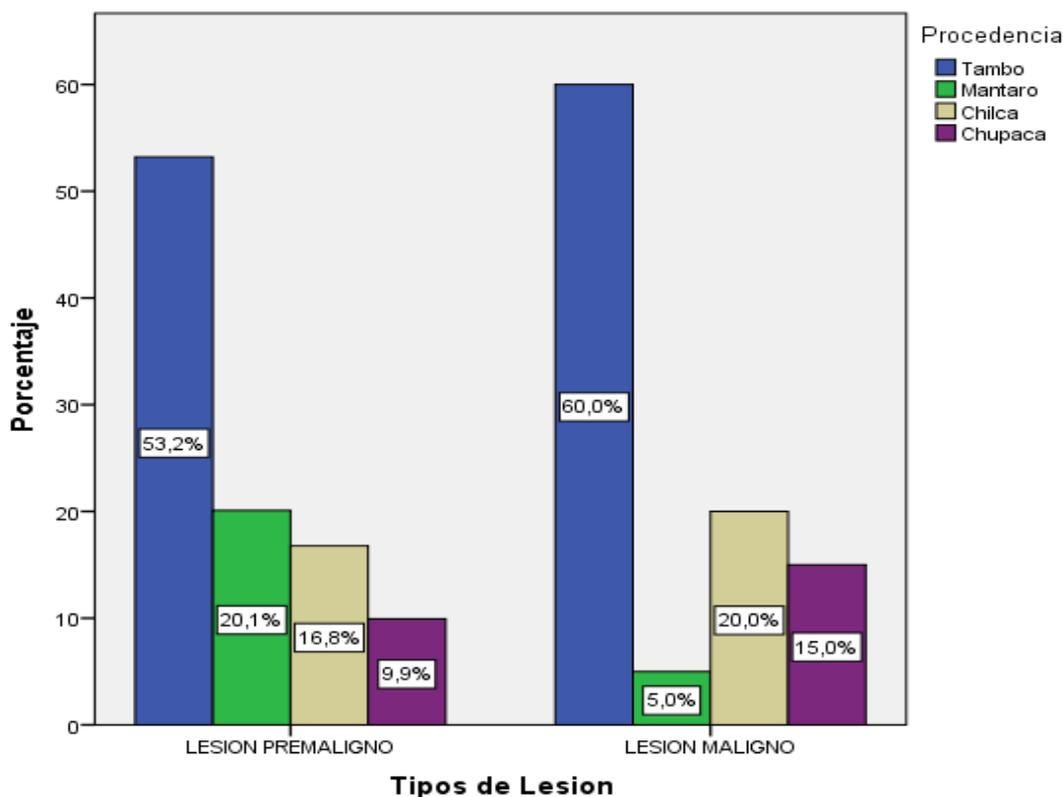


Tabla N°12. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según menarquia.

Menarquia	Lesión premaligno		Lesión maligno		Total	
	n	%	n	%	n	%
10 – 13 años	203	44,8	6	30,0	209	44,2
14 – 16 años	228	50,3	10	50,0	238	50,3
17 – 19 años	22	4,9	4	20,0	26	5,5
Total	453	100,0	20	100,0	473	100,0

En relación a la menarquia de las lesiones del cuello uterino que presentaron los 473 pacientes del hospital Nacional Ramiro Priale Priale, 209 (44,2%) presentaron entre 10 a 13 años, 238 (50,3%) presentaron entre 14 a 16 años, 26 (5,5%) presentaron entre 17 a 19 años. Siendo el inicio de menstruación de 14 a 16 años, los más propenso a presentar esta patología.

Grafico N°12. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según menarquia.

