



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS**

**RELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS CITOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS  
DE CUELLO UTERINO EN LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A LOS  
CONSULTORIOS DE COLPOSCOPIA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO DE ENERO  
A JUNIO DEL AÑO 2017**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR: VILLANUEVA GERONIMO, Estefani Katerin**

**ASESORA: Dra. Fanny Valdiviezo Campos**

**LIMA, PERÚ  
JUNIO, AÑO 2018**

## INDICE

CARATULA	I	
PAGINAS PRELIMINARES	II	
RESUMEN	III	
ABSTRACT	IV	
	Pag.	
INTRODUCCIÓN	01	
<b>CAPITULO I</b>	<b>PLANEAMIENTO METODOLÓGICO</b>	
1.1	DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	02
1.2	DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	04
1.3	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	
1.3.1	Problema principal	05
1.4	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1.4.1	Objetivo general	05
1.5	HIPÓTESIS	
1.5.1	Hipótesis general	05
1.5.2	Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	06
1.6	JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	07
<b>CAPITULO II</b>	<b>MARCO TEORICO</b>	
2.1	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1.1	Estudios Nacionales	08
2.1.2	Estudios Internacionales	12
2.2	BASES TEORICAS	16
2.3	DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	41
<b>CAPITULO III</b>	<b>METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1.1	Tipo de investigación	42
3.1.2	Nivel de la investigación	43

3.1.3	Método de investigación	43
3.2	DISEÑO MUESTRAL	
3.2.1	Población	43
3.2.2	Muestra	44
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
3.3.1	Técnicas	44
3.3.2	Instrumentos	44
3.4	TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	44
<b>CAPITULO IV.    RESULTADOS</b>		
4.1	RESULTADOS	45
4.2	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	55
<b>CAPITULO V.    CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>		
5.1	CONCLUSIONES	58
5.2	RECOMENDACIONES	58
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>		60
<b>ANEXOS</b>		64
	Matriz de consistencia	65
	Instrumentos de recolección de datos	66
	Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio	67
	Juicio de expertos	68

**Dedico a:**

A mi familia por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

**Agradezco a:**

Son muchas las personas a las que me gustaría agradecer, en especial a las obstetras que fueron parte de mi crecimiento profesional, brindándome su apoyo y conocimientos durante mi formación.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos del cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes en el periodo de enero a junio del año 2017.

**Metodología:** Estudio de tipo observacional, Descriptiva – Correlacional y cuantitativa; La población sujeta a investigación son aquellas mujeres que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica durante los meses de enero a junio del año 2017, además de eso deben contar con resultado de Papanicolaou positivo y resultado de biopsia. Al momento de realizar la revisión de las historias clínicas solo 101 mujeres contaban con los datos necesarios para la presente investigación y todas ellas fueron incluidas. Para determinar la relación de las variables se utilizó la prueba Chi-cuadrado con un nivel de confianza de 95%.

**Resultados:** Conforme a la edad de la muestra se observa que el 87.1 % de la muestra estuvo constituida por mujeres en edad fértil de 17 a 49 años; de acuerdo al grado de instrucción el estudio señala que el 53.5% de la muestra tenía como grado de instrucción secundaria completa y solo el 0.9% fue iletrada y de igual porcentaje el grado superior universitario. Según el inicio de las relaciones sexuales, este se presentó entre los 11 y 30 años de edad teniendo una mediana de 17 años; de acuerdo a andria presenta un mínimo de 1 pareja sexual y un máximo de 10 parejas sexuales presentando una media de 2 parejas sexuales. Los resultados para la prueba citológica (papanicolaou) son del 67.33% fueron de LEIBG y el 32.67% fueron de LEIAG. Para la prueba histológica (biopsia) el 54.5% fueron LEIBG, el 44.6% fueron LEIAG y solo el 0.9% fueron negativos.

**Conclusiones:** Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que existe relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en

las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017.

**Palabras clave:** Papanicolaou, Biopsia, LEIBG, LEIAG, Cuello uterino

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the relationship between the cytological and histological findings of the cervix in the patients who attended the colposcopy and gynecological oncology clinics of the Sergio E. Bernales National Hospital in the period from January to June of the year 2017.

**Methodology:** Observational, Descriptive - Correlational and quantitative study; The population subject to investigation are those women who went to the colposcopy and gynecological gynecology offices during the months of January to June of the year 2017, in addition to that they must have a positive Papanicolaou result and a biopsy result. Only 101 women had the necessary data for the present investigation and all of them were included.

To determine the relationship of the variables, the Chi-square test was used with a confidence level of 95%.

**Results:** According to the age of the sample, it is observed that 87.1% of the sample consisted of women of childbearing age from 17 to 49 years; According to the level of education, the study indicates that 53.5% of the sample had complete secondary education and only 0.9% were illiterate and the university degree was the same. According to the beginning of the sexual relations, this one appeared between the 11 and 30 years of age having a median of 17 years; According to Andria, it has a minimum of 1 sexual partner and a maximum of 10 sexual partners, presenting an average of 2 sexual partners. The results for the cytological test (papanicolaou) are 67.33% were from LEIBG and 32.67% were from LEIAG. For the histological test (biopsy) 54.5% were LEIBG, 44.6% were LEIAG and only 0.9% were negative.

**Conclusions:** After completing the Investigation Study, it is concluded that there is a relationship between the cytological and histological findings of the cervix in the patients who attended the colposcopy and gynecological oncology



offices of the Sergio E. Bernales National Hospital in the period from January to June of the year 2017.

**Keywords:** Papanicolaou, Biopsy, LEIBG, LEIAG, Cervix

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud pública, y uno de los problemas más críticos es el diagnóstico tardío de los casos de cáncer de cuello uterino y esto, como consecuencia de las debilidades del sistema de salud y los temores de la población hacia las pruebas diagnósticas debido a la falta de conocimiento.

Las estadísticas indican que cada año alrededor de 50,000 casos nuevos de cáncer son diagnosticados en el Perú, siendo los de mayor incidencia en las mujeres el cáncer de cuello uterino y cáncer de mama.

De acuerdo al instituto nacional de enfermedades neoplásicas (INEN) en el año 2016 se registraron 1632 nuevos casos de cáncer de cuello uterino en lima metropolitana, ocupando el primer lugar de enfermedades neoplásicas en mujeres.

Los métodos de diagnóstico precoz son la primera línea de detección oportuna del cáncer de cuello uterino, puede prevenir hasta el 40% de los casos. Por esta razón es necesario reforzar estrategias que nos permitan detectar la enfermedad en lesiones pre malignas, para que de esa forma se brinde el tratamiento adecuado, teniendo como fin la no progresión de la lesión.

El principal método diagnóstico precoz, no definitivo, es el estudio de la citología cervico-uterina; prueba de bajo costo que ayuda a la detección oportuna de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, este diagnóstico precoz será confirmado a través de una biopsia si así lo requiere la usuaria, para de esta manera corroborar diagnóstico y brindar el tratamiento oportuno.

El presente proyecto busca sensibilizar a la población y profesionales de salud en la importancia de las pruebas de diagnóstico precoz ante el cáncer de cuello uterino que viene cobrando la vida de tantas mujeres de forma indiscriminada.

## **CAPITULO I**

### **PLANEAMIENTO METODOLÓGICO**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El cáncer de cuello uterino (CCU) es una de las neoplasias que desafortunadamente en los últimos tiempos ha ido en aumento, de acuerdo al Globocan del año 2012, el CCU se encuentra en el tercer lugar en los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres a nivel mundial y en segundo lugar en mujeres de regiones menos desarrolladas. Se estima además que en este mismo año hubo 445000 casos nuevos de CCU registrados en todo el mundo y por lo menos 270000 mujeres fallecieron producto de esta enfermedad solo en el año 2012, el 85% de estas muertes se registraron en países en vías de desarrollo.<sup>1,2</sup>

En américa Latina y el caribe, el CCU es el segundo tumor maligno más frecuente, tanto en incidencia como en mortalidad, afectando a mujeres

de todas las edades. A nivel de América Latina se estima que aproximadamente 67,801 mujeres son diagnosticadas con cáncer de cuello uterino cada año, registrándose 31,467 muertes producto de este cáncer.<sup>3</sup>

“Las tasas de incidencia ajustadas por edad más altas se registran en Jamaica, Guyana, Nicaragua, Honduras y El Salvador; y las más bajas en Chile, Trinidad y Tobago, Uruguay y Costa Rica.”<sup>3</sup>

En Argentina cada año se diagnostican aproximadamente 4000 casos nuevos de CCU y alrededor de 1800 mujeres fallecen a causa de la misma enfermedad, el 82% de estos decesos ocurren en mujeres mayores de 40 años.<sup>4</sup>

El Perú no es un país ajeno a esta realidad, el Globocan del 2012 indica que el cáncer más frecuente en las mujeres del Perú es el cáncer de cuello uterino; en el año 2013 se registró 1574 casos, en el año 2014 fueron 1484 casos nuevos y en el 2015 se registraron 1579 casos nuevos según el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.<sup>2, 5, 6</sup>

El alto grado de incidencia de esta enfermedad ha convertido de esta un problema de salud pública de primer orden, el cáncer de cuello uterino es una enfermedad detectable a través de múltiples estrategias, con un adecuado diagnóstico y tratamiento podrían evitarse.<sup>3</sup>

Las estrategias sanitarias buscan reducir las tasas de incidencia y mortalidad causada por esta enfermedad, a través de la detección oportuna, promoción y rehabilitación brindada en los diferentes niveles de atención, el CCU posee una alta probabilidad diagnóstica, las pruebas de cribado son sumamente importantes para la detección oportuna.

En el Perú se utiliza la citología o Papanicolaou, la IVAA y la colposcopia como tamizaje para el CCU, colocando al Papanicolaou e IVAA en primer orden ante la lucha contra este cáncer. Las estrategias de salud han ido incrementando pruebas de cribado para mejorar el diagnóstico oportuno y de esa manera reducir la mortalidad; dentro de las pruebas que han sido adicionadas se encuentra las pruebas de VPH que posee una sensibilidad y especificidad alta, no obstante el Papanicolaou es el cribado que cuenta con mayor cobertura y que puede llegar a mayor porcentaje de mujeres. Debido a que no todo el personal está capacitado para realizar IVAA o no realizan la prueba.

No obstante la prueba que brinda el diagnóstico definitivo es la biopsia por colposcopia, y esta prueba se les realizara a aquellas mujeres que cuenten con un Papanicolaou positivo, un IVAA positivo o una colposcopia anormal. Por ello es sumamente importante identificar las lesiones durante el tamizaje, para de esta manera obtener un diagnóstico certero.<sup>7</sup>

## 1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

### **Delimitación Social**

Esta investigación se realizó a todas aquellas mujeres que cuentan con la prueba de Papanicolaou positiva, resultado de biopsia y su historia clínica nos brinde los datos necesarios para la investigación.

### **Delimitación Temporal**

Esta investigación se realizó en el periodo de enero a junio del año 2017

### **Delimitación Espacial**

Esta investigación se realizó en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Ubicado en Av. Túpac Amaru N°8000 en el distrito de Comas en el departamento de Lima, Perú.

### **1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

#### **1.3.1 Problema**

¿Cuál es la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017?

### **1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.4.1 Objetivo**

Determinar la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos del cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017

### **1.5 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.5.1 Hipótesis**

HA: Existe relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017

H0: No Existe relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017

### 1.5.2 Variables

Hallazgo Citológico (Papanicolaou)

Hallazgo Histológico (Biopsia)

#### OPERALIZACIÓN DE VARIABLES

<b>VARIABLE</b>	<b>ASPECTOS O DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Hallazgo Citológico (Papanicolaou)</b>	Resultado positivo de Citología (Papanicolaou)	LEIBG
		LEIAG
<b>Hallazgo Histológico (Biopsia)</b>	Resultado Histológico (Biopsia)	NEGATIVO
		LEIBG
		LEIAG

## 1.6 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El cáncer de cuello uterino constituye un problema de salud pública en todo el mundo por su elevada incidencia y mortalidad, la tasa de incidencia en América Central es de 30.6 por cada 100,000 habitantes; en México ocupa la segunda causa de neoplasias malignas en mujeres.

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad preponderante que eleva el riesgo de morbilidad femenina en todo el mundo. En el Perú según los últimos estudios a nivel nacional el cáncer de cuello uterino representa la primera causa de muerte por cáncer en la mujer peruana.<sup>8, 9</sup>

Sin embargo esta enfermedad es totalmente prevenible y curable a bajo costo y bajo riesgo, a través de las estrategias sanitarias brindadas por el ministerio de salud (MINSA).