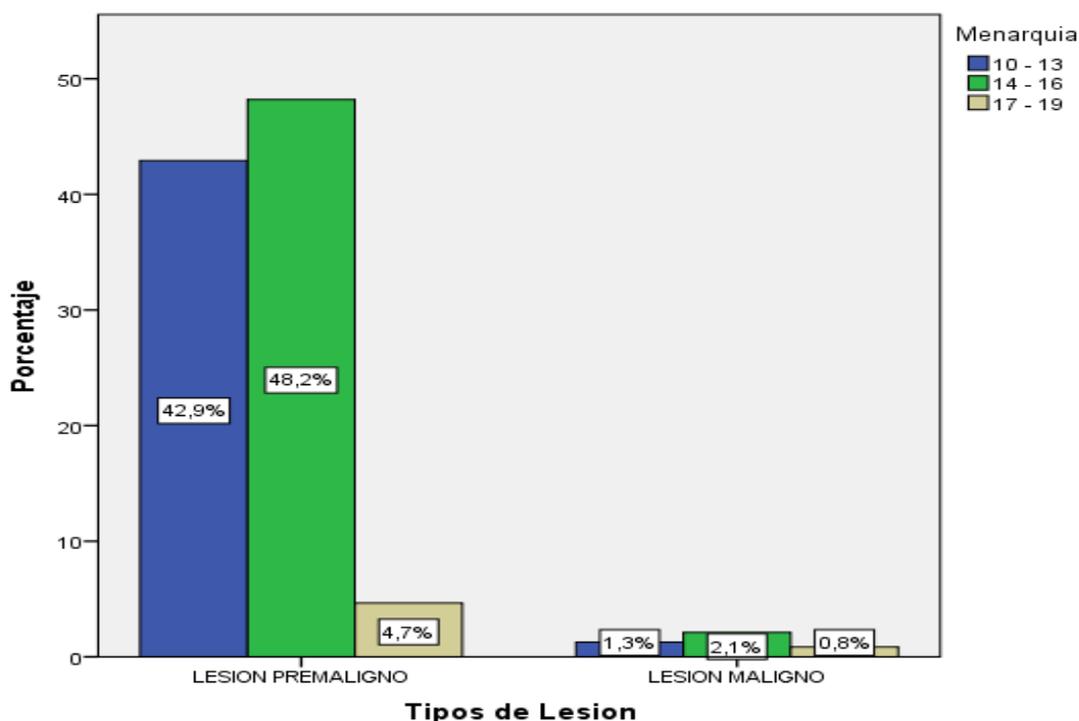


Tabla N°13. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según inicio de relaciones sexuales.

I.R.S	Lesión premaligno		Lesión maligno		Total	
	n	%	n	%	n	%
10 – 15 años	67	14,8	3	15,0	70	14,8
16 – 20 años	310	68,4	16	80,0	326	68,9
21 – 25 años	63	13,9	1	5,0	64	13,5
26 – 30 años	11	2,4	0	0,0	11	2,3
31 – 36 años	2	0,4	0	0,0	2	0,4
Total	453	100,0	20	100,0	473	100,0

En relación al I.R.S de los 473 pacientes del hospital Nacional Ramiro Priale Priale que presentaron lesiones del cuello uterino, 70 (14,8%) tuvieron entre 10 a 15 años, 326 (68,9%) tuvieron entre 16 a 20 años, 64 (13,5%) tuvieron entre 21 a 25 años, 11 (2,3%) tuvieron entre 26 a 30 años, 2 (0,4%) tuvieron entre 31 a 36 años. Siendo el IRS de 16-20 años, los más propenso a presentar esta patología.

Grafico N°13. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según inicio de relaciones sexuales.

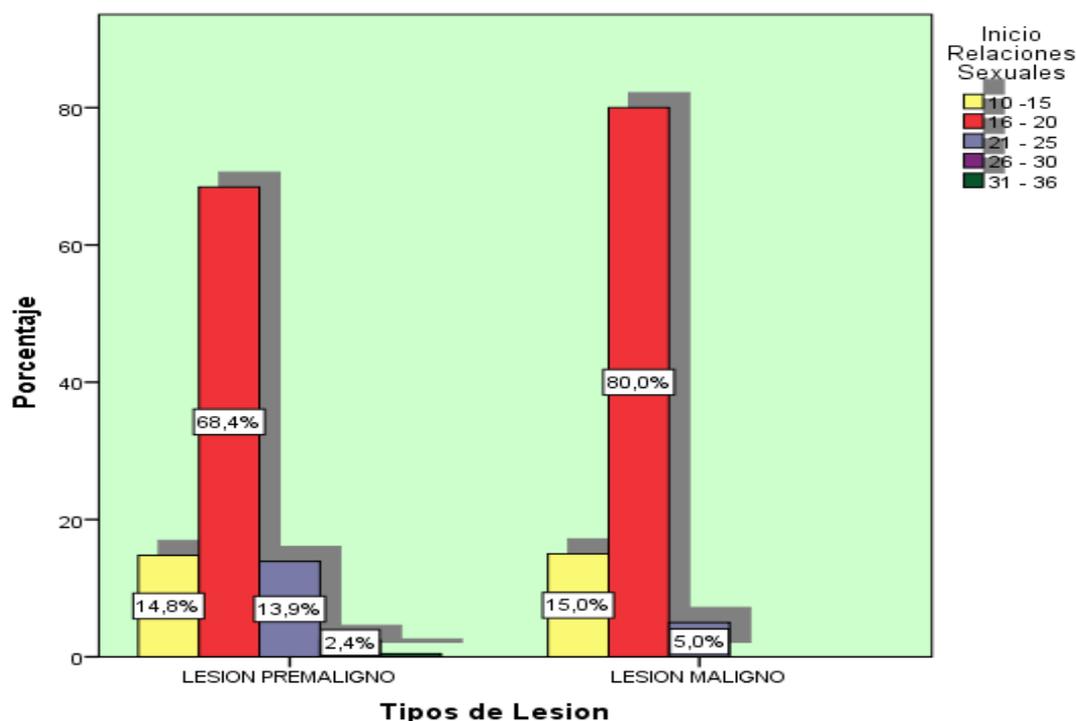


Tabla N°14. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según paridad.

Paridad	Lesión premaligno		Lesión maligno		Total	
	n	%	n	%	n	%
0 – 2 partos	262	57,8	7	35,0	269	56,9
3 – 5 partos	152	33,6	8	40,0	160	33,8
6 – 8 partos	32	7,1	3	15,0	35	7,4
9 – 11 partos	5	1,1	2	10,0	7	1,5
12 – 14 partos	2	0,4	0	0,0	2	0,4
Total	453	100,0	20	100,0	473	100,0

En relación a la paridad de los 473 pacientes del hospital Nacional Ramiro Priale Priale que presentaron lesiones del cuello uterino, 269 (56,9%) tuvieron entre 0 a 2 partos, 160 (33,8%) tuvieron entre 3 a 5 partos, 35 (7,4%) tuvieron entre 6 a 8 partos, 7 (1,5%) tuvieron entre 9 a 11 partos, 2 (0,4%) tuvieron entre 12 a 14 partos. Siendo la paridad entre 0 a 2 partos, los más propenso a presentar esta patología

Grafico N°14. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según la paridad.