Las principales pruebas de tamizaje para detectar el cáncer de cuello uterino son el IVAA, Papanicolaou, colposcopia y la prueba que asignara el diagnóstico definitivo, la biopsia. En la actual investigación se valora el Papanicolaou como prueba necesaria para toda mujer que ya inicio su vida sexual; esta prueba es la prueba más accesible para las mujeres de áreas urbanas, teniendo al Papanicolaou como punto de partida para un posterior estudio de la enfermedad.<sup>10</sup>

Esta investigación busca conocer la relación que existe entre el Papanicolaou y la biopsia; teniendo en cuenta que en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales no cuenta con un estudio similar.



## CAPITULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1 Estudios Nacionales

**Ayala Aponte Yuliana** en su trabajo realizado en el Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2015, Perú. Relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos del cuello uterino en gestantes que acudieron al consultorio oncológico del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé –2015 con el **Objetivo** de Determinar la relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos del cuello uterino de gestantes que acudieron al consultorio oncológico del Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2015. **Método:** Estudio observacional, con diseño descriptivo correlacional, retrospectivo de corte transversal, que tuvo como muestra a 115 gestantes con citología anormal del cuello

uterino que se realizaron Colposcopia en el Consultorio Oncológico del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2015. En el análisis descriptivo de las variables cualitativas se utilizaron las frecuencias absolutas y porcentuales y en el análisis inferencial se calculó la relación de las variables de estudio mediante la prueba Chicuadrado, cuyo  $p < 0.05$  fue significativo. **Resultados:** Las usuarias tenían de 20 a 35 años (65.2%), se encontraban en el tercer trimestre de gestación (51.3%) y eran primigestas (39.1%). En los hallazgos citológicos, según el Sistema Bethesda, el 64.3% de las gestantes tuvieron lesiones intraepiteliales de bajo grado, el 14.8% lesiones intraepiteliales de alto grado y el 20.9% células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Según el sistema Displasia y NIC, el 64.4% de las gestantes presentaron NIC I/ displasia leve, el 7.8% NIC II/ displasia moderada y el 3.5% NIC III/ displasia severa. En cuanto a los hallazgos colposcópicos, el 50.4% tiene cambios menores de grado I en los hallazgos colposcópicos, el 20.9% hallazgos normales y el 16.5% cambios mayores de grado II. Existe relación significativa entre el ASCUS/ ASC – H y los resultados colposcópicos normales ( $p=0.009$ ). También, existe relación entre la lesión intraepitelial de bajo grado y los diagnósticos colposcópicos de cambios menores grado I ( $p=0.000$ ). Por último, hubo relación entre los resultados citológicos de lesión intraepitelial de alto grado y los resultados colposcópicos de cambios mayores grado II/ cáncer invasor ( $p=0.000$ ). **Conclusión:** Existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos del cuello uterino en gestantes que acudieron al consultorio oncológico del Hospital Docente Madre Niño “San Bartolomé” durante el año 2015.<sup>11</sup>

**Rosado Flores Manuel Jesús** en su trabajo realizado en Centro Médico Oncomujer en los años 2013 - 2014, Lima - Perú. “Efectividad de la detección de lesiones neoplásicas de cuello uterino por citología e inspección visual con ácido acético” con el **objetivo** Determinar cuál es la relación entre la detección de lesiones neoplásicas del cuello uterino por

las pruebas de despistaje de Papanicolaou (PAP) e Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y los Diagnósticos anatomopatológicos de Biopsia en las pacientes del Centro Médico Oncomujer atendidas para despistaje.

**Método:** El presente estudio es de diseño observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal. Se evaluó a la población de pacientes femeninas, atendidas para despistaje de cáncer de Cuello uterino con IVAA y PAP, en los años 2013 al 2014, en el Centro Médico Onco Mujer. Se indicó biopsia a las pacientes que presentaban una o ambas pruebas positivas y se realizó en análisis de los datos mediante el programa SPSS y Excel.

**Resultados:** Durante los años 2013 y 2014 en el Centro Médico Oncomujer se evaluaron con PAP e IVAA a 1108 pacientes con una edad media de 41.66 años y rango entre 20 y 60 años, el 81.8% fueron de la costa, 10.1 % de la sierra y 8.1% de la selva; el 57% fueron casadas o convivientes y la paridad media fue de 2.31 con un rango entre 0 y 5 hijos. De estas pacientes 323 presentaron una o ambas pruebas positivas, de ellas solo se pudieron realizar biopsia en 229 del total de ellas 160 fueron positivas y 69 negativas, las pacientes biopsiadas que presentaron IVAA positivo fueron 224 de las cuales 159(70.98%) tuvieron biopsia positiva y 65 fueron negativas, lo que nos da una sensibilidad de 99%, una especificidad de 5.8%, Valor Predictivo Positivo (VPP) 71% y Valor Predictivo Negativo (VPN) 30.1%. Las pacientes biopsiadas con PAP positivo fueron 57 de las cuales 49(85.96%) fueron positivas y 8 fueron negativas, mostrando una sensibilidad de 31% y una especificidad de 88% con un VPP de 86% y VPN de 35%. Las pacientes que presentaron ambas pruebas positivas (PAP e IVAA) fueron 50 de las cuales 46(92%) fueron positivas. Por último las pacientes que presentaron PAP positivo con IVAA negativa fueron 5 de las cuales solo 1(20%) fue positiva.

**Conclusiones:** Debido a la alta tasa de falsos positivos del IVAA, las ventajas que representan su uso, en teoría, en poblaciones alejadas y de bajos recursos como son el resultado inmediato y la posibilidad de tratamiento inmediato, se diluyen frente al riesgo de sobre tratamiento.<sup>14</sup>

**Porta Gonzales Elvis Edwards** en su trabajo realizado en el hospital nacional docente madre niño san bartolomé el año 2016, Perú. Correlación citológica e histológica en el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes tamizadas en el hospital nacional docente madre niño san bartolomé- lima con el **Objetivo** de Determinar la correlación citológica e histológica en el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes tamizadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé-Lima durante el año 2014. **Método:** la muestra estuvo constituida por 123 pacientes, a las cuales se les realizó el estudio histológico mediante la conización (cono frío y cono leep) del cuello uterino luego de resultados anormales del Papanicolaou en el periodo que corresponde al estudio. los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, elaborada para los fines de la investigación se ordenaron y procesaron en una computadora personal, valiéndonos del programa SPSS 22.0 para Windows 2013. **Resultados:** la media de la edad de las pacientes estudiadas fue de 38.07+/-9.7 años. El 45,5% de las pacientes eran convivientes. El 55,3% de las pacientes tenían grado de instrucción secundaria. La mayoría eran amas de casa en un 82,9% de los casos. Hubo una mayor frecuencia de pacientes multíparas en un 73,2% de los casos. La mayoría no tenían hábitos nocivos en un 79, 7%. El 69,1% de las pacientes tuvo enfermedad inflamatoria pélvica como enfermedad previa. En cuanto al hallazgo colposcópico hubo una mayor frecuencia de NIC 1 en el 66,7%. En relación a los resultados de la biopsia encontramos una mayor frecuencia de NIC 1 en el 58,5%. En cuanto a los resultados del PAP encontramos una mayor frecuencia de cervicitis en un 53,7%. **Conclusión:** Existe una asociación estadísticamente significativa de los resultados de la anatomía patológica con los hallazgos colposcópicos y del PAP ( $P < 0.05$ ).<sup>12</sup>

## 2.1.2. Estudios Internacionales

**Clark Rosales Shirley Jane** en su trabajo realizado en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca de enero a diciembre del 2015, Nicaragua. Concordancia Citohistológica en el diagnóstico de Neoplasias Escamosas de Cuello Uterino. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua. Enero a Diciembre 2015 con el **objetivo** de determinar la concordancia entre el diagnóstico citológico y el histológico de neoplasias escamosas de cuello uterino en el hospital Antonio Lenin Fonseca en el periodo Enero a Diciembre del 2015. **Método:** Se realizó una investigación descriptiva, observacional, transversal y prospectiva durante el período de Enero 2015 a Diciembre 2015 en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca. 483 fue el total de pacientes remitidos de otras unidades de salud a las que se le analizó biopsia de cérvix, 283 pacientes diagnosticadas con lesión de bajo grado, alto grado y carcinoma invasor en cérvix según resultados de citología y biopsia. **Resultados:** En el estudio realizado se concluye que el grupo de edades las pacientes entre los 20-34 años son las más afectadas, 186 pertenecen al centro de salud de Ciudad Sandino que representa un (65,7%), no se reportan los datos de la edad de inicio de la vida sexual activa en un 34%; también se concluye que 41 por ciento tiene 0 hijo. Entre las pacientes estudiadas y clasificadas según Sistema de Bethesda se encontró 174 pacientes con lesión de bajo grado por citología y por colposcopia 134, ambos dentro del rango de edad de 20- 34 años De manera general el porcentaje de concordancia fue de un 81,25%. El índice de concordancia fue moderada para las lesiones de bajo grado (NIC!) y NIC 3, siendo estas de 0,40 y 0,54 respectivamente, mientras que para NIC 2 y Carcinoma invasor fueron bajas para un 0,34 y 0,2 respectivamente. La proporción de concordancia fue buena para todos los grupos estudiados pero con una muy baja sensibilidad y una especificidad catalogada como buena. **Conclusión:** Índice de kappa moderado para los diagnosticados como

NIC1 y NIC3, índice bajo para las diagnosticadas como NIC2 y carcinoma invasor.<sup>16</sup>

**Sarria García Orlando Josué** en su trabajo realizado en el Departamento de Patología del Hospital HEODRA en el periodo de enero del 2013 a mayo del 2014, Nicaragua. Correlación de los resultados de citología, hallazgos Colposcópicos Y Biopsia de cuello uterino examinadas en el Departamento de Patología – Heodra en el período comprendido de 01 de enero del 2013 al 31 de mayo 2014 con el **Objetivo** de Determinar la relación existente entre los hallazgos colposcópicos y los resultados de citología y biopsia de cuello uterino examinada en el Departamento de Patología HEODRA. **Método:** Diseño de estudio es transversal analítico que comprendió de Enero 2013 – Mayo 2014. Realizado en el Departamento de Patología del Hospital HEODRA. Se revisaron 491 expedientes de pacientes con diagnóstico de LIE por citología que se les realizó colposcopia con biopsia dirigida. **Resultado:** Del total de las pacientes (491), 259 (52.7%) presentaron una LIE – AG por citología. Al realizar la capacidad predictiva de la prueba diagnóstica se obtuvo una especificidad colposcópica, citología e histológica de 95.2% y sensibilidad 77.5%. **Conclusión:** Se observa elevada concordancia citológica, colposcópica e histológica cuando las pacientes presentan una LIE – AG (95.2%). Se obtuvieron mayores casos falsos negativos cuando el diagnóstico por citología fue de LIE – BG.<sup>17</sup>

**Guillén Reveles Hector Rogelio** en su trabajo realizado en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz del 01 de enero a 31 de diciembre del 2012, Mexico. Concordancia diagnóstica de las lesiones premalignas de cérvix de acuerdo a la colposcopia e histología, en pacientes que acuden a la clínica de colposcopia en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz de 01 de enero a 31 de diciembre del 2012. Con el **Objetivo** de Conocer la concordancia diagnóstica de las lesiones premalignas de cérvix de acuerdo a la colposcopia e histología,

en pacientes que acuden a la clínica de colposcopia en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz de 01 de enero a 31 de diciembre del 2012. **Método:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico de concordancia, en la Clínica de Colposcopia del Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz en el periodo del 1 de enero del 2012 a 31 de diciembre del 2012, se tomaron en cuenta a todas las pacientes que acudieron a la consulta externa del servicio de Colposcopia durante el periodo de estudio a quienes se les diagnosticó algún tipo de lesión intra epitelial cervical, se incluyeron a todas las pacientes que aceptaron la realización de colposcopia y toma de biopsia para establecer diagnóstico, que no tuvieran patología cervical maligna previa, que contaran con diagnóstico de lesión intraepitelial por colposcopia y biopsia, que no presentaran infección cervicovaginal sintomática durante el estudio y que cumplieron con criterios para la realización de la colposcopia. Así misma se excluyeron a las pacientes que contaran con un diagnóstico Colposcópico diferente de LIEBG o LIEAG, pacientes con Diabetes Mellitus o Hipertensión arterial sistémica, pacientes con una colposcopia no concluyente o estudio histológico no concluyente, además a paciente sin estudios diagnósticos completos. Se eliminaron a las pacientes con resultado de estudio histopatológico con muestra insuficiente y paciente que no acude a consulta de seguimiento. **Resultado:** De acuerdo al índice de kappa la concordancia diagnóstica entre colposcopia e histología fue la siguiente: De 926 registros positivos por colposcopia para lesión intraepitelial, 904 fueron también positivos por biopsia y 22 negativos. De 59 resultados negativos por colposcopia para lesión intraepitelial 51 fueron negativos por biopsia y 8 positivos. El total de resultados positivos por colposcopia fue de 926 y negativos fue de 59. El total de resultados positivos por biopsia fue de 912 y negativos de 73. **Conclusión:** La concordancia colpo-histológica en la clínica de colposcopia es buena de acuerdo al índice de Kappa, las discrepancias presentadas pueden ser consecuencia de errores de rastreo, interpretación, fallas de muestreo histológico, o por regresión espontánea

de la lesión. Los casos en los que no se demostró lesión en la biopsia pueden ser resultado de error en el rastreo colposcópico o una toma de biopsia inadecuada, aunque pueden intervenir otros factores como la posible regresión de las lesiones de bajo grado lo cual justifica algunos falsos negativos.<sup>19</sup>

**Citlalli Eunice Avellaneda Atriano** en su trabajo realizado en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez” en los años 2010 a 2013, Mexico. Correlación citológica, colposcópica e histopatológica de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado de cérvix en la clínica de colposcopia del hospital general de ecatepec “DR. José María Rodríguez”. Marzo 2010 a febrero 2013. Con el **objetivos** Realizar la correlación citológica, colposcópica e histopatológica en pacientes vistas en la Clínica de Colposcopia del Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez” con diagnóstico de referencia de Lesión Escamosa intraepitelial de Alto Grado en el periodo de marzo 2010 a febrero 2013.

**Material y métodos** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y correlacional, en pacientes referidas del primer nivel de atención que contaron con diagnóstico citológico de lesión intraepitelial de alto grado. **Resultados** En el estudio realizado en el Hospital General de Ecatepec “Dr. José María Rodríguez” se encontró que existe una correlación significativa entre el diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado y el diagnóstico efectuado por citología, colposcopia e histopatología (biopsia y cono), así como una relación significativa entre lesión escamosa intraepitelial de alto grado y factores de riesgo como tabaquismo, método de planificación familiar y el número de gestas. Se determinó que el grupo de edad más afectado fue el de 30 a 49 años.

**Conclusión:** El resultado de este estudio aportó información importante para guiar acciones preventivas que podrían regir en la estructura organizacional de programas para la prevención del cáncer cervicouterino sabiendo que la lesión intraepitelial de alto grado es el predecesor de dicho padecimiento.<sup>20</sup>



## 2.2 BASES TEÓRICAS

### Historia natural del Cáncer de Cuello Uterino

Los distintos estudios realizados han comprobado que la causa necesaria del cáncer de cuello uterino es la infección causada por el Virus Papiloma Humano (VPH); demostrándose una asociación de más del 99% entre el cáncer de cuello uterino y el VPH.<sup>4</sup>

La infección causada por el VPH se presenta en mujeres sexualmente activas, según estudios el 50 a 80% de estas mujeres han sufrido de esta infección al menos una vez en su vida.<sup>4</sup>

La principal vía de infección del virus es la vía sexual; no se ha podido comprobar que el preservativo sea un método efectivo como prevención de la transmisión, ya que este virus puede estar ubicado en áreas de los genitales que no necesariamente están cubiertas con el preservativo.<sup>4</sup>

La clasificación del VPH es sumamente importante, actualmente se han identificado más de 100 tipos de VPH, de los cuales 40 de estos afectan el tracto anogenital tanto de la mujer como del hombre, y de estos, aproximadamente 15 son considerados de alto riesgo oncogénico, siendo los más comunes el VPH16 y VPH18, ocasionando el 70% de casos de cáncer.<sup>4</sup>

También están los PVH de bajo riesgo, estos suelen ocasionar infecciones transitorias que pueden regresionar o no progresar, de manera especial en mujeres jóvenes, esto debido al mecanismo de defensa del organismo que busca erradicar el virus.<sup>4</sup>

Sin embargo el 5% de las mujeres infectadas con VPH de alto riesgo padecen de infecciones persistentes.<sup>4</sup>

Las lesiones de alto grado son poco comunes y estas pueden surgir por la progresión de una displasia de bajo grado o de una infección persistente ocasionada por un VPH de alto riesgo; estas lesiones pueden progresar hacia un cáncer y otras pueden regresar, de manera muy especial en mujeres jóvenes.<sup>4</sup>

El tiempo de evolución de una displacia hacia un cáncer es de entre 10 y 20 años, por lo que hace que esta enfermedad pueda ser detectable en sus fases tempranas a través del tamizaje.<sup>4</sup>

### **Virus del Papiloma Humano (VPH)**

En el año 1956, Koss y Durfee describen por primera vez los cambios citológicos ocasionados por el PVH, otorgándole a estos cambios el nombre de coilocitosis. Estos alcances no obtuvieron su real importancia hasta 20 años después, cuando Meisels y Cols publicaron la presencia de estos cambios citológicos en la displasia leve. Los estudios de biología molecular han demostrado altas concentraciones de ADN del VPH y de antígenos de la capsida, que indican una infección vírica producida en estas células coilocíticas.<sup>21</sup>

En cambio, partes del ADN del VPH se integran en las células huésped. La integración del ADN transcripcionalmente activo en la célula huésped parece ser esencial para la transformación maligna. La transformación maligna requiere la expresión de las oncoproteínas E6 Y E7 producidas por el VPH.<sup>21</sup>

En la mayoría de mujeres con neoplasia cervical se ha detectado la presencia del ADN del VPH. El VPH posee más de 120 tipos de los cuales 30 de estos infectan de forma primaria el epitelio escamoso del área anogenital, las neoplasias intraepiteliales son atribuidas en un 90% a la infección del VPH. El CIN de alto grado está asociado íntimamente con la presencia del VPH, sin embargo solo ciertos tipos de VPH son los causantes de lesiones intraepiteliales de alto grado y de cáncer (VPH 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59 y 68). El VPH más habitual en lesiones de alto grado es el VPH 16 encontrándose en el 47% de las mujeres con cáncer de cérvix en sus distintos estadios.<sup>21</sup>

En la mayoría de los casos la infección ocasionada por el PVH suelen no ser persistente, aquellas que si persiste puede mantenerse de forma latente durante muchos años sin mostrar indicios de la presencia de esta

enfermedad, algunas de estas con el pasar del tiempo se terminaran eliminando; otras presentaran lesiones cervicales de bajo grado que podran regresionar de manera espontanea. En la mayoría de las mujeres la infección se eliminara de 9 a 15 meses sin tratamiento alguno.<sup>21</sup>

Otro grupo menor de estas infecciones persistentes progresaran a lesiones de alto riesgo; la infección por un VPH de alto grado aumenta 300 veces el riesgo de padecer estas lesiones, para el mantenimiento y desarrollo de una CIN 3 será necesaria la presencia de un VPH de alto riesgo.<sup>21</sup>

### **Anatomía Cervical**

El cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2,5 cm de diámetro. Lo sostienen el ligamento redondo y los ligamentos uterosacros, que van de las partes laterales y posterior del cuello uterino a las paredes de la pelvis ósea.<sup>10</sup>

El tamaño, características y forma del cuello uterino no siempre será igual, este va a variar de acuerdo a la edad, el número de partos y el momento del ciclo menstrual el que se encuentre la mujer, el cuello uterino será voluminosos en mujeres que ya hayan tenido algún hijo, además, el orificio cervical externo será como una hendidura transversal, a diferencia de las nulíparas el orificio cervical externo será como una abertura circular en el centro del cuello uterino.<sup>10</sup>

El cuello uterino para su mejor estudio está dividido en dos, el exocervix y el endocervix; el exocervix es la porción que fácilmente puede ser visualizada ante la exploración vaginal con un espejo y el endocervix es la porción del cuello uterino, inferior al conducto cervical externo. El conducto cervical atraviesa en exocervix y endocervix, de esta manera conecta la vagina con la cavidad uterina. El espacio de la cavidad vaginal que se encuentra rodeando el cuello uterino es denominado fondo de saco vaginal.<sup>10</sup>

El cuello uterino está compuesto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante y epitelio cilíndrico, la unión de estos dos epitelios forman la conocida unión escamosa- cilíndrica.<sup>10</sup>

### **Epitelio escamoso estratificado no queratinizante**

En condiciones normales el exocervix está compuesto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante este posee glucógeno, es de color rosado pálido, opaco, conformado por capas celulares de entre 15 a 20 capas. Este epitelio puede corresponder al de origen, el formado durante la vida embrionaria o ser una neoformación metaplasica de los primeros años adultos.<sup>10</sup>

La arquitectura histológica del epitelio escamoso del cuello uterino diferencia cuatro capas; basal, parabasal, intermedia y superficial. Cada una de estas capas posee características específicas que contribuyen a su identificación:

**Basal:** Posee una única capa de células basales redondas con núcleos grandes de coloración oscura y poco citoplasma, estas se encuentran en el fondo, pegadas a la membrana basal que separa el epitelio del estroma subyacente.

Las células basales están en constante cambio, estas se dividen y maduran para formar las capas siguientes.

**Parabasal:** Esta capa posee núcleos relativamente grandes y de color oscuro con citoplasma basófilo de color azul verdoso. De igual manera estas células siguen madurando y diferenciándose para formar capas intermedias.

**Intermedia:** Esta capa está constituida por células poligonales con abundante citoplasma y núcleos redondos pequeños que forman un entramado como una cesta.

**Superficial:** formada por células grandes y sensiblemente planas con núcleo pequeño, denso y picnotico, citoplasma transparente.

En general, de la capa basal a la superficial, las células van aumentando de tamaño mientras que con su núcleo ocurre lo contrario, se reduce el tamaño de este. Las capas que poseen en su citoplasma glucógeno en abundancia son la capa intermedia y superficial, las cuales se tiñen intensamente tras la aplicación de yododurada de lugol. La presencia de glucogeno en las capas intermedia y superficial son señal de maduración normal, la ausencia de glucógeno caracteriza maduración anormal por ausencia de glucogénesis.<sup>10</sup>

### **Epitelio cilíndrico**

El conducto cervical está recubierto de epitelio cilíndrico también denominado epitelio glandular, este epitelio está compuesto por una única capa de células altas con núcleos oscuros y está ubicado muy cerca a la membrana basal, la altura de esta capa es menor al epitelio escamoso debido a que solo está conformado por una sola capa.<sup>10</sup>

Esta capa tiene una coloración rojiza, posee este color debido a que esta capa es delgada y permite que se pueda ver la vascularización subyacente del estroma. Hacia su límite distal el epitelio cilíndrico se fusiona con el epitelio endometrial, y en su límite proximal se fusiona con el epitelio escamoso, llamándose esta unión escamoso-cilíndrica.<sup>10</sup>

El epitelio cilíndrico recubre el conducto cervical pero no de forma aplanada sino que el epitelio cilíndrico se encuentra formando pliegues longitudinales múltiples que sobresalen a la luz del conducto. También forma invaginaciones en el estroma cervical, dando lugar a la formación de criptas endocervicales Esta arquitectura compleja, con pliegues mucosos y criptas, da al epitelio cilíndrico una apariencia granular a la inspección visual. En el epitelio cilíndrico no se produce glucogénesis ni mitosis. Debido a la falta de glucógeno citoplasmático, el epitelio cilíndrico no cambia de color tras aplicación de Lugol, o retiene una leve capa de la solución yodoyodurada.<sup>10</sup>

## **Unión escamoso-cilíndrica (UEC)**

La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio pavimentoso y del cilíndrico. La ubicación de la unión escamoso-cilíndrica con relación al orificio cervical externo varía en la vida de una mujer y depende de factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo.<sup>10</sup>