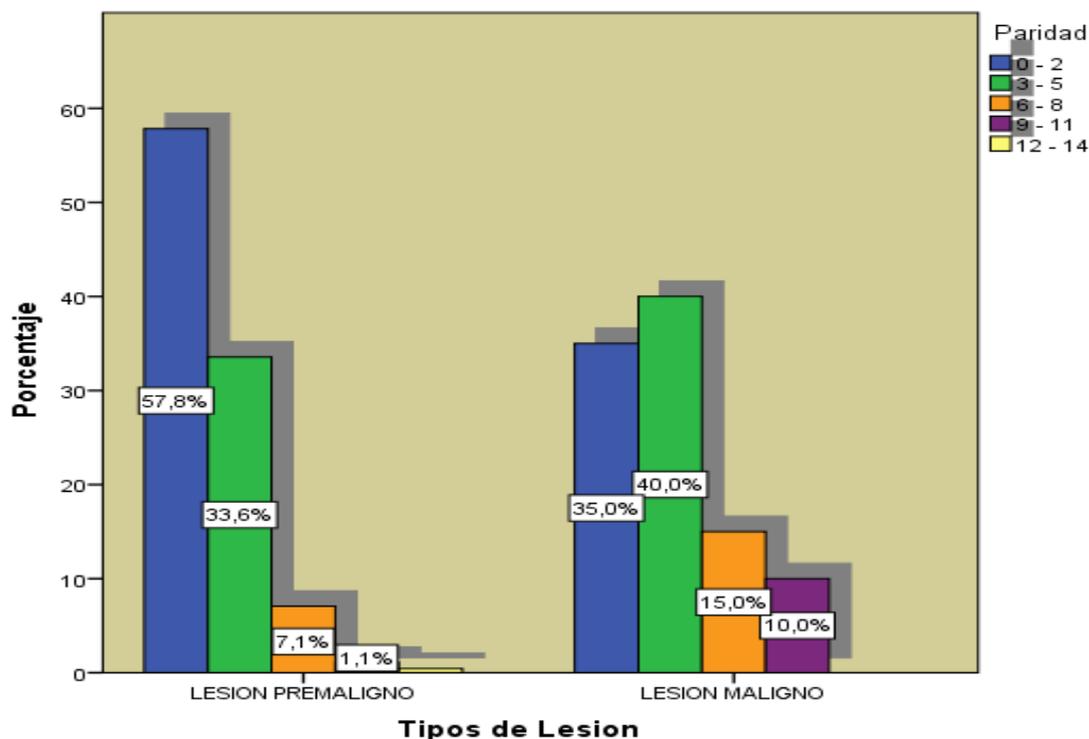
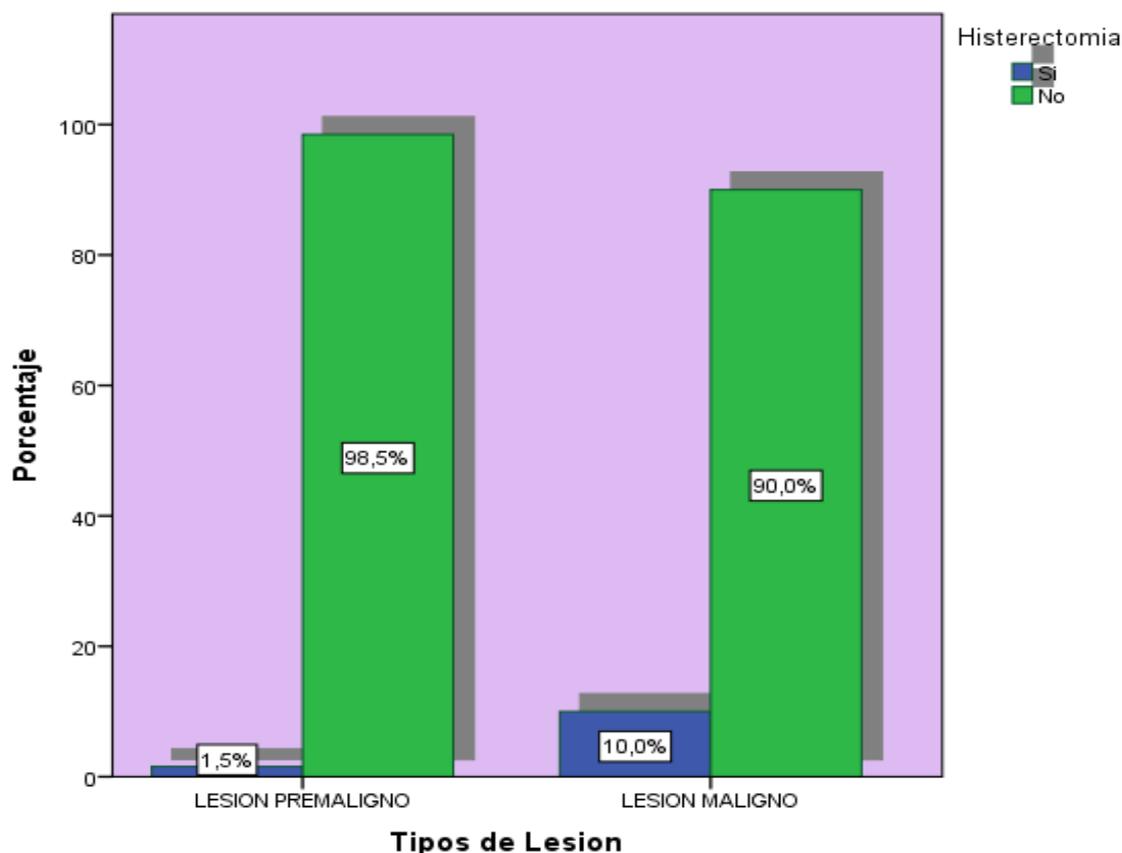