Así, la UEC original está ubicada en el exocérnix, muy lejos del orificio externo. La acción del tampón del moco que cubre las células cilíndricas se perturba cuando el epitelio cilíndrico del ectropión se ve expuesto al entorno vaginal ácido. Esto conduce a la destrucción y, en último término, al reemplazo del epitelio cilíndrico por epitelio escamoso metaplásico neoformado. Por metaplasia entendemos el cambio o reemplazo de un tipo de epitelio por otro. El proceso metaplásico suele comenzar en la UEC original y desplazarse centripetamente hacia el orificio externo durante el período reproductivo hasta la perimenopausia. De este modo se forma una nueva UEC entre el epitelio escamoso metaplásico neoformado y el epitelio cilíndrico persistente en el exocérnix. Conforme la mujer se acerca a la menopausia, la nueva UEC va avanzando en el exocérnix hacia el orificio externo y se va posicionando a distancias variables del mismo, como resultado de la formación progresiva del nuevo epitelio escamoso metaplásico en las zonas expuestas del epitelio cilíndrico en el exocérnix. A partir del período perimenopáusico, el cuello uterino va reduciéndose por la falta de estrógeno, con lo cual se acelera el desplazamiento de la nueva UEC por el conducto cervical hacia el orificio externo. En las mujeres posmenopáusicas, la nueva UEC suele no poderse visualizar.<sup>10</sup>

## **Zona de transformación**

La zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el nuevo epitelio escamoso metaplásico se denomina zona de transformación (ZT). Corresponde al área del cuello uterino limitada distalmente por la UEC original y proximalmente por el límite más lejano del epitelio metaplásico, definido por la nueva UEC.<sup>10</sup>

En las mujeres premenopáusicas, la zona de transformación está plenamente ubicada en el exocérnix. A partir de la menopausia, el cuello uterino se reduce de tamaño, conforme descienden los niveles de estrógeno. En consecuencia, la zona de transformación puede desplazarse, primero parcialmente y luego plenamente, al conducto cervical.<sup>10</sup>

La zona de transformación puede considerarse normal cuando presenta metaplasia escamosa, incipiente o evolucionada, junto con zonas o islotes de epitelio cilíndrico, sin signos de carcinogénesis cervical. Se denomina zona de transformación anormal o atípica (ZTA) cuando en ella se observan signos de carcinogénesis cervical, como cambios displásicos. Identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona.<sup>10</sup>

## **Factores de Riesgo**

Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad como podría ser el cáncer. Los diferentes tipos de cáncer tienen distintos factores de riesgo; de manera especial el cáncer de cuello uterino requiere de la presencia del VPH necesariamente para que la enfermedad se pueda desarrollar, sin embargo muchas mujeres que presentan muchos factores de riesgo no padecen la enfermedad.<sup>8</sup>

## **Infección por el virus del papiloma humano**

El cáncer de cuello uterino tiene como factor de riesgo principal la infección producida por el VPH. El VPH posee más de 150 virus, divididos en virus de alto riesgo y virus de bajo riesgo; los virus de bajo pueden ocasionar papilomas comúnmente conocido como verrugas.<sup>8</sup>

Los médicos consideran que las mujeres que padecen cáncer de cuello uterino requieren haber contraído antes una infección por el VPH, ya que es un factor necesario para poder desarrollar esta enfermedad. Aunque la enfermedad puede desarrollarse desde cualquier virus de VPH, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son producidos por VPH 16 Y VPH 18. Aunque es necesario haber tenido VPH ara que se origine el cáncer de cuello uterino, la mayoría de mujeres con este virus no desarrollan la enfermedad, los médicos consideran que es necesario que existan también otros factores de riesgo asociados.<sup>8</sup>

## **Tabaquismo**

A diferencia de las no fumadoras, las mujeres que tienen el hábito de fumar tienen doble riesgo de padecer cáncer de cuello uterino. Fumar expone al organismo a sustancias químicas cancerígenas que afectan a muchos otros organismos, no solo a los pulmones.<sup>8</sup>

Estas sustancias químicas dañinas ingresan al organismo a través de los pulmones, y de aquí las sustancias pasan al torrente sanguíneo llegando a todo el cuerpo de esta manera. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical en mujeres fumadoras. Los investigadores consideran que estas sustancias químicas dañan el ADN de las células del cuello uterino, y de esta manera contribuir al origen del cáncer de cuello uterino, además el consumo del tabaco actúa sobre el



sistema inmunología volviéndolo menos eficaz para combatir la infección ocasionada por el VPH.<sup>8</sup>

### **Comportamientos sexuales de riesgo**

Inicio prematuro de la vida sexual, múltiples parejas sexuales, multiparidad.

### **Inmunosupresión**

El déficit del sistema inmunológico es un factor importante para desarrollar cáncer y cualquier otra enfermedad; una de las enfermedades que producen esta inmunosupresión es el VIH.<sup>8</sup>

El Virus de Inmunodeficiencia Humana ocasiona daño en el sistema inmunológico y provoca que las mujeres estén en mayor riesgo de infección por VPH. Es por eso que las mujeres portadoras de VIH poseen un riesgo mayor de contraer cáncer de cuello uterino.<sup>8</sup>

El sistema inmunológico podría ser importante para la destrucción de células cancerígenas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres inmunosuprimidas debido al VIH un pre cáncer de cuello uterino podría convertirse en cáncer invasor con mayor rapidez.<sup>8</sup>

### **Infección con clamidia**

La clamidia es una clase de bacteria que puede infectar el sistema reproductor. Se transmite mediante el contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las

mujeres con un análisis de sangre normal. Esta infección ocasionada por clamidia suele no dar síntomas, por lo que la mujer no sabría si está o estuvo infectada por este virus.<sup>8</sup>

Un análisis compartido de siete estudios de casos y testigos, que examina el efecto de la infección con herpes simple 2 en la etiología del cáncer invasivo del cuello uterino, encontró que entre las mujeres con seropositividad para el ADN de VPH, el HSV-2 se asociaba a un riesgo unas tres veces superior de presentar cáncer cervicouterino, después del ajuste para posibles variables de confusión.<sup>29</sup>

### **Una alimentación con pocas frutas y verduras**

La alimentación es fundamental para la prevención de cualquier enfermedad, las mujeres que tienen una alimentación que no incluye suficientes frutas, verduras y ensaladas, pueden tener mayor riesgo de padecer cáncer de cuello uterino.<sup>8</sup>

### **Tener sobrepeso**

Las mujeres que tienen sobrepeso tienen una mayor probabilidad de padecer adenocarcinoma del cuello uterino.<sup>8</sup>

### **Uso prolongado de anticonceptivos orales**

Estudios revelan que el uso prolongado de anticonceptivos orales combinados aumenta el riesgo de padecer cáncer, las investigaciones indican que el tiempo de uso de estos anticonceptivos es importante; mientras más tiempo sean usados los anticonceptivos orales el riesgo ira en aumento pero el riesgo se reducirá nuevamente después de suspender el consumo.<sup>8</sup>

Las investigaciones indican que hay una relación potencial a largo plazo entre el uso prolongado de anticonceptivos orales y la aparición de cáncer cervicouterino. Un análisis de los datos compartidos de diez estudios de casos y testigos, de pacientes con cáncer invasivo del cuello uterino o con CIS, sugiere que el uso a largo plazo de los anticonceptivos orales podría aumentar hasta cuatro veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con el VPH. <sup>29</sup>

### **Tener muchos embarazos a término**

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. <sup>29</sup>

Otros estudios corroboran esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro; las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto. <sup>29</sup>

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después. <sup>8</sup>

### **Pobreza**

La pobreza es un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino, los bajos recursos generan que las mujeres no sean bien alimentadas, que

existan limitaciones en el acceso a los servicios de salud, incluyendo las pruebas de tamizaje como el papanicolaou.<sup>8</sup>

### **Antecedente familiar de cáncer de cuello uterino**

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si la madre o hermana de una mujer 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.<sup>8</sup>

### **Signos y síntomas del cáncer de cuello uterino**

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

- Sangrado vaginal anormal, aquí se encuentra el sangrado que presenta la mujer después de mantener relaciones sexuales también llamado sangrado post coital; el sangrado que se presenta después de la menopausia; sangrado y manchado entre periodos y periodos menstruales que duran más tiempo o con sangrado más profuso de lo usual. El sangrado después de una ducha vaginal o después del examen pélvico. Suele ser la primera manifestación de la enfermedad.<sup>7</sup>
- Dolor durante las relaciones sexuales también llamado dispareunia.

- Fatiga o anemia: suele suceder en pacientes que presentan sangrados abundantes.<sup>7</sup>
- Síntomas urinarios y rectales: hematuria, sangrado rectal, indica compromiso a nivel vesical y rectal respectivamente.<sup>7</sup>
- Dolor a nivel lumbosacro y glúteo: sugiere hidronefrosis secundaria o extensión tumoral.<sup>7</sup>
- Edema en miembros inferiores: unilateral o bilateral, indicaría bloqueo venoso por extensión del tumor.<sup>7</sup>

Estos síntomas están íntimamente relacionados con el cáncer de cuello uterino, sin embargo también pueden ser causados por otros factores como las infecciones vaginales; la infección genital ocasionada por Chlamydia Trachomatis puede dar muchos síntomas parecidos a los ocasionados por el cáncer de cuello uterino es importante descartar también la presencia de este virus, ya que puede ocasionar un cérvix inflamado o friable que puede sangrar al contacto.<sup>8, 22</sup>

“Las pacientes con enfermedad avanzada pueden debutar con secreción vaginal maloliente, pérdida de peso o uropatía obstructiva. En las mujeres asintomáticas se identifica de forma habitual a través de un estudio de cribado en el que se ha encontrado una citología anómala. El índice de falsos negativos de los estudios de Pap en presencia de un cáncer invasivo es hasta el 50%, por lo que nunca debe confiarse en un resultado negativo en pacientes sintomáticas”.<sup>8</sup>

### **Pruebas de Cribado para Cáncer de Cuello Uterino**

La evolución de la ciencia, muestra mayor comprensión del VPH y de la carcinogénea cervical, a través de las pruebas de cribado para ayudar al despistaje de cáncer de cuello uterino.<sup>21</sup>

En 2002 la AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS) recomienda que la detección de cáncer de cuello uterino debe hacerse mediante una citología manual. Actualmente se ha incorporado en las pruebas de detección la citología líquida, si se utiliza citología en medio líquido, puede realizarse cada dos años.<sup>21</sup>

A partir de los 30 años las mujeres deben realizarse las pruebas de cribado cada 3 años, utilizando una combinación de citología manual o prueba de Papanicolaou y una prueba de ADN del VPH de alto riesgo.<sup>21</sup>

ACS recomienda que el cribado debe empezar a los 21 años o en los primeros 3 años después de iniciadas las relaciones sexuales y puede acabar a los 70 solo si las pruebas de citología previas fueron negativas durante un periodo de 10 años. También refiere que el cribado en una paciente después de una histerectomía que no está relacionada a ninguna neoplasia no es necesaria.<sup>21</sup>

El American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) recomienda que las mujeres no deben iniciar el cribado con citología cervical hasta los 21 años, sin importar la edad en que iniciaron las relaciones sexuales. La ACOG brinda estas recomendaciones tomando en consideración la muy baja prevalencia del cáncer invasivo en mujeres muy jóvenes y el proceso de varios años hacia carcinogénia cervical.<sup>21</sup>

Además indica que la frecuencia del cribado debe realizarse cada dos años en mujeres entre las edades de 21 y 29 años, ya sea por citología líquida o citología convencional. Las mujeres mayores de 30 años deberían realizarse el cribado cada 3 años, solo si antes obtuvieron tres resultados negativos consecutivos.

”El valor pronóstico negativo de una prueba doble negativa supera el 99%. Debido a que la mayoría de las infecciones son transitorias, desaparecen de forma espontánea y no provocan lesiones precancerosas reales, sobre todo en mujeres jóvenes”.<sup>21</sup>

El examen clínico que se recomienda realizar a toda mujer debe incluir lo siguiente: inspección de genitales externos e internos a través de la especuloscopia, palpación vaginal y rectal en caso lo requiera, y examen

de región inguinal. Al realizar el examen clínico se pueden encontrar distintos hallazgos de los cuales algunos de ellos pueden sustentar la sospecha de un cáncer de cuello uterino, entre estos hallazgos tenemos la presencia de una tumoración o ulcera en el cuello uterino, un cérvix endurecido, parametrios engrosados o acortados, presencia de flujo vaginal serosanguinolento y maloliente.<sup>22</sup>

Sin embargo para confirmar el diagnóstico se debe tener el informe histológico con resultado positivo para un pre cáncer o cáncer de cuello uterino, el informe debe ser emitido por un especialista, en este caso un anatomopatologo.<sup>22</sup>

El diagnóstico definitivo de cáncer de cérvix requiere de una biopsia, que debe ser tomada de una lesión cervical visible; sin embargo existen otras pruebas previas a la biopsia que indican la necesidad de esta.

Los procedimientos diagnósticos pueden ser:

- Inspección Visual con Ácido Acético.
- Papanicolaou en ausencia de lesión grosera.
- Colposcopia.
- Biopsia por colposcopia.
- Conización, tiene doble objetivo, diagnóstico y terapéutico en los casos de carcinoma in situ. En el carcinoma microinfiltrante permite apreciar la extensión y profundidad de la enfermedad.

## **Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA)**

Es una prueba sencilla que contribuye a la detección de neoplasia cervical con una sensibilidad del 79% y una especificidad del 86%. Esta prueba debido a su bajo costo, es una de las más utilizadas en países pobres.

Para iniciar esta prueba se debe de contar con el material necesario que consiste en una fuente de luz, podría ser una lámpara, guantes, espejo, hisopos de algodón y solución de ácido acético al 5% también conocido como vinagre blanco.

La paciente debe estar en posición ginecológica, se debera colocar un espejo para visualizar los genitales internos, en especial el cérvix, antes de empezar con la prueba se debe realizar una ligera limpieza de la zona si se encuentra con flujo vaginal; después de esto se deberá aplicar el ácido acético al 5 % sobre toda la superficie del exocervix, se debe esperar por un minuto para que el ácido haga efecto y poder observar el resultado. La aparición de epitelio blanco o lesión acetoblanca es indicativa de probable lesión intraepitelial maligna.<sup>23</sup>

Este procedimiento será realizado en los establecimientos de salud que cuenten con profesionales como médico, obstetra u otro profesional que hayan sido capacitados en esta técnica. Esta prueba puede ser realizada a toda mujer que ha tenido relaciones sexuales.<sup>23</sup>

## **Papanicolaou**

Es importante resaltar que la prueba de Papanicolaou es una prueba de detección, no una prueba de diagnóstico. Por lo tanto, el resultado anormal de una prueba de Papanicolaou significa que será necesario realizar otras pruebas para determinar si en realidad hay un cáncer o un precáncer.<sup>8</sup>



Las pruebas que pueden ser usadas son una colposcopia con biopsia. El resultado que brinde la biopsia será dado como diagnóstico y a partir de ello empezar un tratamiento, en caso este diagnóstico fuera positivo.<sup>8</sup>

La Prueba de Papanicolaou tiene una sensibilidad de 51% para CIN I o mayor, (Márgenes, de 37% a 84%) y una especificidad de 98% para CIN I o mayor (Márgenes, de 86% a 100%), estos resultados derivan de un metanálisis de estudios transversales (AHCPR 1999).

Los materiales necesarios para la realización de esta prueba mínimamente son: lamina porta objeto, citocepillo o espátula de ayre e hisopo, alcohol de 95°, especulo y guantes.

Para realizar la prueba de Papanicolaou la paciente debe encontrarse en posición ginecológica, se colocara el especulo para visualizar los genitales internos, de manera especial el exocervix; con ayuda de la espátula de ayre se tomara muestra del exocervix haciendo una rotación de la espátula de 360°, se extenderá la muestra en la lámina porta objetos; después se usara el citocepillo para tomar muestra del endocervix y esta muestra también será extendida en la lámina.<sup>23</sup>

La muestra de endocervix se extiende longitudinalmente en una mitad de la lámina y la muestra de ectocervix se extiende longitudinalmente en la otra mitad de la lámina. El extendido se realizara en la cara opuesta al papel de identificación de la lámina. El extendido en la lámina deberá ser lo más uniforme y delgado posible, evitando grumos.<sup>23</sup>

Se debe fijar la muestra inmediatamente con alcohol de no menos de 70 grados por 30 minutos y si es de 95 grados es suficiente 10 a 15 minutos. Él envío de la lámina al laboratorio de citología se hará en un tiempo no mayor de una semana.<sup>23</sup>

## **Biopsia Cervical**

La biopsia es un estudio que es utilizado para diagnosticar un cáncer o precáncer. Existen varios tipos de biopsia:

### **Biopsia colposcópica**

La biopsia colposcópica es la biopsia apoyada de la colposcopia para la identificación del área con lesión. Esta prueba debe ser realizada por un médico u otro proveedor de atención medica que se encuentre capacitado.<sup>8</sup>

Para efectuar esta biopsia se debe realizar a la paciente una colposcopia, seguidamente, una vez identificada el área anormal se procederá a realizar la biopsia, que consiste en extirpar una pequeña sección (de aproximadamente 1/8 de pulgada) del área anormal ubicada en el cuello uterino; el medico evaluara el número de muestras que serán tomadas de acuerdo al área anormal.<sup>8</sup>

El procedimiento puede generar dolor de calambres o dolor a nivel pélvico de breve duración, es posible que la paciente después del procedimiento presente sangrado en poca cantidad.<sup>8</sup>

Las muestras obtenidas serán enviadas a patología para su posterior estudio.

### **Curetaje endocervical (raspado endocervical)**

El curetaje endocervical, es un tipo de biopsia usada cuando la zona de transformación o el área con riesgo de infección o precáncer, no pueden ser visualizadas con el colposcopio o el área anormal se extiende hacia el endocervix.<sup>8</sup>

Esta prueba consiste en realizar un raspado en el endocervix con un instrumento llamado cureta, a través del canal endocervical. Con este procedimiento se busca extraer tejido del endocervix que posteriormente será llevado a patología para su estudio.<sup>8</sup>

### **Biopsia de cono**

Este procedimiento, también conocido como conización, es el único que puede actuar de dos formas, como diagnóstico y como tratamiento, dependiendo la gravedad de la lesión.

El procedimiento consiste en la extracción de un fragmento del cuello uterino en forma de cono. “La base del cono está constituida por el exocervix (la parte externa del cuello uterino), y la punta o ápice del cono está formada por el canal endocervical. La zona de transformación (el límite entre el exocervix y el endocervix) está contenida dentro del cono.”<sup>8</sup>

La biopsia del cono puede ser usada como tratamiento de muchos precanceres, así como tumores cancerosos en sus etapas tempranas.

Las biopsias de cono, comúnmente son utilizados dos métodos; el procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa también conocido como LEEP o escisión con asa grande de la zona de transformación llamado LETZ y la biopsia de cono frío.<sup>8</sup>

Las muestras recolectadas en estos procedimientos serán enviadas a patología para que puedan ser estudiadas.

### **Clasificación de lesiones**

Terminología para el reporte de resultados de citología cervical: Sistema Bethesda 2001

“En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical (informe del seminario del Instituto Nacional del Cáncer, 1989; Solomon, 1989; Kurman et al., 1991). Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS) (informe del taller del Instituto Nacional del Cáncer, 1992).”<sup>10</sup>

“El TBS se reevaluó y revisó en un seminario celebrado en el 2001 convocado por el Instituto Nacional del Cáncer, de los Estados Unidos, copatrocinado por 44 sociedades profesionales de más de 20 países (Solomon et al., 2002).”<sup>10</sup>

En el 2001 se actualiza el sistema bethesda y esta es la siguiente clasificación:

- No existe lesión intraepitelial o neoplasia maligna.
- Anomalías de células epiteliales
  - Célula escamosa
    - Células escamosas atípicas (ASC)
      - ‘de significado incierto’ (ASC-US)
      - ‘no puede descartarse H-LIE’ (ASC-H)
    - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-LIE)
    - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE)
    - Carcinoma de células escamosas
  - Glandular
    - Células glandulares atípicas (AGC)
      - Endocervicales
      - Endometriales
    - Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas
      - Endocervicales
      - Endometriales

- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- Adenocarcinoma

### **Células escamosas atípicas**

La categoría que asigna las ASC está restringida a los resultados del estudio que indican que las células que se encuentran alteradas con de significado incierto. En esta categoría no están incluidos los cambios benignos, estos en el sistema Bethesda deben clasificarse como normales.<sup>21</sup>

Utilizando criterios diagnósticos estandarizados el índice de resultados de ASC debería ser del 3% al 5%. La categoría de las ASC se subdivide en la actualidad en ASC-US (células escamosas atípicas de significado indeterminado) y ASC-H (células escamosas atípicas no puede descartarse H-LIE).<sup>21</sup>

### **Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado y Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Alto Grado**

La característica principal del TBS fue la creación del término “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), se subdivide en dos grados: lesiones intraepitelial escamosa de bajo grado (L-LIE) y lesiones intraepitelial escamosa de alto grado (H-LIE). La clasificación dada por TBS indica que la L-LIE abarca los cambios condilomatosos planos (VPH) y la NIC de bajo grado (NIC 1); mientras que el H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3.<sup>10</sup>

En la L-LIE las células son ligeramente anormales, caso contrario con la H-LIE donde las células son significativamente anormales. Las H-LIE son menos propensas a desaparecer sin tratamiento, mientras que las L-LIE tienen más posibilidades de desaparecer o regresionar. Las H-LIE son más propensas a avanzar y convertirse en cáncer con el pasar del tiempo, si no se recibe tratamiento oportuno. <sup>10,8</sup>

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), incluye los cambios celulares asociados al efecto citopático de la infección por virus del papiloma humano (conocida como atipia coilocítica), restringida generalmente a las capas superficiales. Se incluye en estas lesiones a la displasia leve/NIC.

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG): Cambios celulares que abarcan dos tercios o más del espesor del epitelio escamoso. Corresponden a este tipo de lesiones las identificadas como displasia moderada, grave y cáncer in situ/NIC 2-3. Cáncer in situ: De acuerdo con la definición de la OMS, es una lesión en la que todo el epitelio o la mayor parte de él muestra el aspecto celular de carcinoma. No hay invasión del estroma subyacente.

### **Estadificación del cáncer de cuello uterino según la FIGO**

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad con estadificación clínica. El sistema de estadificación de la FIGO es el que se usa en la actualidad de forma convencional para todos los tipos histológicos de cáncer de cuello uterino.<sup>21</sup>

Cuando haya dudas de que estadio debe asignarse a un cáncer, debe elegirse el más precoz. Una vez asignado el estadio clínico y comenzado el tratamiento, no debe cambiarse el estadio a partir de hallazgos clínicos y quirúrgicos posteriores. La sobre estimación del estadio de una paciente durante el tratamiento produce una percepción errónea de la mejoría de los resultados del tratamiento de los cánceres en estadios bajos.<sup>21</sup>

La estimación de la incidencia de cáncer de cuello uterino por estadios en el momento del diagnóstico es: estadio I, en el 38%; estadio II, en el 32%; estadios III, en el 26% y estadio IV, en el 4%.<sup>21</sup>

## Carcinoma del Cuello Uterino: estadificación FIGO

### **Estadio 0**

Es el estadio de enfermedad precancerosa, es decir, en el que se presentan lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino. Tales lesiones también se conocen neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC). Los grados 1 a 3 de NIC se distinguen conforme a si la lesión se limita a la capa basal del epitelio de la superficie cervicouterina (NIC1), llega a la capa intermedia (NIC2) o se extiende a su capa superior (NIC3).<sup>27</sup>

### **Estadio I**

El primer estadio del cáncer invasivo, incluso cuando no sea visible a simple vista, pero que se ha determinado mediante el examen de las biopsias con microscopio en laboratorio, presenta un crecimiento en profundidad en el estroma, es decir, el tejido bajo la capa superficial del cuello uterino. En su anchura, la lesión no se extiende más allá del cuello uterino en sí, es decir, no afecta la vagina ni los parametrios. Dependiendo de las dimensiones de la lesión y de su visibilidad macroscópica pueden distinguirse varios subestadios

**Estadio IA:** Cáncer invasivo microscópicamente que no es visible de forma macroscópica y que ha crecido menos de 5 mm de profundidad en el estroma y que se ha extendido menos de 7 mm de ancho.

Estadio IA1: Invasión del estroma inferior a 3 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a los 7 mm

Estadio IA2: Invasión del estroma entre 3 y 5 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a 7 mm.

**Estadio IB:** Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas mayores que en el estadio IA. Todas las lesiones evidentes a simple vista, aun con invasión superficial, se consideran cánceres en estadio IB.

Estadio IB1: Lesiones clínicas no mayores de 4 cm.

Estadio IB2: Lesiones clínicas mayores de 4 cm.