Tabla N°15. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según histerectomía.

Histerectomía	Lesión premaligno		Lesión maligno		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	7	1,5	2	10,0	9	1,9
No	446	98,5	18	90,0	464	98,1
Total	453	100,0	20	100,0	473	100,0

En cuanto a la histerectomía de los pacientes que presentaron lesiones del cuello uterino, 9 (1,9%) fueron operados y 464 (98,1%) no fueron operados (tabla 15). Siendo los operados, los más propenso a presentar esta patología.

Tabla N°15. Prevalencia de lesión premaligno y maligno según la histerectomía.



4.2. Discusión:

En este estudio se encontró un 2,6% de lesiones del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo, de los cuales el 95,8% fueron lesión pre maligna y 4,2% fueron lesión maligno. De los 17957 pacientes considerados en este estudio, 473 presentaron lesión del cuello uterino, lo cual representa el 2,6% y 17484 no presentaron lesión del cuello uterino, lo cual representa el 97,4%. Este resultado difiere significativamente de un estudio realizado en Venezuela en una muestra de 413 registros, donde, las lesiones pre-malignas presentaron la mayor frecuencia con 397 casos (96.13%) y de estas la más frecuente fue la NIC I, con 316 casos (76.51%). De las lesiones malignas la más frecuente correspondió al carcinoma epidermoide con 15

casos (3.63%) y de estos el tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide no queratinizante de células grandes con 4 casos (0.96%) (18). La diferencia entre ambas frecuencias puede responder a la presencia de más factores de riesgo en los pacientes, como por ejemplo infección por VPH, Número de partos, Tabaquismo, Inmunosupresión, Uso de un dispositivo intrauterino, Pobreza, Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino. Los cuales podrían estar aumentando la tasa de prevalencia de lesión del cuello uterino en dicha población. Asimismo, se realizó un estudio en Venezuela de lesión intra epitelial de bajo grado en endo cervix con 25 pacientes. Las lesiones intraepiteliales de bajo grado de endocervix presentaron un 92 % de regresión espontánea, 8 % de persistencia y no hubo ningún caso de progresión (10). Esta diferencia podría ser causada debido al tratamiento y cuidados que realizaban los pacientes en Venezuela, los cuales involucran preocupación en los pacientes en comparación a los pacientes del HNRPP en Perú.

Asimismo se realizó un estudio de 74 pacientes adolescentes con patología cervical, y se determinó su persistencia, regresión o progresión. 43,24 % de los casos reportaron lesión intra epitelial de bajo grado y 5,41 % lesión intra epitelial de alto grado. En la primera biopsia, 60,81 % presenta neoplasia intra epitelial cervical por virus papiloma humano. 9,46 % reporta neoplasia intra epitelial cervical 2, y 8,11 % presenta neoplasia intra epitelial cervical por cáncer in situ. Un 90,54 % de las pacientes presentaron signos histológicos sugestivos de infección por virus papiloma humano, y 27,27 % reportaron neoplasia intra epitelial cervical 3. Al analizar la evolución de la patología, se observa que 82,60 % presentó

regresión de sus lesiones (17).

En esta investigación se han considerado las características de los pacientes del HNRPP, que aparecen en la historia clínica. Gracias a la disposición que se otorgó por parte del jefe de servicio de anatomía patológica. Sin embargo un estudio realizado en Tarapoto donde se determinó la relación entre factores de riesgo reproductivo de mujeres con citología cervical uterina alterada existe 22 (52.4%) casos de CA INSITU confirmado y El 50% de las pacientes con citología cérvico uterina alterada habían iniciado sus Relaciones Sexuales entre los 11 y 15 años. En el caso de este grupo de pacientes relacionados con esta edad se puede apreciar que 9 (42.9%) fueron diagnosticadas como NIC I, y que 9 (42.9%) pacientes con CIS, Con respecto al número de parejas sexuales se observa que 33 (78.6%) pacientes tuvieron de 2- 3 parejas sexuales y 16 pacientes de dicho grupo tenían CA IN SITU (9). demuestra que la mayoría de pacientes tuvieron cáncer del cuello uterino entre 11 y 15 años y que tuvieron de 2 a 3 parejas.