## **Estadio II**

El cáncer se extiende en los tejidos más allá del útero, pero no llega a los huesos de la pelvis ni al tercio inferior de la vagina.

**Estadio IIA:** Cáncer visible a nivel macroscópico que se extiende más allá del cuello uterino, sin extensión a los parametrios.

**Estadio IIA1:** La lesión visible a nivel macroscópico tiene menos de 4 cm de diámetro máximo.

**Estadio IIA2:** La lesión visible a nivel macroscópico tiene más de 4 cm de diámetro máximo.

**Estadio IIB:** Cáncer visible a nivel macroscópico con extensión a los parametrios, pero no de la pared pélvica lateral.

## **Estadio III**

El estadio III se refiere al carcinoma que ha invadido la pared pélvica lateral. En el tacto rectal, no hay ningún espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica lateral. El tumor llega al tercio inferior de la



vagina. Todos los casos con hidronefrosis o un riñón abolido se consideran cánceres en estadio III.

**Estadio IIIA:** No hay extensión a la pared pélvica lateral, pero sí hay invasión del tercio inferior de la vagina.

**Estadio IIIB:** Extensión a la pared pélvica lateral, hidronefrosis o un riñón abolido.

#### **Estadio IV**

El estadio IV se refiere al carcinoma que se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha invadido clínicamente la mucosa de la vejiga urinaria, del recto o de ambos. Cáncer avanzado y metastásico.

**Estadio IVA:** Invade los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) y/o se extiende más allá de la pelvis en sí misma, es decir, al abdomen o la ingle.

**Estadio IVB:** Con metástasis a órganos distantes, es decir, a los pulmones o el hígado.<sup>27</sup>

Generalmente en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, esto dificulta y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados. El informe final dependerá de la experiencia del citólogo.

## 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Biopsia:** La biopsia consiste en la extracción de un pequeño fragmento de tejido del área que parece anormal para examinarla bajo microscopio. La biopsia se hace para poder estudiar las células o tejidos del cuello del útero o tejidos en el microscopio y diagnosticar un cáncer. Una biopsia es la única manera de determinar si un área anormal es un cáncer.
- **Citología cervical** (Papanicolaou - PAP): Es la toma de muestra de las células exocervicales y endocervicales que incluye la zona de transformación, que sirve para detectar lesiones preinvasoras o invasoras del cuello uterino.
- **Displasia:** Anomalía del desarrollo con pérdida de la estructura del epitelio con alteraciones de la morfología de sus componentes. Dependiendo del compromiso epitelial puede ser leve, moderada o severa.
- **Cáncer:** El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.
- **Metaplasia cervical:** Implica la transformación del epitelio endocervical en un epitelio escamoso.
- **LEIBG:** Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.
- **LEIAG:** Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 DISEÑO METODOLÓGICO**

##### **3.1.1 Tipo de Investigación**

Observacional:

Permitirá efectuar la generalización de los resultados, y nos ayudara a describir y comparar minuciosamente las características, atributos de las variables y así obtener las conclusiones y explicaciones particulares a la población de estudio ya que no será controlado, si no que se limitara a observar y analizar la variable en la presente investigación.<sup>9</sup>

Transversal:

La investigación es de tipo transversal porque la información recolectada serán datos que representan un momento específico.<sup>9</sup>

Retrospectivo:

La investigación es de tipo retrospectivo porque la información deberá ser recolectada de hechos pasados que se encuentran plasmados en las historias clínicas y la base de datos de resultados de la unidad de patología.<sup>9</sup>

### **3.1.2 Nivel de Investigación**

Descriptivo - Correlacional

La presente investigación es descriptiva porque se limita a describir y detallar los resultados obtenidos en la recolección de información.<sup>24</sup>

Sera descriptiva, porque requerirá describir, enunciar; la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos del cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica.

Y correlacional porque tiene como finalidad conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables.<sup>24</sup>

### **3.1.3 Método de Investigación**

Cuantitativo:

Dado que se analiza diversos elementos que pueden ser medidos, cuantificados y sus resultados pueden ser extrapolables a toda la población, con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

## **3.2 DISEÑO MUESTRAL**

### **3.2.1 Población**

La población sujeta a investigación son aquellas mujeres que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica durante los

meses de enero a junio del año 2017, además de eso deben contar con resultado de Papanicolaou positivo y resultado de biopsia; siendo 101.

### **3.2.2 Muestra**

La toma de muestra es censal.

## **3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **3.3.1 Técnicas**

Revisión de historias clínicas: La Historia Clínica se convierte en una valiosa fuente de información, donde se podrá obtener los datos necesarios que requiere la presente investigación.

### **3.3.2 Instrumentos**

Ficha de recolección de datos: El primer paso consiste en proveerse de toda la documentación e información posible, o de aquella que se considere la más importante para obtener una sólida base a través de una ficha en la cual se detallan los datos que se necesitan para la investigación.

## **3.4 TÉCNICAS DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN**

Para el análisis y tratamiento de los datos se emplearon los siguientes procedimientos. Se clasifico, registro y codifico los datos obtenidos a través de las fichas de recolección de datos; la información fue procesada en una base de datos en Excel.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

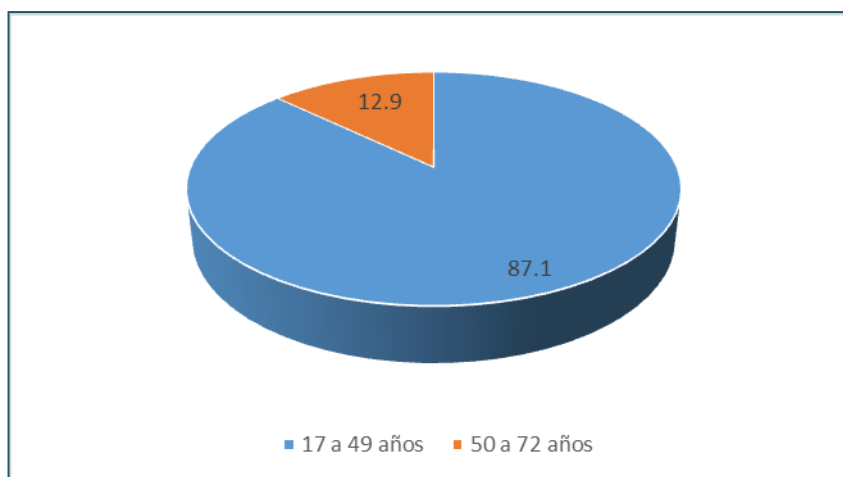
#### **4.1 RESULTADOS**

En esta parte de la investigación se mostrarán los resultados obtenidos del estudio correspondiente a relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017, en el cual se incluyó 101 mujeres.

**Tabla 1. Distribución de la muestra según edad**

Edad	Frecuencia	Porcentaje
17 a 49	88	87.1
50 a 72	13	12.9
Total	101	100.0

**Gráfico 1**

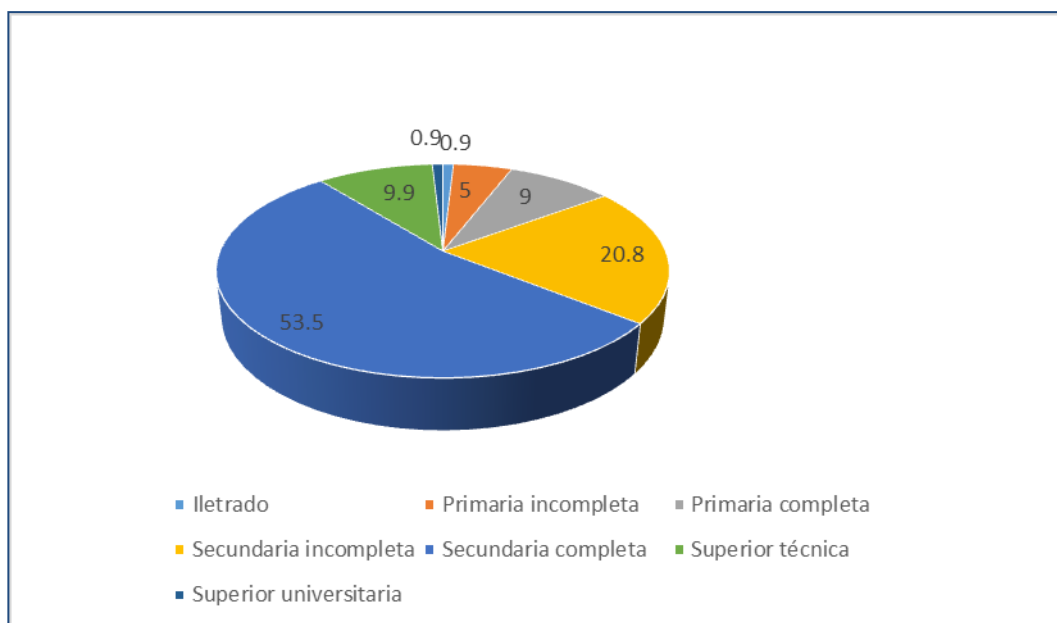


La tabla 1 y gráfico 1 muestra que el 87.1 % de la muestra estuvo constituida por mujeres en edad fértil.

**Tabla 2 Distribución de la muestra según grado de instrucción**

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Iletrado	1	0.9
Primaria incompleta	5	5
Primaria completa	9	9
Secundaria incompleta	21	20.8
Secundaria completa	54	53.5
Superior técnica	10	9.9
Superior universitaria	1	0.9
Total	101	100

**Gráfico 2.**



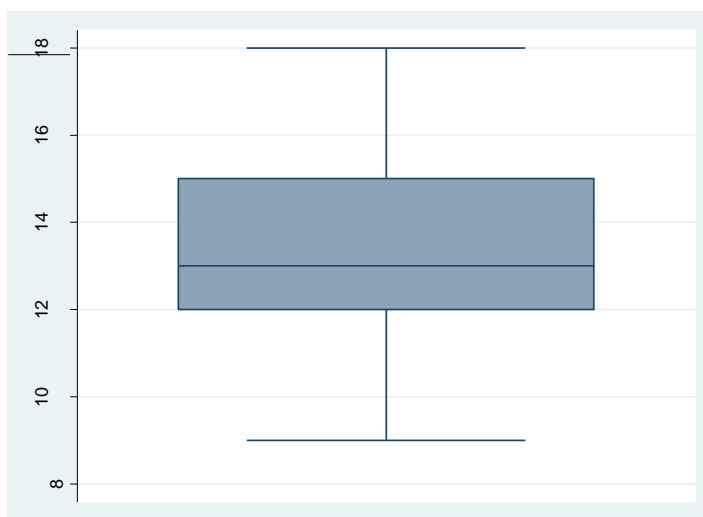
La tabla 2 y gráfico 2 señalan que el grado de instrucción predominante fue el contar con secundaria completa, representado por el 53.5 % de la muestra y sólo el 0.9 % fue iletrado y con superior universitaria.



**Tabla 3. Distribución de la muestra según menarquia**

Variable	mean	sd	P50	máx.	min
Menarquia	13.4	1.6	13	18	9

**Gráfico 3.**

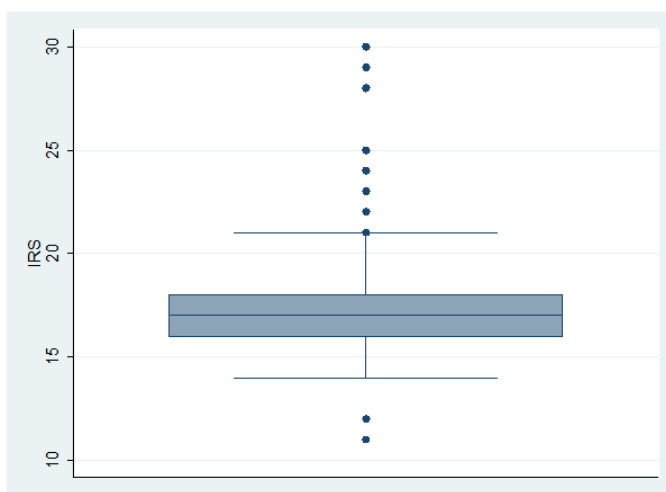


La tabla 3 y gráfico 3 muestran con respecto a la menarquía edades entre 9 y 18 años; con una media de 13.4 años y una desviación estándar de 1.6 años.