4.3. Conclusiones:

- En esta investigación se encontró una tasa de prevalencia de 2,6% de lesiones del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo.
- En relación a la clasificación del cuello uterino, la lesión premaligna fue la más representativa con 95,8% seguido de la lesión maligno con 4.2 %.

- Los pacientes entre 36 a 55 años fueron lo que presentaron mayor prevalencia de lesiones del cuello uterino con 46,7%. Seguido de 26 a 35 años que presentaron con prevalencia del cuello uterino con 27,5%, asimismo de 56 a 75 años presentaron con prevalencia de lesiones del cuello uterino con 19,2%, 12 a 25 años presentaron con prevalencia del cuello uterino 5,9% y 76 a 95 años presentaron prevalencia del cuello uterino 0,6%.
- Los pacientes de Tambo – Huancayo fueron lo que tuvieron mayor prevalencia de lesiones del cuello uterino lo que representa el 53,5%, sin embargo, los pacientes de Mantaro presentaron 19,5%, seguido chilca que representa 16,9% por ultimo Chupaca que representa 10,1%.
- Los pacientes con inicio de menstruación de 14 a 16 años, fueron lo que tuvieron mayor prfevalencia de lesiones del cuello uterino que representa el 50,3%, 10 a 13 años fueron lo que tuvieron 44,2%, por último de 17 a 19 años fueron lo que tuvieron 5.5%..
- Los pacientes con inicio de relaciones sexuales de 16 a 20 años fueron lo que presentaron mayor prevalencia de lesiones del cuello uterino con 68,9%.
- Los pacientes no operados fueron lo que presentaron mayor prevalencia de lesiones del cuello uterino con 98,1%, seguido de los pacientes operados que presentaron con prevalencia del cuello uterino con 1,9%.

- Los pacientes entre 0 a 2 partos presentaron mayor prevalencia del cuello uterino con 56,9%, seguido de 3 a 5 partos presentaron una prevalencia de lesiones del cuello uterino 33,8%

4.4. Recomendaciones:

- Se debe implementar un programa de prevención de lesiones del cuello uterino dirigido a las mujeres adultas del HNRPP de Huancayo, identificando previamente los asegurados, infección por VPH, siendo el factor de riesgo más frecuente para las lesiones del cuello uterino. De esta forma podemos reducir la tasa de prevalencia de esta alteración.
- Se debe implementar un programa de prevención de lesiones del cuello uterino dirigido a las mujeres adolescentes del HNRPP de Huancayo, durante su formación, a fin de evitar el desarrollo de lesiones del cuello uterino.
- Se debe implementar un programa de capacitación dirigido a los Tecnólogos Médicos especialistas en laboratorio clínico y anatomía patológica, para fortalecer sus habilidades y competencias en el manejo de pacientes con lesiones del cuello uterino durante su tratamiento.
- Deben desarrollarse más investigaciones en paciente con lesiones del cuello uterino con el fin de identificar las lesiones pre malignas y malignas que pueden configurarse como factores de riesgo para

el desarrollo de lesiones del cuello uterino o patologías del cáncer del cuello uterino. Asimismo, deben desarrollarse estudios de seguimiento a los pacientes con esta lesión durante el tratamiento de estas patologías, a fin de proponer mejoras en el programa de prevención de las lesiones del cuello uterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_tecnicas/2011/25042011_CANCER_CUELLO_UTERINO_19_04_11.pdf.
2. <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/4monografiaVirusPapilomaYCancer.pdf>.
3. <https://es.scribd.com/doc/4609833/CITOLOGIA-GINECOLOGICA-De-Papanicolaou-a-Bethesda>.
4. <https://old.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf>.
5. Chavaro N, Arroyo G, Felipe L, Muruchi G, Perez I, Cáncer cervicouterino, Anales de Radiología México, 2009; 1: 61 – 79.
6. Mesares S, Elizabeth S, Características personales y su asociación con los hallazgos de citología cervical de las usuarias que acudieron al hospital san juan de Lurigancho enero-diciembre 2013 (Tesis Doctoral), Lima–Peru, 2015.
7. Moya J, Pio Dávila L. Prevalencia de anomalías cervicouterino asociadas al nivel de pobreza en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé 2011- 2013. Rev de Invest. de la Universidad Norbert Wiener. 2014; (3): 89 – 99.
8. Valderrama M, Campos F, Cárcamo C, García J. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de lima. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2007; 24(3): 234 – 239.
9. 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 – junio del 2011. Universidad Nacional de San Martín facultad de ciencias de la salud escuela académica profesional de obstetricia (Tesis Doctoral), 2012; 1 – 63.
10. Coromoto D, Mantilla D, González M. Lesión intraepitelial de bajo grado en endocérvix: conducta. Rev Obstet Ginecol Venez. 2009; 69(1):41-47.
 11. Castrillo K, Morales J, lesiones intraepiteliales de bajo grado. Rev Med de costa rica y centroamerica lxxvii. 2010 (591): 43-50.
 12. Zayas J. Características citohistológicas de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino. MEDISAN. 2014; 18(8):1099 – 1109.
 13. Gutiérrez C, Romaní F, Ramos J, Alarcón E, Wong P, Factores asociados con el conocimiento y tamizaje para cáncer de cuello uterino (examen de Papanicolaou) en mujeres peruanas en edad fértil. Rev Peruana de Epidemiología. 2010; (14): 39-49.
 14. Rojas G, Córdova C, Sánchez J. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. Rev Esp Méd Quir. 2012; 17(2):76-80.
 15. Castro E. Edad de inicio de relaciones coitales y número de compañeros sexuales como factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino en mujeres atendidas en el hospital de apoyo sullana ii -2. universidad privada antenorreggo. 2014, 1 – 41.
 16. Lau D, Millán M, Il Dr. C. Fajardo Y, Sánchez C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cub Obstet y Ginecol. 2012; 38(3): 366-377.

17. Salas M, Noguera M, Petrosino P, Arenas A, Neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez.2014;74(1):24-29.
18. Bolaños Arias O, Frecuencia de las lesiones premalignas y malignas a nivel de cuello uterino (Tesis Doctoral), Maracaibo; 2010.
19. Campos Muñoz R, Papanicolaou anormal y factores de riesgo en pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales (Tesis Doctoral),LIMA – PERÚ, 2015
20. Montero J, Bosques O, Delgado R, Díaz I, Tratamiento y seguimiento de las lesiones premalignas del cuello uterino, Especialista de I Grado en Cirugía General. Servicio de Ginecología. Instituto Nacionalde Oncología y Radiobiología (INOR). La Habana, Cuba.2006
21. Gonzales J, Factores asociados al abandono del tamizaje de cáncer de cuello uterino (Tesis Doctoral), hospital belén de Trujillo - Peru, 2015.
22. Payan Z, Prevalencia de lesión intraepitelial escamosa de bajo y alto grado por VPH en pacientes con ascus en citología exfoliativa cervical y hallazgos colposcópicos de vasos atípicos en la clínica de displasias del hospital materno infantil ISSEMYM en el período comprendido del 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2012 (Tesis Doctoral), Toluca estado de México, 2013.

ANEXOS

RVA ESSALUD
República Dominicana
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENIVA
CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN EN SALUD PÚBLICA

3706

SOLICITUD PAPANICOLAOU (PAP)

1da

Nombre y Apellido: Conde de Espinoza, N.º
DNI: 20091055
DIRECCIÓN: Corp. Sto. Isidro Jr. Alpha II B.P. 1510
EDAD: 58
SEXO: M
FECHA DE NACIMIENTO: 13/11/1951
TELÉFONO: 2277294
FECHA DE LA PAPANICOLAOU Y RESULTADO: 206
OBSERVACIONES: *Meisels
Acrofit*
Firma: *[Firma]*
Número del profesional: N.º Cargo

¿Cada año o más a menudo? (S) (No)	27/02
¿Cervicitis? (S) (No)	
¿Leucorrea? (S) (No)	
¿Otro? (S) (No)	
¿Examen del punto? (S) (No)	
¿Se observa cuello? (S) (No)	<input checked="" type="checkbox"/>

Solicitud de Papanicolaou

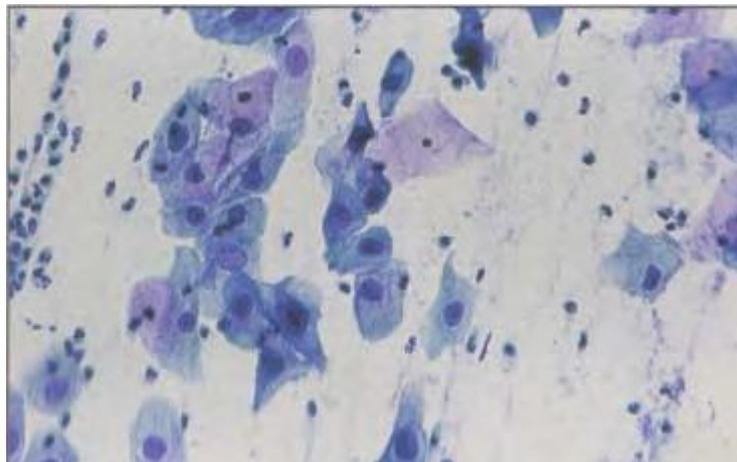


Figura 1. Citología cervical mostrando alteraciones celulares compatibles con lesión de bajo grado. El aumento de tamaño nuclear y el hiper cromatismo son evidentes pero de grado moderado. Fueron Meisels y Fortin, en 1976, los primeros en reconocer la etiología viral de la misma.

Fuente: Sistema Bethesda. (3)

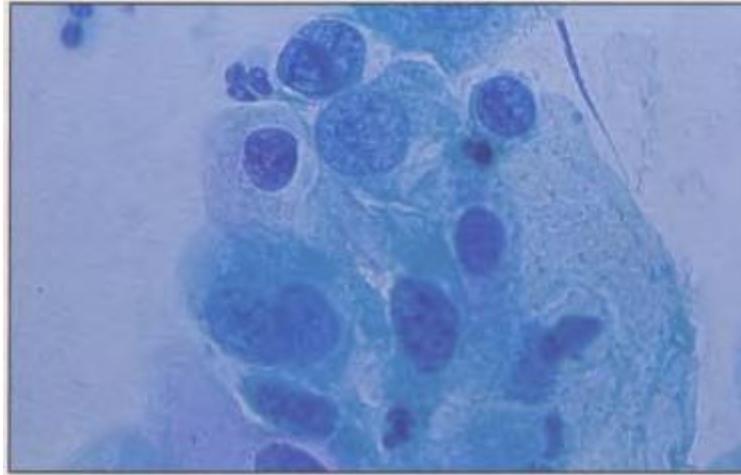


Figura 2. Citología cervical mostrando alteraciones celulares compatibles con lesión de alto grado. Los citoplasmas son delicados o densos de tipo metaplásico.

Fuente: Sistema Bethesda. (3)

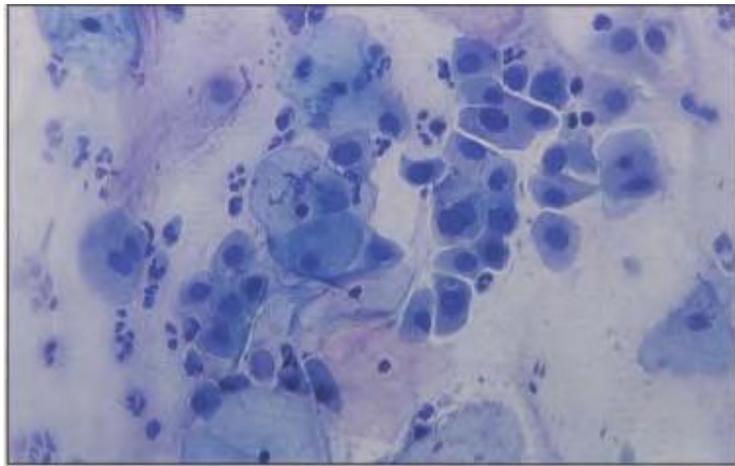


Figura 3. Citología cervical mostrando alteraciones celulares compatibles con ASC-US en células de morfología metaplásica (metaplasia atípica).

Fuente: Sistema Bethesda. (3)

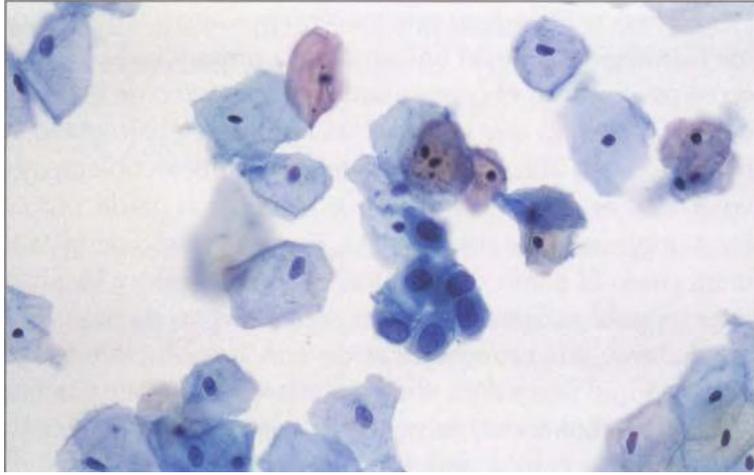


Figura 4. Citología cervical mostrando alteraciones celulares compatibles con ASC-H (citología en medio líquido).

Fuente: Sistema Bethesda. (3)

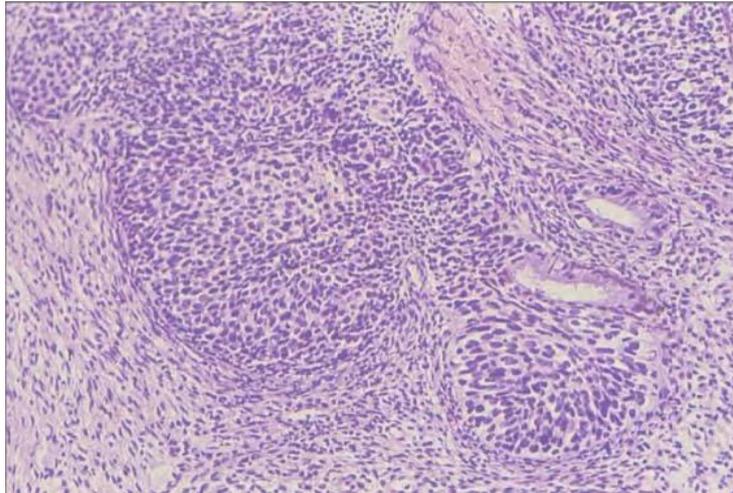


Figura 5. HE, Nido microinvasivo en carcinoma de células escamosas adyacente a un carcinoma in situ.

Fuente: Sistema Bethesda. (3)

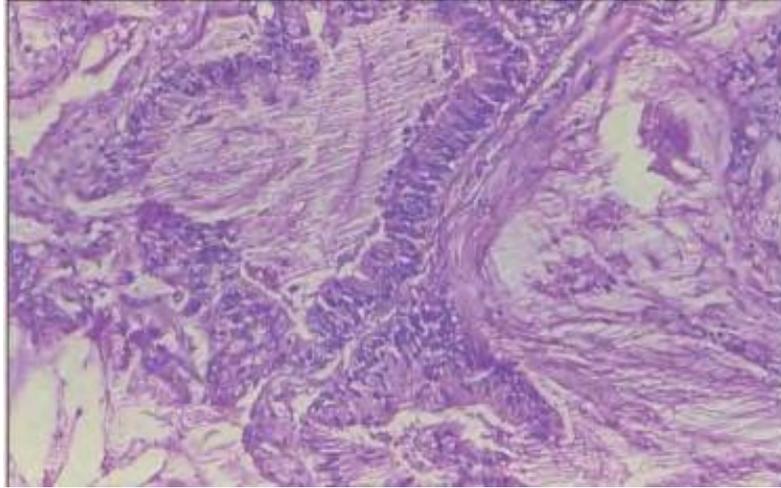


Figura 6. Adenocarcinoma de endocérnix de tipoendocervical. El epitelio recuerda al columnar mucosecretor propio del endocérnix con abundante producción de moco (hematoxilina-eosina).

Fuente: Sistema Bethesda. (3)

CARTA N° 045 - CI-HNRPP-ESSALUD-2017

Huancayo, 28 de Febrero del 2017

Señor:
Doctor ALBERTO BENAVIDES FOX
Jefe del Departamento de Ayuda al Diagnóstico y tratamiento
Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé
EsSALUD



CIUDAD.-

ASUNTO : BRINDAR FACILIDADES A LA BACHILLER PAUCAR SAENZ LILIANA MIRIAM

De mi especial consideración:

Por la presente me dirijo a usted para saludarlo muy cordialmente a nombre del Comité de Investigación del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – EsSalud y al mismo tiempo presentarle a la señorita Bachiller de la Carrera Profesional de TM, de la especialidad de Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica de la Universidad Alas Peruanas, que ha sido aprobado su trabajo de Investigación titulado : " FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE HUANCAYO EN EL AÑO 2016" , para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en la especialidad de Laboratorio Clínico. A partir del 02 de Marzo al 02 de Abril del 2017 de lunes a viernes de 10.00a.m. a 1.00pm.

Cabe señalar que los materiales que utilicen corren a cargo de la interesada.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,



DR. WALTER CALDERÓN GERSTEIN
Presidente Comité de Investigación
Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" RAJ

WSCG/Mirs.

NIT: 1302.2017.389

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

CODIGO: **FECHA:**.....

I. <u>DATOS DE INSTITUCION:</u>
EDAD:..... LUGAR DE PROCEDENCIA:.....
II. <u>ANTECEDENTES:</u>
MENARQUIA:..... IRS: PARIDAD:..... HISTERECTOMIA: SI () NO ()
III. <u>RESULTADOS:</u>
PREMALIGNO LIE BAJO GRADO () LIE ALTO GRADO () ASCUS () ASC – H ()
MALIGNOS CARCINOMA ESCAMOSO () ADENOCARCINOMA ()

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: FRECUENCIA DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALE PRIALE DE HUANCAYO EN EL AÑO 2016.

PROBLEMAS DE INVESTIGACION	OBJETIVOS DE INVESTIGACION	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES Y ESCALAS		INSTRUMENTOS DE MEDICION	METODOLOGIA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016?</p>	<p>OBJETIVOS GENERAL</p> <p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016.</p>	<p>VARIABLE PRINCIPAL</p> <p>Lesiones del cuello uterino.</p>	<p>Premalignas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lie bajo grado • Lie alto grado • ASCUS • ASC – H 	<p>Papanicolaou (clasificación Bethesda)</p>	Historia clínica	<p>DISEÑO DE ESTUDIO</p> <p>Estudio Retrospectivo, descriptivo de tipo transversal.</p>
			<p>Maligna</p> <ul style="list-style-type: none"> • CA escamoso • Adenocarcinoma 	<p>Biopsia</p>		
<p>PROBLEMA ESPECIFICO</p> <p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la edad?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la edad.</p>	<p>VARIABLES SECUNDARIOS</p> <p>Edad</p>	Numero naturales		Historia clínica	<p>POBLACIÓN</p> <p>17957 pacientes que acudieron al Hospital Nacional Ramiro Priale Priale a quienes se les realizó su Papanicolaou y Biopsia en el diagnóstico de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en Huancayo, Perú; durante el año 2016.</p>
<p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el lugar de procedencia?</p>	<p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el lugar de procedencia.</p>	procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Mantaro • chilca • Chupaca • Tambo 		Historia clínica	
<p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la menarquia?</p>	<p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la menarquia.</p>	Menarquia	Numero naturales		Historia clínica	
<p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el inicio de relación sexual?</p>	<p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según el inicio de relación sexual.</p>	IRS	Numero naturales		Historia clínica	<p>MUESTRA</p> <p>No se calcula el tamaño muestral, ya que se evaluaron a toda la población de pacientes que se obtuvo a partir de fichas de recolección de datos del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo, en el año 2016.</p>
<p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la paridad?</p>	<p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la paridad.</p>	Paridad	Numero naturales		Historia clínica	
<p>¿Cuánto es la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la histerectomía?</p>	<p>Determinar la prevalencia de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en pacientes del Hospital Nacional Ramiro Priale Priale de Huancayo en el año 2016, según la histerectomía.</p>	Histerectomía	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 		Historia clínica	