**Tabla 4. Distribución de la muestra según Inicio de relaciones sexuales**

Variable	mean	sd	P50	máx.	min
I.R.S	17.6	3.2	17	30	11

**Gráfico 4**

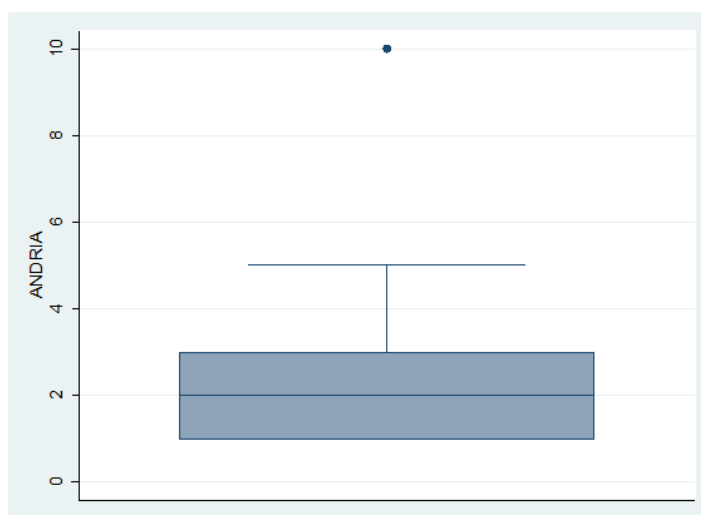


La tabla 4 y gráfico 4, muestran con respecto al inicio de relaciones sexuales, que este se presentó entre los 11 y 30 años, teniendo mediana de 17 años y una desviación estándar de 3.2 años.

**Tabla 5. Distribución de la muestra según andria**

Variable	mean	sd	P50	máx.	min
Andria	2.1	1.3	2	10	1

**Gráfico 5.**

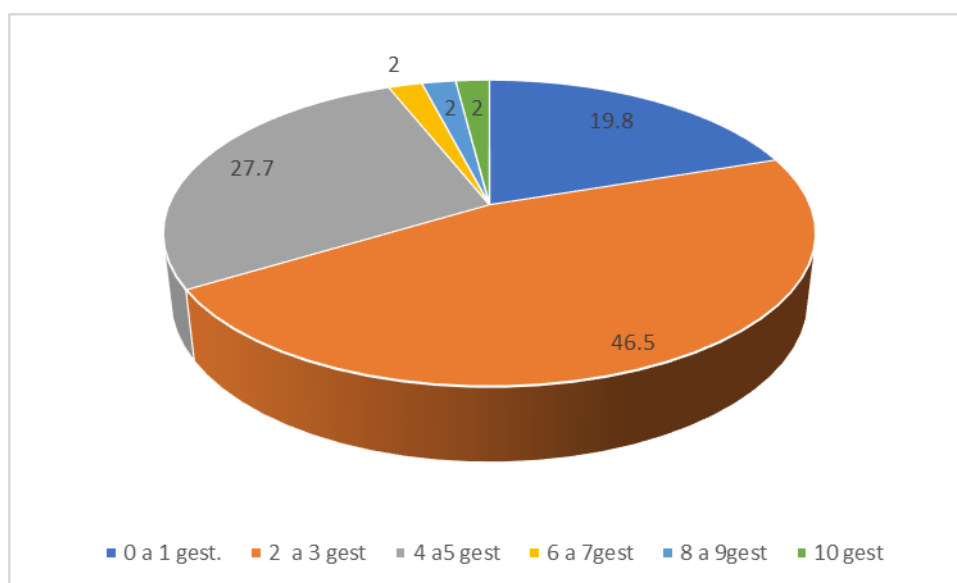


En la tabla 5 y grafico 5, nos muestra la andria, presentando una media de 2 y desviación estándar de 1.3.

**Tabla 6. Distribución de la muestra según gestaciones**

Gestaciones	Frecuencia	Porcentaje
0 - 1	20	19.8
2 - 3	47	46.5
4 - 5	28	27.7
6 - 7	2	2
8 - 9	2	2
10	2	2
Total	101	100.0

**Gráfico 6**

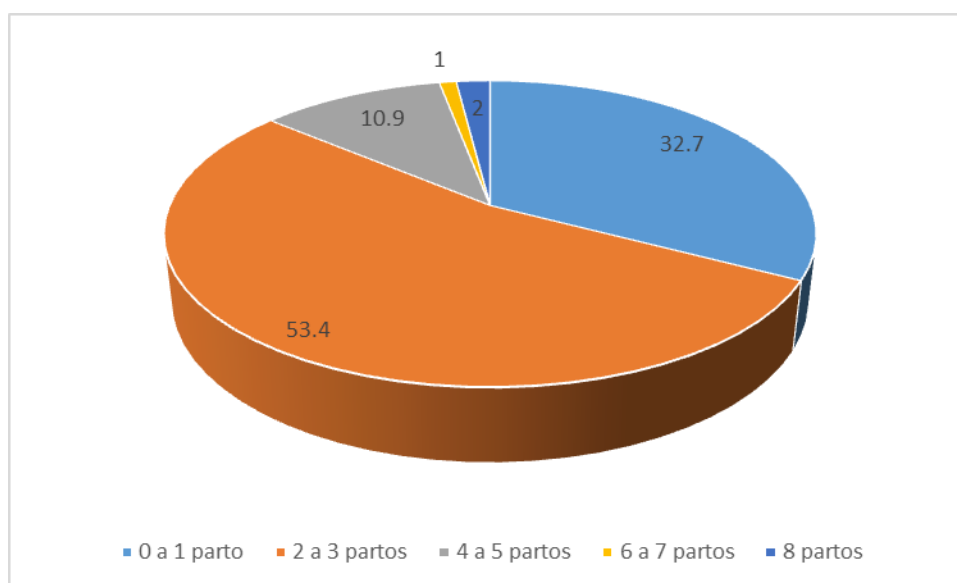


En la tabla 6 y gráfico 6 se muestra que el 46.5 % tuvieron de 2 a 3 hijos y sólo el 2% tuvieron de 6 a 7, 8-9 y 10 hijos en cada caso.

**Tabla 7. Distribución de la muestra según partos**

<i>Partos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
0 - 1	33	32.7
2 - 3	54	53.4
4 - 5	11	10.9
6 - 7	1	1
8	2	2
<i>Total</i>	<i>101</i>	<i>100.0</i>

**Gráfico 7**

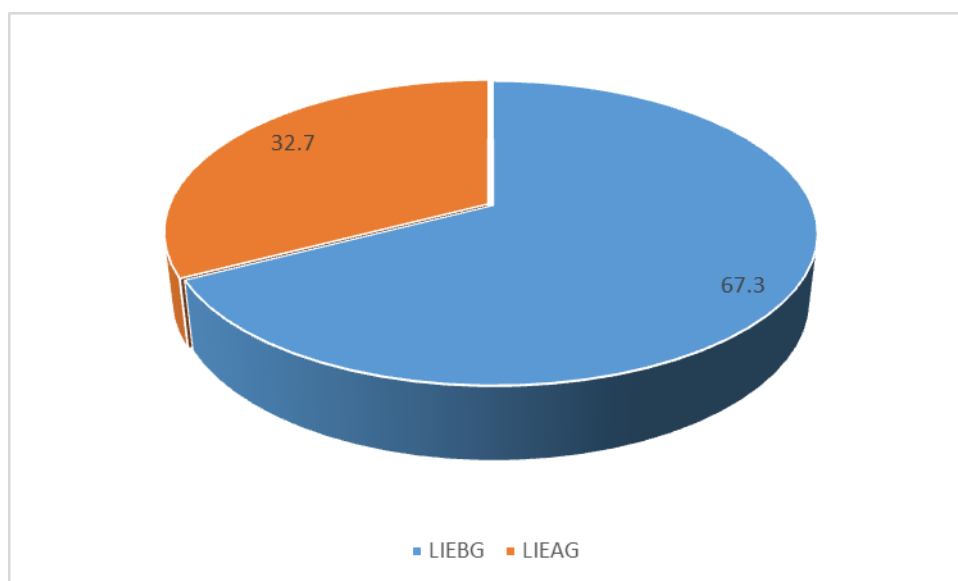


En la tabla 7 y gráfico 7, se muestra que 53.4 % presento de 2 a 3 partos y sólo el 1% tuvo de 6 a 7%.

**Tabla 8. Distribución de la muestra según resultado de PAP**

Resultado PAP	Frecuencia	Porcentaje
LIEBG	68	67.33
LIEAG	33	32.67
Total	101	100.00

**Gráfico 8.**

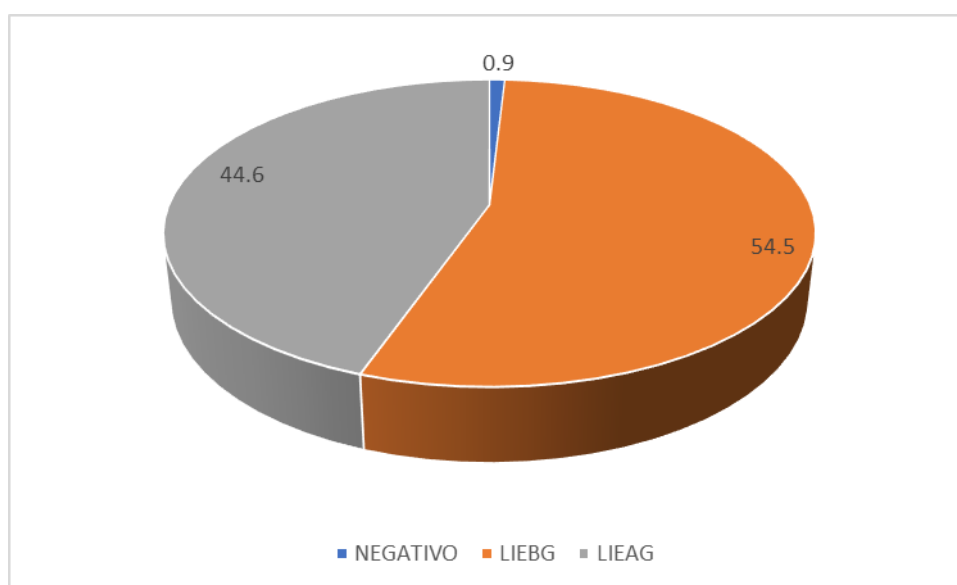


La tabla 8 y gráfico 8 nos muestra que con respecto a los resultados de Papanicolaou el 67.3 % presento LIEBG y el 32.6 % presentó LIEAG.

**Tabla 9. Distribución de la muestra según resultado de Biopsia**

Resultado Biopsia	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	1	0.9
LIEBG	55	54.5
LIEAG	45	44.6
Total	101	100.00

**Gráfico 9**



La tabla 9 y gráfico 9 nos muestra que con respecto a los resultados de Biopsia el 54.5 % presento LIEBG, el 44.6 % presentó LIEAG. y el 0.9 resultado negativo.

**Tabla 10.** Prueba chi cuadrado de independencia

Resultado PAP	Resultado Biopsia			Total
	Negativo	LIEBG	LIEAG	
LIEBG	0	45	23	68
LIEAG	1	10	22	33
Total	1	55	45	101

$$\text{Pearson } \chi^2(2) = 12.6901 \quad \text{Pr} = 0.002$$

En la tabla anterior se observa los resultados del papanicolaou y biopsia obteniendo un  $\chi^2$  (chi cuadrado) de 0.002 por lo cual se concluye que existe relación entre los resultados de Papanicolaou y biopsia.

De los resultados citológicos e histológicos, 45 que obtuvieron resultado de LIEBG en Papanicolaou también tenían LIEBG en biopsia; sin embargo 23 de los resultados de LIEBG en Papanicolaou tenían LIEAG en biopsia; 1 resultado que obtuvo LIEAG en Papanicolaou tenía negativo para biopsia, 10 que obtuvieron resultado de LIEAG en Papanicolaou obtuvo LIEBG en su resultado de biopsia, y 22 de los cuales obtuvieron resultado de LIEAG en Papanicolaou obtuvieron de igual manera LIEAG en su resultado de biopsia.

## 4.2 DISCUSION DE RESULTADOS

El presente trabajo de investigación buscó realizar un estudio para determinar la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en aquellas pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales. Para ello se usó una ficha de recolección de datos para obtener la información necesaria que está siendo usada en la presente investigación.



Con respecto a la edad de la población estudiada se observó que la mayor cantidad de población está entre los 17 a 49 años de edad (87.1%), de forma similar encontró Josué Sarria en su estudio, quien indica que el 89% de su población está entre los 14 y 49 años de edad. De igual forma Citlalli Avellaneda en su estudio refiere que el grupo etario más afectado con un 54% está entre los 40 a 49 años de edad. Shirley Clark muestra en sus resultados que el 93% de su población tienen entre 15 y 49 años.

El presente estudio señala que el grado de instrucción predominante fue el contar con secundaria completa con un 53.5% de la muestra, solo el 0.9% fue iletrado el mismo porcentaje de aquellas que tuvieron educación superior universitaria. En el estudio de Elvis Porta nos refiere que de forma similar el 55.3% de su muestra cuenta con secundaria completa sin embargo tiene un porcentaje ligeramente mayor en cuanto a la muestra que es iletrada siendo el 4.1%.

En cuanto a la edad de la menarquia el actual estudio muestra que las edades oscilan entre los 9 y 18 años teniendo una media de 13.4 años. El estudio de Citlalli Avellaneda de forma similar nos muestra que el 51% de su población tuvo la menarquia entro los 12 y 13 años.

Con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales, estas oscilan entre los 11 y 30 años de edad, teniendo mediana de 17 años; de forma similar en el estudio de Citlalli Avellaneda se encuentra que el inicio de relaciones sexuales entre los 16 a 18 años representa el 48% de la muestra. Por el contrario el estudio de Shirley Clark indica que la edad de inicio de relaciones sexuales es menor a 15 años en un 28% siendo el grupo de muestra con mayor porcentaje. Así mismo Yuliana Ayala en su estudio refiere que el grupo con mayor porcentaje (48.7%) es el de  $\leq 17$  años de edad de inicio de las relaciones sexuales.

De acuerdo a la andria de la población tiene lo siguiente, presenta un máximo de 10 parejas sexuales, un mínimo de 1 pareja sexual y una media de 2 parejas sexuales. De forma similar se muestra en el estudio de Citlalli Avellaneda quien nos refiere que el grupo con mayor porcentaje en su estudio

fueron las mujeres con 2-3 parejas sexuales con un 54%. Así mismo Hector Guillén en su trabajo nos dice que el 47% de su población solo tenía 1 pareja sexual, siendo este grupo el mayoritario; Yuliana Ayala en su estudio refiere que el 78.3% de su población refiere tener más de 1 pareja sexual.

El estudio muestra que el 46.5% de la población tuvieron de 2 a 3 gestaciones siendo la población con mayor porcentaje, solo el 2% de la población tuvieron de 6 a 7, 8-9 y 10 gestaciones en cada caso; por lo contrario en el estudio de Citlalli Avellaneda se observa que el 42% de su población tenía de 4 a más gestaciones. Teniendo cifras completamente contraria, Shirley Clark en su estudio indica que, el grupo con mayor porcentaje (41%) son aquellas mujeres que no tuvieron ninguna gestación.

En cuanto a la distribución de la muestra según partos; el 53.4%, presenta de 2 a 3 partos por mujer; y solo el 1% de la muestra tiene de 6 a 7 partos. De forma similar en el trabajo de investigación de Manuel Rosado la media de paridad es de 2.31; por lo contrario Elvis Porta en su estudio indica que el mayor porcentaje de su muestra un 73.2% fueron multíparas.

La distribución de la muestra según el resultado de la prueba citológica (Papanicolaou); las mujeres con prueba positiva para LEIBG representan el 67.3%, y positivo para LEIAG representan el 32.6%, de forma similar en el estudio de Yuliana Ayala indica que obtuvo 64.3% de LEIBG y 14.8% de LEIAG, así mismo Elvis Porta refiere tener como resultados de LEIBG el 58.5% y LEIAG un 8.9%, por lo contrario, Orlando Sarria en su estudio refiere que el 58.5% son LEIBG y que el 52.7% son LEIAG.

En cuanto a los resultados de la prueba histológica (Biopsia) se obtuvo que el 0.9% fueron resultados negativos, con resultado de LEIBG presenta el 54.5% y con resultado de LEIAG presenta el 44.6%; de forma similar en el estudio de Elvis Porta muestra que el 58.5% presenta resultado de LEIBG, el 26.8% presenta resultado de LEIAG y con resultado negativo un 14.6%, por lo contrario el estudio de Hector Guillen refiere que el 33% de resultados fueron LEIBG y el 67% LEIAG; así, el estudio de Orlando Sarria indica que el 43.8% son resultados de LEIBG y el 53.1% presentan LEIAG.

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

Luego de finalizar el Estudio de Investigación se concluye que existe relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino; de acuerdo a los resultados de LIEBG se obtuvo 68 por Papanicolaou y 55 por biopsia; y los resultados de LIEAG se obtuvo 33 por Papanicolaou y 45 por biopsia, solo se obtuvo 1 resultado negativo por biopsia.

### **5.2 RECOMENDACIONES**

Promover la prevención y promoción de la salud para realizar una detección oportuna de lesiones cervicales precancerosas, para hacer una captación precoz y de esta forma evitar el progreso de estas lesiones.

Al observar que existe relación entre el examen citológico y el examen histológico, se recomienda que a todas las pacientes con un resultado citológico alterado sean derivadas al especialista para su correcto seguimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- OMS: organización mundial de la salud. Papiloma virus humanos (PVH) y cáncer cervicouterino [Internet]. España: OMS; 2015 [acceso: 17 abril 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/es/>
- 2.- INEN: Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Epidemiología del Cáncer, Cáncer en el Perú y en el Mundo [Diapositivas en internet]. Perú: INEN; 2014. [acceso: 10 abril del 2017]. Disponible en: [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/01102014\\_Epidemiologia\\_Dr%20Poquioma.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/01102014_Epidemiologia_Dr%20Poquioma.pdf)
- 3.- Organización Panamericana de la Salud. Estrategias de prevención del cáncer cervicouterino mediante tamizaje con inspección visual con ácido acético y tratamiento con crioterapia: INFORME DEL TALLER DE LA OPS PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE [Internet]. Guatemala: OPS; 2011. [acceso: 20 de marzo del 2017]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/OPS\\_Estrategias\\_Preencion\\_CC\\_2011.pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/OPS_Estrategias_Preencion_CC_2011.pdf)
- 4.- Ministerio de Salud. Guía Programática Abreviada para el tamizaje de Cáncer Cervicouterino: Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino.[internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2014. [acceso: 20 de febrero del 2017]. Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia\\_Programatica\\_Abreviada\\_BAJA.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf)
- 5.- INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de género: Mujeres con diagnóstico de cáncer, según órgano comprometido [Internet]. Lima: INEI; 2014 [acceso: 10 marzo del 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/brechas-de-genero-7913/>
- 6.- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Datos epidemiológicos: cuadros estadísticos 2006-2015 [internet]. Lima: INEN; 2015. [acceso: 30 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- 7.- Ministerio de Salud. Guía práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Perú: Ministerio de Salud; 2013.
- 8.- American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de cuello uterino [Internet]. EEUU: American Cancer Society; 2014 [acceso 20

marzo 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/que-es-cancer-de-cuello-uterino.html>

**9.-** Argimon J, Jimenez J. Métodos de investigación clínica y epidemiología. 4ª. ed. España: ELSEVIER; 2013.

**10.-** Sankaranarayanan R, Sellors J. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Lyon, Francia: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer; 2003.

**11.-** Ayala AY. Relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos del cuello uterino en gestantes que acudieron al consultorio oncológico del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia]. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.

**12.-** Porta Gonzales, Elvis. Correlación citológica e histológica en el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes tamizadas en el hospital nacional docente madre niño San Bartolomé- lima. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Huancayo, Perú. Universidad Nacional del Centro Del Perú; 2016.

**13.-** Ministerio de salud. Guía técnica de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino [internet]. Lima: ministerio de salud del Peru. 2017. 36 pp [acceso 29 julio 2017]. Disponible [ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion\\_salud/guia\\_tecnica\\_cancer\\_cuello\\_uterino.pdf](ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Prevencion_salud/guia_tecnica_cancer_cuello_uterino.pdf)

**14.-** Rosado FM. Efectividad de la detección de lesiones neoplásicas de cuello uterino por citología e inspección visual con ácido acético Centro Médico Oncomujer. [Tesis para optar el título profesional de especialista en cirugía general y oncológica]. Lima, Perú. Universidad San Martin de Porres; 2015.

**15.-** Ministerio de salud. Sala de Prensa: Minsa vacunará a 200 mil niñas a nivel nacional para prevenir cáncer de cuello uterino [internet]. Lima: ministerio de salud del Perú. 2018. [acceso 05 Abril 2018]. Disponible <http://www.minsa.gob.pe/?op=51&nota=27140>

**16.-** Clark RS. Concordancia Citohistológica en el diagnóstico de Neoplasias Escamosas de Cuello Uterino. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua. [Tesis para optar el título profesional de especialista en Paología]. Managua, Nicaragua. Universidad Autónoma de Nicaragua; 2016.

**17.-** Sarria GO. Correlación de los resultados de citología, hallazgos colposcópicos y biopsia de cuello uterinos examinados en el departamento de patología. [Tesis para optar el título de especialista en Patología. León, Nicaragua]. Nicaragua. Universidad autónoma de Nicaragua; 2015.

**18.-** Siete de cada 14 mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino mueren en el Perú [Internet]. Lima: Perú 21; 2016 [acceso: 06 de abril 2016]. Disponible en: <https://peru21.pe/vida/siete-14-mujeres-diagnosticadas-cancer-cuello-uterino-mueren-peru-214845>

**19.-** Guillen RH. Concordancia diagnóstica de las lesiones premalignas de cérvix de acuerdo a la colposcopia e histología, en pacientes que acuden a la clínica de colposcopia en el Hospital Materno Perinatal Mónica Pretelini Sáenz. [Tesis para optar el diploma de postgrado de la especialidad de Ginecología y Obstetricia]. Toluca, Mexico. Universidad Autónoma del Estado de Mexico; 2014.

**20.-** Citlalli Eunice Avellaneda Atriano. Correlación citológica, colposcópica e histopatológica de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado de cérvix en la clínica de colposcopia del hospital general de ecatepec "DR. José maría rodríguez" Marzo 2010 a febrero 2013 [Tesis para obtener diploma de posgrado de la especialidad en ginecología y obstetricia]. México. Universidad Autónoma del Estado de México; 2014.

**21.-** Berek SJ. Berek y Novak Ginecología. 15va ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health.; 2015.

**22.-** Gamarra M, Calderón M, Arroyo R, Puycon J, Aliaga M, Concepción W, Pimentel P, Zevallos C. Guía de práctica clínica de Cáncer de cuello uterino. [internet].Lima - Perú: ESSALUD; 2011 [acceso: 25 de febrero del 2017]. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia\\_c\\_cuello\\_uterino\\_2011.pdf](http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_c_cuello_uterino_2011.pdf)

**23.-** Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. Lima – Peru. 2004.

**24.-** Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación. 6ª. ed. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES; 2014.



# ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO: RELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS CITOLÓGICOS E HISTOLÓGICOS DE CUELLO UTERINO EN LAS PACIENTES QUE ACUDIERON A LOS CONSULTORIOS DE COLPOSCOPIA Y GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL AÑO 2017

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	OPERALIZACION		METODO
			Variable	Indicadores	
<p><b>P.</b> ¿Cuál es la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017?</p>	<p><b>O.</b> Determinar la relación entre los hallazgos citológicos e histológicos del cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017</p>	<p><b>HA:</b> Existe relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017</p> <p><b>HO:</b> No Existe relación entre los hallazgos citológicos e histológicos de cuello uterino en las pacientes que acudieron a los consultorios de colposcopia y ginecología oncológica del hospital nacional Sergio E. Bernales en el periodo de enero a junio del año 2017</p>	<p><b>HALLAZGO CITOLOGICO (papanicolaou)</b></p>	<p>LIEBG LIEAG</p>	<p>Cuantitativo dado que analiza diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados y sus resultados pueden ser extrapolables a toda la población, con un determinado nivel de error y nivel de confianza</p>
			<p><b>HALLAZGO HISTOLOGICO (biopsia)</b></p>	<p>NEGATIVO LIEBG LIEAG</p>	



FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Historia clínica:

**DATOS GENERALES**

Edad:

Grado de instrucción:

**DATOS GINECO - OBSTETRICOS**

Menarquia:

Inicio de relaciones sexuales:

Andria:

G      P

**RESULTADOS**

Resultado Papanicolaou:

Resultado Biopsia: