

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL Y LA COLPOSCOPIA COMO
MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
CERVICAL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS 2014**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**VILMA SUSANA RODRÍGUEZ
ALCÁZAR**

**YOMARA CARMEN FUENTES
SALAS**

Para optar el Título Profesional de
Licenciadas en Obstetricia

AREQUIPA – PERÚ

2015



DEDICATORIA

En memoria a mí querida hermana Gilder de quien aprendí que nunca es tarde para alcanzar mis metas y que para alcanzar cada una de ellas hay que luchar día a día.



Hay cosas que para saberlas,
no basta con haberlas
aprendido

SENEKA

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
INDICE GENERAL	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	11
1.1. Enunciado.....	11
1.2. Descripción.....	11
1.3 .Justificación.....	13
2. OBJETIVOS	15
3. MARCO TEÓRICO.....	16
3.1. Marco conceptual.....	16
3.1.1. Cáncer de Cérvix.....	16
3.1.2. El proceso del Cáncer.....	17
3.1.3. Factores de riesgo.....	18
3.1.4. Síntomas.....	25
3.1.5. Detección y diagnóstico.....	26
3.1.6. Clasificación de las Displasias:.....	27
3.1.7. Colposcopía:.....	34
3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos:.....	39
4. Hipótesis.....	50

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	51
2. Campo de verificación:	51

2.1. Ubicación espacial:.....	51
2.2. Ubicación temporal	52
2.3. Unidades de estudio:	52
3. Estrategia de Recolección de datos	52
3.1. Organización:	52
3.2. Recursos	53
3.3. Validación de los Instrumentos:	53
3.4. Criterios para el manejo de los resultados	53
4. Estrategia para manejar resultados.....	54
4.1. Plan de procesamiento:.....	54
4.2. Plan de Análisis Estadístico	54
4.3. Plan de codificación	54
4.4. Pruebas Estadísticas	54
4.5. Aspectos éticos	54
 CAPITULO III RESULTADOS 	
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	90
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES	95
BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS.....	103

RESUMEN

El cáncer cervical es la segunda neoplasia más frecuente en el mundo, la mayoría se presenta en países en vías de desarrollo. Un número importante de decesos podrían evitarse con pruebas de tamizaje regulares para detectar lesiones pre-neoplásicas o de lesiones neoplásicas en fase inicial, permitiendo la realización de terapéuticas eficientes y eficaces, por lo que los métodos empleados para estudiar la patología de cérvix uterino deben ser evaluados.

Objetivo: Establecer el grado de correlación entre la Citología Cérvico vaginal y el examen Colposcópico para el diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) en pacientes que asisten al Preventorio del IREN a realizarse dichos exámenes.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo documental, descriptivo, explicativo prospectivo transversal y correlacional durante los meses de octubre a diciembre 2014.

Nuestra población estuvo conformada por todas las mujeres que asistieron al Preventorio del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas en el último trimestre del año del 2014 a realizarse su examen de Citología cérvico vaginal o Papanicolaou (PAP) y Colposcopia. Con respecto a nuestro grupo de estudio, se estudiaron a 90 mujeres, y todas ellas cumplían con los criterios de inclusión.

Para el análisis estadístico se emplearon porcentajes. Las pruebas del chi cuadrado (X^2) para datos correlacionados, para calcular la prueba de significancia. Los cuadros tabulados fueron de doble entrada, los resultados se presentaron en gráficos de barra y torta.

Resultados:

Los resultados mostraron que el 43.34% de las pacientes incluidas tuvieron entre 31 a 40 años. El 34.45% inició sus relaciones sexuales entre los 18 y 20 años, el 44.44% informo 1 compañero sexual, el 34.44% presento 2 parejas sexuales, y el 21.12% indicaron tres a más compañeros sexuales. El 58.89% indicaron multiparidad.

En el 90.0% el informe de citología de cérvix (Papanicolaou) fueron clasificados con resultado citológico anormal, siendo la lesión más frecuente el NIC I en un 93.83%. Mediante el examen colposcópico, el 65.56% de las pacientes presentaron un resultado anormal (59 pacientes), presentando en un 71.19% epitelio aceto blanco (EBA) como lesión más frecuente.

Conclusión:

De acuerdo al test del Chi cuadrado y coeficiente de contingencia se encontró que el diagnóstico citológico cervicovaginal y el diagnóstico colposcópico tienen relación altamente significativa.

Esto implica que los casos con diagnóstico citológico anormal mayormente tienen un diagnóstico colposcópico anormal, sucediendo lo mismo con los casos con diagnóstico citológico normal.

Palabras Clave: Correlación Diagnóstica, Tamizaje, Citología Cérvico vaginal, colposcopía.

ABSTRACT

Cervical cancer is the second most frequent malignancy in the world, most occur in developing countries. A significant number of deaths could be prevented with regular screening tests to detect pre-neoplastic or neoplastic lesions in early stage lesions, allowing the realization of efficient and effective treatment so that the methods used to study the pathology of uterine cervix should be evaluated.

Objective: To establish the degree of correlation between vaginal Cervical cytology and colposcopic examination for the diagnosis of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) in patients attending the Preventorio of IREN such exams.

Material and Methods: A study of non-experimental, descriptive, explanatory prospective cross-sectional and correlational documentary was made during the month | October to December 2014.

Our population consisted of all women who attended the Preventorio the Regional Institute of Neoplastic Diseases in the fourth quarter of 2014 to its examination of cervical cytology (PAP) and Colposcopy done. With respect to our study group were studied 90 women and all of them met the inclusion criteria.

For statistical analysis were used percentages, chi square test X^2 for correlated data to calculate the significance test. The tabulated tables were double entry, results are presented in bar graphs and charts.

Results:

The results showed that 43.34% of the patients were included from 31 to 40 years. 34.45% start their sex between 18 and 20 years, 44.44% reported 1 sexual partner, 34.44% presented 2 sexual partners and 21.12 reported from 3 to more sexual partners, and 58.89% indicated multiparity.

In 90.0% report cervical cytology (PAP) were classified with abnormal cytology result, the most frequent injury in the CIN I 93.83%. By Colposcopic examination

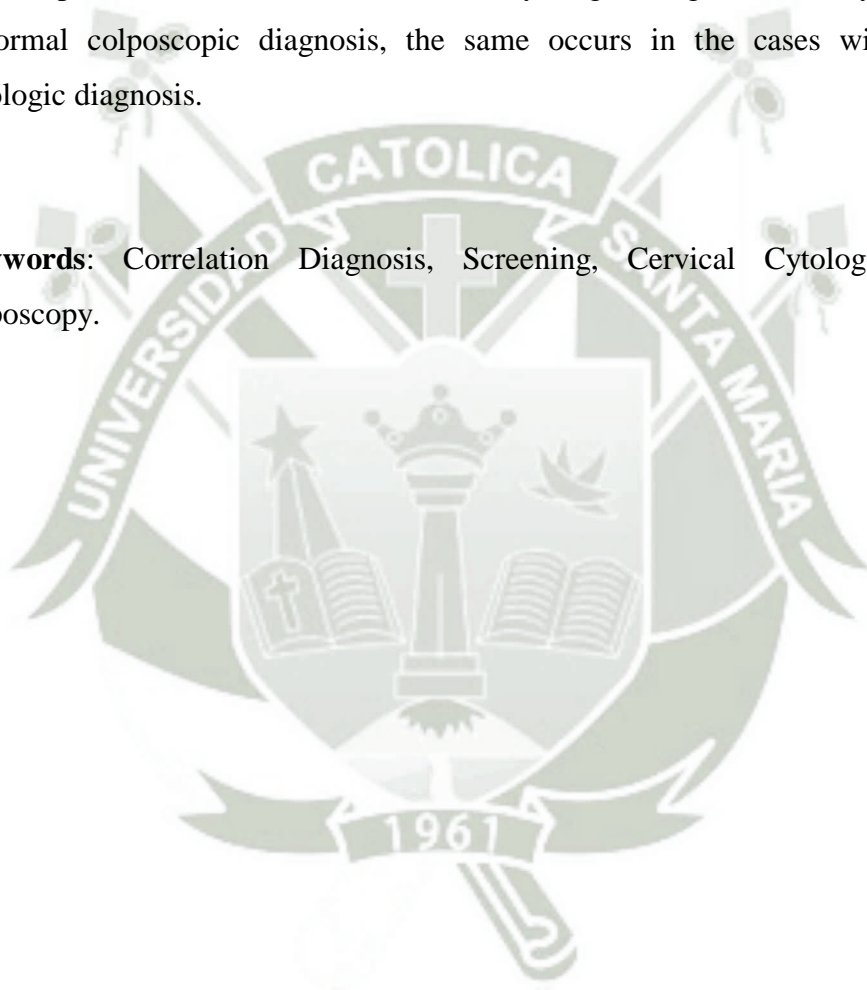
65.56% the patients had an abnormal result (59 patients), showing a 71.19% EBA as the most frequent injury.

Conclusion:

According to Chi square test and contingency coefficient was found that cervicovaginal cytologic diagnosis and colposcopic diagnosis have highly significant relationship.

This implies that cases with abnormal cytologic diagnosis mostly have an abnormal colposcopic diagnosis, the same occurs in the cases with normal cytologic diagnosis.

Keywords: Correlation Diagnosis, Screening, Cervical Cytology vaginal colposcopy.



INTRODUCCIÓN

El presente estudio se justifica por abordar dos exámenes muy importantes que intervienen directamente en la problemática del cáncer de cuello uterino, como son la colposcopia y la citología cervical (PAP). Estas pruebas intervienen de manera directa para la prevención y diagnóstico temprano de esta problemática de salud.

El cáncer de cuello uterino representa la primera causa de muerte de la mujer peruana. La Red de Salud de mujeres calcula una frecuencia anual de 460 mil casos de cáncer de cérvix de los cuales fallecen aún con tratamiento el 45% al 50% (Liga de Lucha Contra el Cáncer - 2011).

El método utilizado para esta investigación fue el test del Chi cuadrado para datos correlacionados, los resultados fueron presentados en tablas de doble entrada y gráficos de barra y torta.

La presente investigación fue factible, gracias al apoyo del personal que allí laboral y disponibilidad de tiempo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN. La literatura fue encontrada sin inconvenientes, así mismo la investigación nos permitió recordar la práctica eficaz de la metodología para la toma de muestra del PAPANICOLAU y el examen COLPOSCÓPICO.

Por último, nuestro interés y motivación personal es la satisfacción que demuestran las pacientes que participan en la prevención del cáncer del cuello uterino, lo que contribuye a diagnosticarlo precozmente y reciban un tratamiento oportuno.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

La citología cérvico vaginal y la Colposcopía como método diagnóstico en la neoplasia intraepitelial cervical IREN 2014.

1.2. Descripción

a. Área de conocimiento:

- **Campo** : Ciencias de la Salud
- **Área general** : Ginecología y Obstetricia
- **Área específica** : Salud Materna
- **Especialidad** : Salud Sexual y Reproductiva
- **Línea** : Cáncer de Cuello Uterino

b. Análisis y operacionalización de variables

Variable	Indicadores	Sub Indicadores
Variable Independiente 1 Citología Cérvico vaginal (PAP)	Normal	-Negativo
	Anormal	-Displasia leve (NIC I) -Displasia moderada (NIC II) -Displasia severa (NIC III) -ASCUS -Cáncer In situ (CIS)
Variable Independiente 2 Colposcopia	Normal	-Epitelio escamoso original. -Epitelio columnar -Zona de Transformación
	Anormal	-EBA -Punteado -Mosaico -Leucoplasias -Vasos Atípicos. -Lesión que ingresa al canal
Variable Interviniente: Factores de riesgo	Paridad	-Nulípara -Primípara -Segundípara -Multípara -Gran multípara
	Edad de Inicio de relaciones sexuales	-Menor de 15 años -Entre 15 y 19 años -20 años a más
	Número de parejas sexuales.	1 2 3 a más

c. Interrogantes básicas

- ¿Cómo es el diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) en la citología cérvico vaginal?
- ¿Cómo es el diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) en la colposcopia?
- ¿Cuál es la correlación entre la citología cérvico vaginal y la colposcopia para diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas - 2014?
- ¿Cuál es la Correlación entre, edad de paciente, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y paridad con diagnóstico por citología cérvico vaginal y colposcopia en el IREN 2014?

d. Tipo de investigación

La investigación es de tipo documental

e. Nivel de investigación

De acuerdo a la naturaleza del estudio, la investigación por su nivel reúne características de un estudio documental, no experimental, descriptivo, explicativo prospectivo transversal y correlacional.

1.3. Justificación

- a.** El presente estudio se justifica por abordar dos exámenes muy importantes que intervienen en la problemática del cáncer del cuello uterino, como son la colposcopia y la citología cervical, estas pruebas intervienen de manera directa para la prevención y diagnóstico temprano de esta problemática de salud. Así también permitirá contar

con información clave e identificar las brechas existentes en las variables estudiadas, la misma que revertirá en la preparación de las mujeres, generando cambio en su actitud y prácticas a favor de la salud sexual y reproductiva. El presente trabajo de investigación tiene una **originalidad** local, ya que a nivel regional no hay este tipo de trabajo de investigación, a diferencia del ámbito nacional e internacional.

- b. La presente investigación tiene **relevancia científica** porque se considera que debe ser abordado de manera multidisciplinaria a través del desarrollo de investigaciones tendientes a conocer los aspectos preventivos en busca de factores de riesgo en la población, debido a que esta enfermedad causa diariamente la muerte de cientos de mujeres en todo el mundo. El presente estudio tiene gran **relevancia social** debido a que va a contribuir a lograr una mejor comprensión de la relación que existe entre dos pruebas de ayuda diagnóstica, con el fin de motivar su uso general porque nos permitirá lograr la detección precoz de las lesiones neoplásicas pre-clínicas si se realiza el examen en todas las pacientes luego de sacar la muestra del Papanicolaou y así mejorar la salud y calidad de vida, de un sin número de mujeres.
- c. La investigación tiene **relevancia contemporánea** porque pretende dar a conocer los aportes necesarios que ayuden a la prevención y promoción del tamizaje con la prueba de Papanicolaou y Colposcopia y así desarrollar estrategias para aumentar las coberturas existentes que impulsa el IREN a través de la “Norma técnico oncológica para la prevención, detección y manejo de las lesiones pre-malignas del cuello uterino a nivel nacional”.
- d. La presente investigación va a contribuir **académicamente** ya que no se han realizado este tipo de estudios correlacionales.
- e. El presente estudio fue **factible**, porque existió disponibilidad de las unidades de estudio, tiempo, recursos gracias al Instituto Regional de

Enfermedades Neoplasias (IREN) y el personal que allí labora. La literatura fue encontrada sin inconvenientes, así mismo la investigación y revisión de las respectivas Historias clínicas para la recolección de datos fue en tiempo suficiente.

- f. El presente trabajo de investigación es de **interés personal**, porque la población de mujeres de alto riesgo no toman el debido interés en su examen de Papanicolaou y esto hace que la mortalidad aumente, y las lesiones que se detectan son en estadíos avanzados.
- g. El presente estudio se centra en la ausencia de investigaciones locales sobre el tema, lo que exige la declaración de bases conceptuales y/o constructos que guiarán el trabajo del Obstetra. El beneficio será para las mujeres en la toma de Papanicolaou.

2. OBJETIVOS

- Conocer el diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical mediante la citología cérvico vaginal en las pacientes del IREN.
- Conocer el diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical mediante la utilización de la Colposcopia.
- Determinar la correlación entre la citología cérvico vaginal y la colposcopia como método diagnóstico en la Neoplasia Intraepitelial Cervical realizada en las pacientes del IREN.
- Identificar la relación de edad de paciente, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y paridad con el diagnóstico por citología cérvico vaginal y colposcopia en pacientes del IREN.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual.

- Entre las enfermedades más prevalentes en las mujeres se encuentra el cáncer de cérvix, con mayor incidencia a partir de la cuarta década de vida, convirtiéndose en un gran obstáculo para el desarrollo de la mujer en su desempeño dentro de su familia y la sociedad en su conjunto. (2)
- El cáncer de cuello uterino es una enfermedad precedida por fases pre-malignas, de 10 a 15 años de duración; el tratamiento impide que progresen hacia lesiones mayores, pudiéndose incluso conservar la capacidad reproductiva de la paciente. Actualmente los esfuerzos deben enfocarse a ubicar a las pacientes en estas fases para lo cual es necesario que exista una efectiva red de servicios de prevención a las mujeres en riesgo. (2, 4)

3.1.1. Cáncer de Cérvix: El cérvix es la parte del sistema reproductor de la mujer, está ubicado en la pelvis. El cérvix es la parte inferior, estrecha del útero (matriz).

- **El cérvix es un canal:** El cérvix conecta el útero con la vagina. Durante la menstruación, la sangre corre desde el útero por el cérvix hacia la vagina. La vagina conduce al exterior del cuerpo. (11)
- El cérvix produce mucosidad. Durante la relación sexual, la mucosidad ayuda a los espermatozoides a moverse desde la vagina por el cérvix hacia el interior del útero.
- Durante el embarazo, el cérvix se encuentra fuertemente cerrado para ayudar a mantener el feto dentro del útero. Durante el parto, el cérvix se abre para permitir el paso del bebe por la vagina. (4)

3.1.2. El proceso del Cáncer

- El cáncer empieza en las células, las cuales son las unidades básicas que forman los tejidos. Los tejidos forman los órganos del cuerpo. Las células normales envejecen o se dañan, mueren; células nuevas las reemplazan.

“Algunas veces, este proceso se descontrola. Nuevas células se forman cuando el cuerpo no las necesita y células viejas o dañadas no mueren cuando deberían morir. La acumulación de las células adicionales forman con frecuencia una masa de tejido que es lo que se llama tumor” (11)

Los tumores en el cérvix pueden ser benignos o malignos. Los tumores benignos no son cancerosos. No son tan dañinos como los tumores malignos (cancerosos).

Tumores benignos (pólipos, quistes verrugas genitales).

- Rara vez son una amenaza
- No invaden los tejidos de su alrededor

Tumores malignos (cáncer cervical):

- Algunas veces pueden poner la vida en peligro
- Pueden invadir los tejidos y órganos cercanos
- Pueden diseminarse a otras partes del cuerpo

El cáncer de cérvix empieza en las células de la superficie del cérvix o cuello uterino.

Con el tiempo, el cáncer cervical puede invadir más profundamente dentro del cérvix y los tejidos cercanos. “Las células cancerosas pueden diseminarse al desprenderse del tumor original (primario).

Entran en los vasos sanguíneos o en los vasos linfáticos, los cuales se ramifican en todos los tejidos del cuerpo. Las células cancerosas pueden adherirse a otros tejidos y crecer para formar nuevos tumores que pueden dañar esos tejidos. La diseminación del cáncer se llama metástasis”.

3.1.3. Fisiopatología: del NIC

La fisiopatología y la evolución natural de la Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), proporcionan una buena base para la inspección visual y el diagnóstico colposcópico, y para comprender los principios del tratamiento de estas lesiones.

La displasia se categorizó en tres grupos leve, moderada y pronunciada según el grado de afectación de la capa epitelial por las células atípicas. Posteriormente, por largos años, las lesiones precancerosas cervicales se notificaron usando las categorías de displasia y cáncer in situ (CIS), todavía ampliamente empleadas en muchos países en desarrollo. Clasificar separadamente la displasia y el cáncer in situ (CIS) fue progresivamente considerándose arbitrario, sobre la base de los resultados de algunos estudios de seguimiento de las mujeres con esas lesiones. Se observó que algunos casos de displasia retrocedían, algunos persistían y otros progresaban a CIS (cáncer in situ). Se observó una correlación directa entre progresión y grado histológico. Estas observaciones condujeron al concepto de un solo proceso mórbido continuo en el que el epitelio normal evoluciona a lesiones epiteliales precursoras y a cáncer invasor. En 1968 se introdujo el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para denotar las múltiples posibilidades de atipia celular confinada al epitelio. La Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) se dividió en los grados 1, 2 y 3 (Richart, 1968). NIC I correspondía a la displasia leve, NIC 2 a la displasia moderada y NIC 3 a la displasia grave y al CIS. En los años ochenta fueron reconociéndose cada vez más alteraciones anatomopatológicas como

la atipia coilocítica o condilomatosa asociada con la infección por virus del papiloma humano (VPH). Los coilocitos son células atípicas con una cavitación o halo perinuclear en el citoplasma, que indica cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH. Esto condujo al desarrollo de un sistema histológico simplificado en dos grados. En 1990 se propuso una terminología histopatológica basada en dos grados de la enfermedad: NIC de bajo grado, que comprendía las anomalías compatibles con atipia coilocítica y las lesiones NIC I, y NIC de alto grado que comprendía NIC 2 y NIC 3. Se consideró que las lesiones de alto grado eran precursoras ciertas del cáncer invasor (Richart, 1990).

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). La característica principal del TBS fue la creación del término “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), con dos grados: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación TBS combina los cambios condilomatosos planos (VPH) y la NIC de bajo grado (NIC 1) en L-LIE, mientras el H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3. Se empleó el término lesión para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico. El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos. Se utiliza sobre todo en América del Norte. 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).

Características clínicas de la NIC: No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de NIC. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodonegativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la NIC contiene escaso o ningún glucógeno.

Sistema Bethesda (2001): categorías de notificación

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 o no especificadas) Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (endocervicales, endometriales o no especificadas) Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS) Adenocarcinoma Otros (lista no exhaustiva) Células endometriales en mujer de más de 40 años

Diagnóstico y clasificación de la NIC por la citología

La NIC puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC. En cambio, el examen histológico de los tejidos permite examinar otras características. Evaluar citológicamente la NIC basándose en los cambios nucleares y citoplasmáticos suele ser muy difícil. La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son

características constantes de todas las células displásicas. La mayor intensidad tintorial (hipercromasia) es otra característica destacada. Las células displásicas siempre presentan distribución irregular de la cromatina, como en grumos. Los núcleos anormales en las células superficiales o intermedias indican una NIC de bajo grado las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos frotis, mientras que la anomalía de los núcleos de células parabasales y basales indica NIC de alto grado. El tamaño del núcleo respecto de la cantidad relativa de citoplasma (relación núcleo/citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC. Las mayores relaciones se asocian con grados más avanzados de NIC. En general, en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, lo que conlleva bastantes dificultades y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados. La experiencia del citólogo es sumamente importante en el informe final.

Diagnóstico y clasificación de la NIC por la histopatología:

Puede sospecharse NIC por examen citológico con la técnica de Papanicolaou o mediante examen colposcópico. El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de **diferenciación, maduración y estratificación** de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas. Al realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hipercromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear (anisocariosis). A menudo existe una fuerte

correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. Las figuras mitóticas de las células en división son poco frecuentes en el epitelio normal y, cuando existen, se ven solo en la capa parabasal. Conforme se incrementa la gravedad de la NIC aumenta el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas. Las configuraciones anormales de las figuras mitóticas también se tienen en cuenta al establecer el diagnóstico final. **En la NIC 1** existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas figuras mitóticas. Las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Se observan figuras mitóticas, pero no muchas. Pueden verse cambios citopáticos debidos a la infección por el VPH en todo el espesor del epitelio. **La NIC 2** se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC 1. Pueden verse figuras mitóticas en toda la mitad inferior del epitelio.

En la NIC 3, la diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes figuras mitóticas. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales. Una estrecha relación entre citólogos, histopatólogos y colposcopistas mejora la notificación en las tres disciplinas. En particular, ayuda a diferenciar los grados más leves de NIC de otras afecciones con las que pueden confundirse.

Adenocarcinoma in situ (AIS): La lesión precursora, cuya procedencia del epitelio cilíndrico, se denomina adenocarcinoma in situ (AIS). En el AIS, el epitelio cilíndrico normal es reemplazado por epitelio anormal que presenta pérdida de la polaridad, células y

núcleos de mayor tamaño, hipercromasia nuclear, actividad mitótica, menor expresión de la mucina citoplasmática y estratificación celular o acumulación. También pueden observarse ramificaciones glandulares anormales y glándulas arracimadas con proyecciones epiteliales papilares intraluminales sin islotes de estroma. Puede subdividirse, según el tipo de células, en endocervical, endometriode, intestinal y mixto. La mayoría de los AIS se encuentran en la **zona de transformación**. El AIS puede asociarse a la NIC de epitelio escamoso entre uno y dos tercios de los casos.

3.1.4. Factores de riesgo

Cuando le diagnostican a una persona cáncer, es natural preguntarse que pudo haber causado la enfermedad. Los médicos no siempre pueden explicar porque el cáncer de cérvix se presenta en una mujer, pero no en otra. Sin embargo, si sabemos que la mujer que tiene ciertos factores de riesgo pueden tener más posibilidad que otras mujeres de padecer cáncer de cérvix. Un factor de riesgo es algo que puede aumentar la posibilidad de que una enfermedad se presente. (21)

Los estudios han encontrado varios factores que pueden aumentar el riesgo de padecer cáncer de cérvix. Por ejemplo, la infección con el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer cervical. La infección del VPH y otros factores de riesgo pueden actuar en conjunto para aumentar aún más el riesgo de padecer esta patología.

- **Infección de VPH:** Los VPH son un grupo de virus que pueden infectar el cérvix. Una infección de VPH que no se cura puede causar cáncer de cérvix en algunas mujeres. El VPH es la causa de casi todos los cánceres cervicales.

Las infecciones por VPH son muy comunes. Estos virus se

pasan de una persona a otra por contacto sexual. La mayoría de los adultos que han sido infectados con VPH en algún momento de su vida, tienen más probabilidad de padecer un cáncer cervical, aunque la mayoría de las infecciones desaparecen por si solas (20)

Algunos tipos de VPH pueden producir cambios en las células de cérvix. Si dichos cambios se detectan temprano, se puede prevenir el cáncer cervical al extraer o destruir las células alteradas antes de que puedan convertirse en células cancerosas. (20)

Una vacuna para las mujeres de 9 a 26 años las protege contra dos tipos de infección por VPH que causan cáncer de cérvix. (INEI)

- **Irregularidad en hacerse pruebas de Papanicolaou:** El cáncer cervical es más frecuente entre las mujeres que no se hacen pruebas regulares de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou ayuda a que los médicos encuentren células alteradas. Al eliminar o destruir estas células anormales se impide generalmente el cáncer cervical.
- **Tabaquismo:** En las mujeres que están infectadas con VPH, el fumar aumenta levemente el riesgo de padecer cáncer de cérvix.
- **Sistema inmunitario debilitado (El sistema natural de defensa del cuerpo):** La infección con VIH (el virus que causa el sida) o el tomar medicamentos que inhiben el sistema inmunitario aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.
- **Antecedentes sexuales:** Las mujeres que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de padecer cáncer cervical. También, una mujer que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido muchas parejas

sexuales puede tener un riesgo mayor de padecer cáncer de cérvix. En ambos casos, el riesgo de padecer cáncer cervical es mayor porque estas mujeres tienen un riesgo más elevado de infección por VPH.

- **Uso de las píldoras anticonceptivas durante mucho tiempo (5 años o más)** puede elevar ligeramente el riesgo de cáncer cervical en mujeres con infección de VPH. Sin embargo, el riesgo disminuye rápidamente cuando la mujer deja de usar dichas píldoras.
- **Tener muchos hijos:** Los estudios sugieren que tener muchos hijos (5 o más) puede elevar ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por VPH.

“El tener una infección de VPH u otro factor de riesgo no significa que la mujer va a padecer de cáncer de cérvix”, La mayoría de las mujeres que tiene factores de riesgo de cáncer cervical nunca llegan a presentar dicho cáncer.” (20)

3.1.5. Síntomas: Los cánceres cervicales en etapas iniciales generalmente no causan síntomas. Cuando el cáncer se agranda, las mujeres pueden notar uno o varios de estos síntomas:

- Sangrado vaginal anormal
- Sangrado después de relaciones sexuales, de un lavado vaginal o del examen pélvico
- Sangrado que ocurre entre los periodos menstruales regulares
- Periodos menstruales más prolongados y más abundantes que antes
- Sangrado después de la menopausia

- Mayor secreción vaginal
- Dolor pélvico
- Dolor durante las relaciones sexuales

Estos síntomas pueden ser causados por infecciones u otros problemas de salud. Solo un médico puede determinarlo con seguridad. La mujer que tenga alguno de estos síntomas deberá decirlo al médico para que el problema pueda ser diagnosticado y tratado lo antes posible.

3.1.6. Detección y diagnóstico: Los médicos recomiendan que las mujeres se realicen pruebas de Papanicolaou a fin de ayudarse a reducir el riesgo de padecer cáncer cervical. Una prueba de Papanicolaou (llamada prueba de PAP o citología) es una prueba sencilla que se usa para examinar las células cervicales. Las pruebas de PAP pueden encontrar cáncer cervical o células anormales que pueden resultar en cáncer cervical.

El detectar y tratar las células anormales pueden prevenir la mayoría de los cánceres cervicales. Además, la prueba de PAP puede detectar el cáncer que empieza, cuando hay más posibilidad de que el tratamiento sea eficaz.

Displasia: La displasia se puede definir como la presencia de alteraciones nucleares, cambios en la relación núcleo/citoplasma y de las características citoplasmáticas de una célula cualquiera. La intensidad de la displasia puede ser leve, moderada o avanzada. En la displasia del epitelio escamoso las células se exfolian generalmente aisladas; las que se descaman en grupos, presentan límites netos. A mayor diferenciación de la lesión, los límites celulares de los grupos exfoliados son menos distinguibles. La forma y tamaño de las células depende del grado de maduración que alcanza el epitelio.

En 1973 fue propuesto el término de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) para incluir todas las formas de lesiones precursoras de cáncer cervical, incluyendo displasia y carcinoma in situ; el NIC se divide en tres grupos; NIC 1 corresponde a displasia leve; NIC 2 corresponde a displasia moderada. Dado que los patólogos

no pueden distinguir la reproductibilidad entre displasia severa y carcinoma in situ, NIC 3 abarca ambas lesiones.

En diciembre de 1988, el Instituto de Cáncer Nacional (INC) propuso un nuevo sistema de nomenclatura, como ya fue expuesto, el Sistema Bethesda (TBS), en donde las displasias leves (NIC 1) están dentro del grupo de Lesiones Escamosas Intraepitelial de Bajo Grado, y las displasias moderadas, severa y cáncer in situ se encuentran entre las Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado. (7)

3.1.7. Clasificación de las Displasias: (18)

- **Displasia Leve, Neoplasia Intraepitelial Cervical 1 (NIC I), Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEI BG):** Las células exfoliadas de una displasia leve corresponden a células poligonales de tipo intermedio o superficial, con núcleo levemente aumentado de tamaño y discreto aumento de la relación núcleo citoplasma. Generalmente el núcleo ocupa menos de 1/3 del área celular. Existe leve variación del tamaño y forma de los núcleos, alguno de los cuales pierden su contorno perfectamente redondo u ovalado al microscopio de luz. El núcleo es hiper cromático, con la cromatina dispuesta en forma reticular o finamente granular.
- **Displasia Moderada, Neoplasia Intraepitelial Cervical 2 (NIC II), Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEI AG):** En el extendido obtenido de una displasia moderada las células corresponden en general a células intermedias profundas, con mayor variación en la forma celular. Algunas células son poligonales u ovaladas; otras presentan características citoplasmáticas de metaplasma inmadura. También se puede encontrar células fusadas y de formas bizarras. La variación en la forma y tamaño de los núcleos y la alteración de la relación núcleo citoplasma es mayor que en la displasia leve: Existe mayor hiper cromatismo, pero la cromatina aún se dispone en gránulos finos uniformes. Nucléolos ausentes. En la actualidad los cambios citopáticos

producidos por la infección por VPH son considerados dentro de este grupo.

- **Displasia Severa, Neoplasia Intraepitelial Cervical 3 (NIC III), Lesión Escamosa de Alto Grado (LIE AG):** Las alteraciones descritas son más marcadas en la displasia avanzada, en la que se observan numerosas células de tipo parabasal, siendo posible reconocer células poligonales y aun, en ocasiones, células aplanadas queratinizadas de citoplasma anaranjado, signo de que persiste tendencia a la diferenciación del epitelio. La relación núcleo citoplasma es mayor a 2/3, Puede haber nucléolos eosinofílicos, aunque generalmente esta oscurecidos por la cromatina densa.
- **ASCUS (26) & AGUS: (49)** Los diferentes sistemas de clasificación en citología cérvico vaginal usados a través de los últimos 40 años., antes del sistema Bethesda (SB), habían puesto poco énfasis en la dificultad en distinguir entre cambios celulares debidos a fenómenos reparativos de cualquier causa y algunas lesiones pre malignas. Al no considerarse esta situación, la práctica de cada laboratorio imponía nuevas categorías diagnósticas, tales como cambios celulares, mínimos, atipia por inflamación, atipia reparativa, etc. El grupo de expertos que ideó el SB aceptó desde su primera reunión (1988), este hecho, incluyendo la categoría “Células escamosas (o glandulares) atípicas de naturaleza Indeterminada”, La revisión de la clasificación hecha después (1991) propuso que se valorara a criterio del citopatólogo si los hallazgos favorecían una lesión reactiva o una lesión neoplásica, entonces se originaron los términos de atipia escamosa de significado indeterminado (ASCUS) y atipia glandular de significado indeterminado (AGUS). El término **ASCUS** es usado para definir las anormalidades celulares más marcadas que aquellas atribuibles a cambios reactivos pero cuantitativamente o cualitativamente le faltan parámetros para el diagnóstico definitivo de lesión intraepitelial escamosa. Las características citológicas de estas células son aumento de tamaño y variación en la forma

del núcleo, leve hipercromías con cromatina finamente granular y homogénea y características sugestivas pero no diagnósticas de infección por papiloma virus. Hay varias opciones de tratamiento para la paciente cuya citología reporta ASCUS, dependiendo de las circunstancias clínicas y si el diagnóstico de ASCUS tiene calificativo. **AGUS** son células de origen endocervical o endometrial que presentan atipia nuclear más allá de lo normal o reactivo, pero sin llegar a alcanzar un diagnóstico inequívoco de adenocarcinoma invasivo. El AGUS por incluir variedad de lesiones tan amplio, siempre requiere estudios complementarios para aclarar el diagnóstico, y así definir el tipo de tratamiento.

En Estados Unidos de Norteamérica sucedieron dos hechos; por un lado, el sistema de salud pública presionaba para que se limitara su uso por los altos costos adicionales que generaba el seguimiento de las pacientes que portaban este resultado, y por otro lado, las crecientes demandas a los patólogos relacionados con resultados falsos negativos inducía a que se recurriera a esta categoría para protegerse. La conveniencia de esta categoría empezó entonces a ser criticada por su empleo indiscriminado y por la ausencia de criterios de decisión para el manejo de los casos así informados. Se establecieron entonces parámetros para limitar el uso y garantizar calidad, que consisten en permitir cifras de ASCUS-ASGUS no mayores del 5% del total de los informes citológicos de un periodo y una relación ASCUS: Lesión Escamosa Intraepitelial no mayor de 3:1. Los estudios conducentes a determinar la mejor conducta en pacientes con ASCUS-ASGUS aún no permiten una inclusión definitiva. Es más, algunos de ellos tienden a exagerar esta categoría creando subdivisiones más allá de las recomendadas en el SB de 1991, lo que aumenta el desconcierto existente. No se ha decidido aún si deben seguirse con nueva citología a los 3 o 6 meses o colposcopia y biopsia dirigida inmediata.

- **Carcinoma in situ. (CIS), o NIC 3 o LIE AG**, es una lesión tumoral en el otro extremo del espectro donde encontramos a las displasias o lesiones precursoras del carcinoma del cérvix.

Su característica morfológica más notoria es el reemplazo casi total del epitelio por células del carcinoma que hipertrofian o deforman este epitelio ocasionando proyecciones hacia el estroma sin romper la membrana basal, es decir con borde bien definido (interfase) entre el epitelio tumoral y el estroma que lo rodea. Un fenómeno semejante ocurre en el epitelio glandular. La lesión puede ser unifocal o multifocal y estará localizada en el 90% de los casos en el área escamo columnar o zona T de transición de epitelios. (19)

En su conducta biológica esta lesión es irreversible y las pacientes así diagnosticadas tienen un riesgo más alto que en las lesiones de menor grado de desarrollar un carcinoma invasor y en menor tiempo en la secuencia de cambios del epitelio.

El cáncer cervical ha declinado significativamente en los países industrializados, pero continua siendo un problema de Salud Pública en toda América Latina, especialmente en Panamá siendo la causa del 15 al 30% de las muertes por cáncer en la mujer, con excepción de Argentina, Chile y Uruguay. Este es un problema de Salud Pública, a pesar que hace más de 50 años existe la tecnología sencilla, eficaz y de bajo costo para su detección en fases tempranas.

La citología cérvico vaginal es el examen que se realiza a toda paciente con vida sexual activa que viene a consulta, o a partir de los 30 años en mujeres sin vida sexual activa, considerándose pacientes prioritarias aquellas portadoras de una citología con neoplasia intraepitelial cervical (NIC). De ello se puede llegar a detectar el grado de avance de la enfermedad que al saber son: **Lesiones intra epiteliales escamosas de bajo grado** células infectadas por VPH, displasia leve (NIC I) y **lesiones intra epiteliales escamosas de alto grado** displasia moderada (NIC II), displasia severa (NIC III), carcinoma in situ.

El registro de investigación de cáncer, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasias (INEN), muestran que el cáncer de cérvix es de 50,35% en mujeres en edad reproductiva (15-49). Además se registra que los factores que predominan son el inicio temprano de relaciones sexuales. (INEI 2010).

Varios investigadores coinciden en afirmar que el carcinoma cervical es más frecuente en mujeres de bajo nivel socio económico, educativo y cultural. En cuanto a la edad, los datos de los distintos estudios revisados demuestran que se presentan con mujeres de rango de edades variadas, siendo estos de 30 a 55 años, 40 a 75 años y 40 a 44 años.

El virus del papiloma Humano (VPH), son organismos ultramicroscópicos que infectan células para poder subsistir, está relacionado con el desarrollo de lesiones pre-cancerosas, se conoce como la mayor causa de cáncer de cuello uterino. Algunos tipos de virus del papiloma humano se conocen como virus de bajo riesgo porque raramente incluyen los VPH6 y VPH11. Los tipos de virus más importantes del papiloma Humano, transmitidos sexualmente, asociados con el cáncer en hombres y mujeres incluyen los VPH 16,18, 21, 31, 35, (16).

Ciertos comportamientos, como el inicio temprano de las relaciones sexuales y tener muchos compañeros sexuales, aumentan la probabilidad de desarrollar una infección de virus del papiloma humano (15, 57, 59). La mayoría de las infecciones con VPH desaparecen por sí solas sin causar anomalía alguna, es importante notar que la infección con los tipos de VPH asociado con cáncer puede aumentar el riesgo de que las anomalías leves se convierten en severas o cáncer de cuello uterino. (21)

Estos tipos de virus del papiloma humano asociados con el cáncer causan crecimiento que normalmente parecen planos y son casi invisibles, comparados con las verrugas causadas por los VPH 6 y 11 (23).

Existen evidencias que, virtualmente todas las displasias y carcinomas cervicales están relacionadas con la infección por el virus del papiloma humano. Se considera que la exposición oncogénica al VPH ocurre entre la segunda y cuarta década de la vida. La presencia de la displasia es común entre la tercera y cuarta década, mientras que el cáncer de cérvix es más usual en las dos décadas siguientes.

Desde 1982, diversos estudios han demostrado la asociación que existe entre lesiones pre-malignas del cuello uterino con la infección por el VPH. El énfasis se hace en la detección temprana de estas lesiones utilizando la citología cervical.

El método de la citología de cérvix creado por el Dr. Papanicolaou ha demostrado ser efectivo en disminuir la mortalidad por el cáncer de cuello uterino en los países donde se han implementado programas poblacionales de amplia cobertura. Según datos del Ministerio de Salud, se estima que en el Perú solo alrededor del 10% de las mujeres mayores de 25 años, cumplen con tomarse un Papanicolaou anual (13).

Cuando se iniciaron los programas de detección del cáncer de cérvix, las tomas de muestras en Suecia, eran realizadas por obstetrices o médicos; en la Unión Soviética por obstetrices y enfermeras; posteriormente el método se amplía a todos los países. En la actualidad en muchas instituciones, el programa de detección de cáncer de cérvix es llevado a cabo por obstetrices, lo cual demanda conocimientos actualizados respecto al cáncer de cérvix, que comprenden la clasificación de las mujeres en nivel de riesgo.

La Organización Mundial de la Salud, ha calificado al cáncer de cuello uterino como una enfermedad capaz de ser descubierto tempranamente y prevenir así su avance mediante el examen Citológico o Papanicolaou.

En los países en vías de desarrollo como el nuestro, la toma de prueba del Papanicolaou se ha convertido en el componente más relevante del trabajo sanitario en la prevención y detección del cáncer de cuello uterino, que es uno de los cánceres al cual están expuestas todas las mujeres que ya han iniciado su vida sexual.

En la actualidad la citología cervical (PAP), ha reducido los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino en mujeres, ya que mediante su uso se puede descubrir el 95% de las neoplasias genitales precoces y de esta manera realizar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. La detección sistemática y formas pre-clínicas sintomáticas de cáncer de cérvix, sigue siendo en la

actualidad, la mejor arma para disminuir la mortalidad, por ello se recomienda un examen anual de PAP a toda mujer que inicia su vida sexual activa.

Una vez que por el Papanicolaou o citología cervical se detectan células anormales, se debe iniciar exámenes adicionales para el diagnóstico y tratamiento adecuados. Se conoce que en el Perú, solo una minoría de las pacientes con citología anormal, llegan a acceder a estos estudios adicionales y (colposcopia y biopsia), tratamiento por carencia de un sistema efectivo de redes de servicios. (13, 14).

Los problemas relacionados con la prueba de PAP ha motivado que en los últimos años se realicen investigaciones dirigidas a buscar y evaluar métodos de tamizaje alternativos al PAP, existiendo reportes cada vez más frecuentes que indican que la inspección Visual con ácido acético (IVAA), es un método que luego de una adecuada capacitación del personal, logra obtener una alta sensibilidad en la detección de lesiones escamosas intraepiteliales, sobre todo de alto grado, teniéndose como limitante que la especificidad sea baja, con lo cual el número de casos falsos positivos es elevado.

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasia mejor estudiadas en la actualidad conociéndose la historia natural desde la aparición de lesiones pre malignas. Esto se ha logrado gracias a la accesibilidad del órgano para el examen directo y además, a la propiedad que tienen las lesiones pre-malignas de tornarse de color blanco (Acetoblanco).

En la mayoría de los países menos desarrollados, los programas de rastreo de cáncer de cuello uterino son escasos o inexistentes. Es por ello, que las lesiones pre-cancerosas se diagnostican tardíamente en pacientes cuando ya la lesión es invasiva, o en estados avanzados cuando se realiza un estudio de Papanicolaou en zonas urbanas o en centros privados de salud. Esta metodología requiere de un sistema medianamente complejo de transporte de las muestras, y de las posibilidades de Laboratorio, las cuales generalmente no son accesibles para las regiones distantes.

3.1.8. Colposcopia:

La colposcopia se puede definir como un medio de diagnóstico mediante el cual es posible reconocer y delimitar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix y vagina.

La colposcopia es un procedimiento médico consistente en la observación microscópica del epitelio del cuello uterino, paredes vaginales así como entrada a la vagina, que permite identificar lesiones pre cancerosas con gran precisión.

El colposcopio es una especie de microscopio o lente de aumento que permite visualizar a mayor tamaño los tejidos y que sirve para detectar lesiones tanto benignas como malignas a nivel de cuello, vagina, vulva, etc.

Este procedimiento permite realizar con mayor exactitud y seguridad la prueba de Papanicolaou toma de biopsias ante la presencia de lesiones sospechosas en el cuello uterino

La colposcopia no provoca dolor ni sangrado, se realiza en pocos minutos, es seguro, no requiere hospitalización y terminado el estudio, la paciente puede regresar a casa.

La colposcopia nació en Alemania en 1925 por obra de HANSHINSELMANN, quien estando convencido de que la observación a simple vista y la palpación eran insuficientes para diagnosticar el carcinoma de la portio en su fase inicial, pensaba que la utilización de un auxiliar óptico permitiría un diagnóstico más exacto. Además, reconoció y describió una serie de lesiones asociadas con frecuencia con el carcinoma invasor que tenían el significado de lesiones pre - cancerosas.

Clasificó estas lesiones, llamadas "áreas matrices del carcinoma", en 4 categorías que después se redujeron a 2: "atipias epiteliales simples" y "atipias epiteliales agravadas", cada una con 4 variantes según el tipo de

crecimiento epitelial (en superficie, supra papilar, intermaxilar, interglandular). (5)

De estas observaciones derivó la posibilidad conceptual del reconocimiento del carcinoma pre clínico y la noción de un "verdadero" diagnóstico precoz.

En la historia de la colposcopia se puede reconocer la existencia de 3 períodos que, partiendo de la propuesta de Hinselmann, son la introducción en Europa y Sudamérica (1920-1970); evolución de los criterios de definición y clasificación y utilización por las escuelas anglosajonas (desde 1970) y su descubrimiento para el diagnóstico de las afecciones virales (HPV), con los consiguientes problemas de definición y reinterpretación (desde 1980 a la actualidad).

Posibilita el localizar con exactitud las zonas a biopsia (biopsia dirigida), efectuar con mayor precisión y controlar a distancia los resultados de tratamientos locales (crioterapia, laserterapia), y reconocer la existencia de procesos inflamatorios algo sintomáticos o asintomáticos.

La posibilidad de reconocer la presencia de las modificaciones de carácter viral y sobre todo de las manifestaciones succínicas del HPV, han ampliado las indicaciones de la colposcopia y revalorizado su importancia. (6)

3.1.8.1. ¿Cómo se realiza el examen?

Se le pide a la paciente acostarse sobre la espalda con los pies en los estribos de la mesa de exploración ginecológica; se le introduce un espéculo (un instrumento usado para mantener abierta la vagina y poder visualizar y examinar el cuello uterino), Se le aplica al cuello uterino una solución química (ácido acético) para retirar el moco que recubre la superficie y ayudar a resaltar las áreas anormales. Se ubica el colposcopia en la abertura de la vagina y se examina extensamente el área e incluso se pueden tomar fotografías. Si el médico lo considera necesario dirigido por lo que observa a través de la colposcopia puede tomar una muestra de tejido para biopsia.

3.1.8.2. ¿Quién debe realizarse la colposcopia?

1. Toda mujer que haya iniciado relaciones sexuales.
2. Pacientes con resultado de Papanicolaou anormal (presencia de displasia o NIC)
3. Control de pacientes con antecedentes de infección por virus de papiloma humano cáncer
4. Pacientes con sangrado transvaginal anormal.
5. Pacientes con flujo vaginal que no se cura con tratamientos usuales.
6. Presencia de lesiones externas(verrugas, condiloma , úlceras, excoriaciones)
7. Como estudio previo a la realización de operaciones del útero.

3.1.8.3. Preparación para el examen

No requiere ninguna preparación especial. Es recomendable el vaciamiento de la vejiga y el intestino previamente al examen. No se deben practicar duchas vaginales, ni tener relaciones sexuales durante las 24 horas anteriores al examen.

3.1.8.4. Interpretación de la colposcopia

Si no se encuentra nada anormal a la colposcopia, lo que se haga a continuación dependerá del resultado de la citología. El médico o la obstetra se lo explicarán.

Si se encuentra alguna anomalía a la colposcopia, se obtiene una pequeña muestra del área anormal (biopsia) para precisar si requiere tratamiento o no. A veces, si usted fue enviada a colposcopia por presentar en la citología de cuello de útero cambios moderados o severos (lesión de alto grado), le pueden proponer un tratamiento inmediato. Algunas mujeres lo prefieren

porque resuelven el tratamiento con rapidez. Su médico le informará las ventajas y desventajas de hacerlo en su caso.

3.1.8.5. Clasificaciones Colposcópicas:

Clasificación Internacional IFCPC (Roma, 199 El 1° problema es la terminología o nomenclatura colposcópico, que sería la traducción de la imagen observada en términos que permita correlacionar de modo aceptable el significado histológico de la lesión.

El problema es el de la clasificación u ordenamiento dentro de un cuadro de los términos que definen los diversos aspectos colposcópicos en grupos homogéneos desde el punto de vista biológico y de su presunto significado histológico y clínico.

Resultados colposcópico Normales: El epitelio plano estratificado original (natural), es una estructura suave, rosada, uniforme, sin lesiones originalmente establecida en el cuello y la vagina durante etapas tempranas del desarrollo fetal. No se identifican restos de epitelio cilíndrico ni aperturas glandulares o quistes de Naboth. Los patrones vasculares en general no se aprecian visualmente.

En la post menopausia el epitelio se hace más pálido. Histológicamente se trata de un epitelio plano estratificado bien diferenciado, que se tiñe positivamente con una solución Iodada (Test de Shiller. Negativo).

Resultados Colposcópico Anormales:

- **Estado Acetoblancos:** Es una lesión colposcópico focal anormal, que se observa después de la aplicación de ácido acético. El epitelio blanco constituye un fenómeno transitorio que se observa en zonas de mayor densidad nuclear, ya sea planas con un contorno superficial que también es plano y regular, o micropapilares o microconvolutas, con

proyecciones papilares o patrón cerebroide. La apariencia acetoblanca es más intensa entre más anómalo sea el epitelio cervical. Es una prueba útil de costo ínfimo en la evaluación de lesiones pre neoplásica como:(20)

- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC), I II y III
- Neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA) I, II y III
- Neoplasia Intraepitelial Anal (NIA), I, II y III.
- Neoplasia Intraepitelial vulvar (NIV), I, II y III
- Neoplasia intraepitelial peneana (NIP), I, II y III

- **Puntillero: (punteado- base):** Es una lesión colposcópico anormal focal en la que los capilares tienen un patrón peniforme producido por, la “visión de punta” de los capilares intraepiteliales. El puntillero es más pronunciado y hay un aumento del calibre de los vasos y los espacios entre ellos.
- **Mosaico:** Es una lesión colposcópico anormal focal, en la que los vasos forman líneas o separaciones en bloques de epitelio blanco en un patrón de mosaico. Los grados más elevados de anomalías tienen patrones más gruesos y vasos con distancias intercapilares aumentadas.
- **Leucoplasias: (Hiperqueratosis):** Es un epitelio blanco presente antes de la aplicación de ácido acético, lesión colposcópico focalizada, hay Hiperqueratosis y para queratosis y aparece como una placa grande elevada, pudiera identificarse tanto dentro como fuera de la zona de transformación.

El epitelio negativo al yodo es aquel que no se tiñe con la solución de lugol Schiller el epitelio estratificado normal se tiñe de color café.

➤ **Los vasos Atípicos:** Constituyen una anomalía colposcópica focal, en la que el patrón de los vasos sanguíneos no se ven como puntiformes, en mosaico o en ramificaciones delgadas, sino más bien como vasos irregulares que muestran variación notoria de calibre y trayectoria, con ramificaciones irregulares a veces con aspecto de coma, sacacorchos o espagueti

➤ **Fuera de la zona de transformación:** Fuera de esta zona que está constituido por: Ectocervix, vagina y vulva y anomalías:

Epitelio acetoblanco, plano micropapilar o micronvoluto, puntiforme, Iodo negativo y vasos atípicos.

Sospecha colposcópica de Carcinoma Invasor: El cáncer invasor colposcópicamente obvio, es aquel no evidente a la exfoliación, elevada con un contorno irregular y vasos sanguíneos anormales.

Colposcopia Insatisfactoria: Ocurre cuando la unión plano cilíndrica no es visible, por la inflamación, no se visualiza el cérvix. (4)

3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos:

➤ **Título: Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. (24)**

Autores: Santa Torrente Hernández.

Orlando Valdez Álvarez:

Roy Borrego

Revista: Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.

Rey Cubana Obstetricia y Ginecología v. 37 N1 Ciudad de la habana
Cuba. Entre enero-marzo del 2012.

La citología y la colposcopia se han utilizado a través de los años con el objetivo de sospechar las afecciones pre malignas y malignas del cérvix uterino que solo la histología confirmará.

OBJETIVO: Evaluar la correlación colpohistológica en pacientes portadoras de neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) diagnosticadas y tratadas con radiocirugía.

RESULTADOS: La relación colpohistológica fue altamente significativa en las pacientes estudiadas.

- Resultado del estudio de canal: se realizó en casos muy selectivos: cuando la colposcopia no fue útil (insatisfactoria) o fue negativa frente a una citología positiva, se expresa igual que los resultados citológicos.

- Resultado de la colposcopia: Realizada con un colposcopio Karl Zeiss, Germany. La colposcopia fue realizada en consulta externa y los criterios para el diagnóstico colposcópico fueron los recomendados por el programa -clasificación colposcópica Australia 1996: Normal: Epitelio escamoso original, Epitelio columnar, Zona de Transformación, Anormal: EBA, Punteado, Mosaico, Leucoplasia, Vasos atípicos, Insatisfactoria: Unión escamo-columnar no visible, Inflamación o atrofia severa, Ausencia del cérvix.

Conclusión: Se comprobó una buena correlación entre la colposcopia y la histología en las pacientes diagnosticadas de neoplasia intraepitelial cervical.

La colposcopia se realizó en el 100 % de los casos; por los resultados el 89 % (n= 2357) fue positiva (anormal con hallazgo de Leucoplasia, epitelio acetoblanco, base, mosaico, e irregularidades vasculares) en el 95 % se relacionó con las LIE- AG , el 5 % (n= 132) fue negativo

(normal con hallazgo de epitelio escamoso original, zona de transformación típica y ectopias) en este grupo predominó también las LIE- AG 88 % (n= 116) y en el 6 % (n= 168) fueron insatisfactorias (donde no se observó la línea escamo columnar) por el movimiento de la unión escamo columnar hacia la profundidad del canal endocervical, en este grupo también predominó la LIE- AG 98 % (n= 164).

El 15 % de las pacientes fue biopsiada solo con el diagnóstico colposcópico y en el 100 % presentó LIE por diagnóstico histológico.

Estos resultados se corresponden con los alcanzados con nuestro equipo de trabajo en estudios anteriores realizados al respecto donde la colposcopia siempre se ha mantenido con más de 85% de correlación con el diagnóstico histológico. Se expresa en sentido general por los especialistas que la colposcopia en los tiempos actuales cuenta con una amplia experiencia y aceptación profesional en el diagnóstico de lesiones pre maligna y malignas de cérvix y cada vez se relaciona más con la histología.

Todas estas consideraciones reafirman la necesidad de contar con colposcopistas entrenados en todos los centros asistenciales pues resulta necesario que la colposcopia forme parte del examen ginecológico de rutina a toda paciente que solicite atención, sobre todo las adolescentes que están fuera del programa de diagnóstico precoz de cáncer cérvicouterina y que en los tiempos actuales constituyen un grupo de alto riesgo por los cambios de conductas sexuales que experimentan.

Según la literatura nacional e internacional revisada la correlación que se manifiesta por encima del 85% es considerada altamente satisfactoria. Pérez Moreno, del Hospital de Bogotá se refiere al valor de asociar la citología con la colposcopia para obtener menos porcentaje de falsos negativos.

➤ **Título : Tesis de Segunda** especialidad

Correlación citológica, colposcópica e histopatológica en pacientes con patologías cervicales. Hospital Regional IESS. DR Teodoro Maldonado Carbo 2010-2011 (30)

Autor: DA. Janeth Carlota Arauz Jaramillo.

Objetivo: Establecer el grado de correlación entre la citología de cérvix, la colposcopia y el informe histológico, en pacientes con patología de cuello uterino atendidos en el Hospital Regional 2 Teodoro Maldonado Carbo en el periodo 2010-2011.

Se realizó un estudio observacional descriptivo de diseño no experimental transversal en el que se incluyeron 100 casos de pacientes en las que se realizó un frotis de cérvix uterino, y que contaron con estudio colposcópico, en la consulta de la clínica de Patología Cervical del Servicio de consulta Externa de la institución.

Para el análisis estadístico se emplearon porcentajes, frecuencias simples, promedios, desviación estándar, especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo.

Conclusiones: Los resultados mostraron que el 30% de las pacientes incluidas tuvieron entre 30 y 39 años, El 63% inicio las relaciones sexuales entre los 10 y 19 años. El 99% informo entre 1 y 5 parejas sexuales. El 55% indicaron una paridad entre 1 y 3 hijos. En el 61% el informe de los frotas de cérvix en extensión de Papanicolaou fueron clasificados como LIE de bajo grado. Mediante la colposcopia el 81% se clasifico igual. En el estudio histopatológico, el 75% de las lesiones fueron clasificadas en la misma categoría. Los diagnósticos de Papanicolaou concordaron con el estudio histopatológico en el 64% y los de colposcopia en el 93%.

- **Título: Neoplasias Intraepitelial cervicales (NIC) tratadas con cono LEEP en la modalidad de ver y tratar en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplasias – IREN Norte, de 2008 al 2009 (41)**

Autores: Dr. Pedro Hernández Morón

Dr. Eduardo Torres.

Lic. Karla Rodríguez Cerna.

Trujillo-Perú, abril 2010.

Objetivos: Evaluar los casos con Lesiones Intraepitelial Cervicales De Alto Grado que acuden a nuestra Institución con resultados histológicos de LIE AG, Biopsia con NIC de AG o con colposcopia sugestiva de NIC AG y tratar todos los casos, con el Procedimiento de Escisión con Asa Electroquirúrgica del cuello Uterino (Cono Lee) mediante la modalidad de ver y tratar en la primera y única consulta en el IREN NORTE-Trujillo; para determinar la efectividad del tratamiento, frecuencia, grados, complicaciones y recurrencia de la enfermedad.

Resultados: Se evaluaron a 191 pacientes con diagnóstico de LIE de alto grado, de las cuales 151 casos cumplieron con los criterios y fueron sometidas a Cono LEEP en la modalidad de VER y TRATAR.

La edad media fue de 39.29 años y la desviación estándar de 9.96. Las pacientes sometidas a CONOLEEP presentaron el 79.0% (151) del total de pacientes con diagnóstico de NIC de alto grado y el 21% restante (40), no cumplieron con los criterios de inclusión y fueron sometidas a otros procedimientos. Los resultados histológicos fueron CIS: 23% (34), NIC III: 25% (37) y NIC II: 46% (70); cáncer micro invasor; 2% (3) y NIC I +VPH; 4% (7).

Después de los 12 y 6 meses de seguimiento para el primer y segundo año, 146 pacientes se encuentran libres de enfermedad y cinco pacientes presentaron recurrencia (3, 30%). De 151 casos comisados el 96.7% se encuentran sin evidencia de enfermedad. Las pacientes con recurrencias (3.30%) fueron preconizadas. Las complicaciones de procedimientos son mínimas, presentándose en tres pacientes y no fue necesario

hospitalización o transfusión sanguínea. El Test Chi suaré fue aplicado para determinar que variables afectan a la recurrencia, obteniendo un valor de $p = 0.038$ significativo para los NIC AG endocervicales.

Conclusión: El CONO LEEP en la Modalidad de VER Y TRATAR, en la consulta ambulatoria, es segura, de bajo costo, efectiva, fácil de reproducir en servicios de salud, con una curva de aprendizaje corta y beneficiosa para pacientes jóvenes que desean preservar fertilidad.

El Cono LEEP sirve como diagnóstico y tratamiento, es factible adecuado y brinda resultados óptimos para el manejo Del Pre – cáncer de AG (CIS, NIC II, NIC III), en regiones y lugares periféricos donde la población tiene dificultad para acudir a varias citas y con esta modalidad en una primera y única consulta la paciente es tratada y de esta forma se corta el curso de la historia natural de la enfermedad, evitando su progresión a cáncer invasor, por falta de tratamiento o por abandono.

Los casos de recurrencia se relacionaron principalmente con las lesiones endocervicales y en los casos donde el tipo histológico fue de menor grado, el riesgo beneficio es aceptable en el manejo de la Neoplasia Intraepitelial cervical de Alto Grado.

- **Título: Correlación Diagnóstica entre Citología, Colposcopia y Biopsia en la Neoplasia Intraepitelial Cervical, Hospital de la Mujer Dominicana (32)**

Autores: Liliam Feliz, Magnolia Sánchez, Luz Santana, María Santana, Mirta Matos, Crithian Francisco, Ángel Díaz Beltre

Revista: Médica Dominicana: ADOERBIO 001

Vol., 72-Nº 3

Fecha: Setiembre/Diciembre 2011.

Objetivo: Determinar la correlación diagnóstica entre Citología, Colposcopia y Biopsia en La Neoplasia Intraepitelial Cervical, en pacientes de dicha área en un periodo de 2 años comprendido desde enero 2008 hasta diciembre del 2009. La muestra incluyo un total de 118 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, a quienes se les realizo, Citología, Colposcopia y Biopsia. La fuente de información es secundaria, la información fue recolectada del expediente clínico según el modelo normado por el Ministerio de Salud de Salud Pública y Asistencia Social de la República Dominicana, al que se agregaron la hoja del reporte de la Citología, los hallazgos colposcópico, reporte histopatológicos y la ficha de recolección destinada de datos para el estudio.

Los resultados obtenidos de la Citología, Colposcopia y Biopsia no siempre coincidieron con el mismo diagnóstico.

Conclusiones: Mediante la Citología obtuvimos 73 pacientes positivas para NIC, mientras que por Colposcopia 76 pacientes; y por la Biopsia 118 pacientes. Por lo que podemos decir que solo existió una correlación diagnóstica efectiva entre la Citología y la Colposcopia, no tanto así con la Biopsia.

La comparación de los diagnósticos por citología y colposcopia con los resultados obtenidos en la biopsia muestra una falta de concordancia al momento de dar un diagnóstico definitivo. Podemos observar que de 73 citologías realizadas durante el periodo de estudio 93.1% correspondieron a NIC I, muy parecido a los resultados obtenidos por el Dr. Zeledón contreras residente de cuarto año de ginecología y Obstetricia de Managua Nicaragua, quien reporto 25 casos (60%) de 45 pacientes a las que realizo el estudio. De igual manera sucedió en la colposcopia donde 66 paciente (86.9%) de 76 resultaron positivas para NIC I, mientras el antes mencionado autor nos dio a conocer un porcentaje de 85 por ciento de sus pacientes.

Con todo lo antes mencionado, los datos sugieren un sobre diagnóstico de la Neoplasia Intraepitelial Cervical grado I (NIC I), aparentemente casos de metaplasma escamosa son interpretados como NIC I, lo cual nos sugiere que pudiese existir falsos positivos en cuanto al diagnóstico de esta lesión. En NIC III la concordancia mejora.

➤ **Título: Correlación diagnóstica entre Colposcopia y citología en lesiones de cuello uterino (43)**

Autores: Karina del Villar García.

Medico Sergio Vásquez Ciriaco.

Rolando García Matus.

Fabián Tafoya Ramírez.

Laura Aragón Martínez.

Norma Valencia Mijares.

Lugar: Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca: México

Revista: Evidencia Médica e Investigación en Salud

Vol. 6, Nº. 3.

Fecha: Julio-Setiembre 2013. PP. 84-88

Objetivo: Conocer la correlación, sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo y valor predictivo positivo entre la colposcopia y la citología cervical para el diagnóstico de patología de cáncer de cuello uterino.

Muestra: Mujeres de primera vez en la Clínica de Colposcopia, a la cuales se les realizo colposcopia y citología, independientemente de

estudios previos externos, con interrogatorio directo de antecedentes ginecológicos y factores de riesgo para Ca Cu, con diagnóstico en el expediente y que aceptaran participar en el estudio.

Conclusiones: Es importante identificar las causas de discrepancia para mejorar la calidad de los métodos diagnósticos.

Siendo alta la discordancia diagnóstica entre una colposcopia y una citología cervical de forma satisfactoria, se deben realizar estudios que puedan equiparar los dos resultados, puesto que la zona de transformación indispensable en la colposcopia satisfactoria es inevitablemente no satisfactoria en una mujer con citología satisfactoria que haya sido histerectomizada. La colposcopia es un buen estudio auxiliar diagnóstico, indispensable para llegar al estándar de oro (histológico) con una sensibilidad del 70% especificidad del 94%, VPP de 0.43, VPN de 0.98, exactitud o eficiencia de 0.93. Se requiere empatar la clasificación citocolposcópica en el rubro de satisfactoria, para evitar discrepancias y mejorar el porcentaje de correlación entre ambas.

El estudio de tamizaje o escrutinio citocolposcópico es un adecuado protocolo diagnóstico, evita los falsos negativos de la citología cérvico vaginal sola, tomando en cuenta el desarrollo de lesiones displásicas fuera de la zona de transformación, no es factible para la infraestructura en primer nivel de atención de salud; sin embargo, son importantes los estudios subsecuentes que nos permitan mejorar ambas técnicas y la correlación entre una y otra, estudios que impacten en la incidencia y prevalencia de las lesiones displásicas y cáncer cérvicouterino a etapas cada vez más tempranas.

Se debe mejorar la correlación con una forma más metódica y una toma adecuada de la citología cérvico vaginal, repitiendo el muestreo citológico posterior a tratamiento si fuese requerido, adecuar la manipulación y procesamiento de la muestra, ser más explícitos en la descripción de aquellas imágenes colposcópicas sugestivas de displasias o cáncer,

haciendo un empalme en los diagnósticos citológicos. Todo esto nos daría mayor facilidad para la correlación citocolposcópica.

El mayor obstáculo en la correlación fue encontrado en el rubro de estudio satisfactorio o no satisfactorio, puesto que el concepto colposcópico es muy específico en cuanto a la observación de la zona de transformación al 100%, concepto no exclusivo para el estudio citológico, que se basa en la adecuación de la muestra.

➤ **Título: Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población de Lima Periférica (36)**

Autores: Victoria Valer: Delia Jara:

Gloria Asmat

Diana Tello.

**Lugar: Centro de Salud de Piedra Liza (San Juan de Lurigancho)
Lima, Perú.**

Revista: Anales de la Facultad de Medicina. An. Fac. med.

Vol. 66, n. 2.

Lugar: Lima Perú

Fecha: Abril /junio 2005.

El objetivo: Del presente estudio es determinar la prevalencia y los factores de riesgo del cáncer cervical y sus precursores en un grupo poblacional, con especial énfasis en el manejo de la enfermedad cervical pre invasiva.

Estudio prospectivo y descriptivo no aleatorio.

Materiales y Métodos usados: Estudio realizado durante el año 2003, en mujeres del Centro de Salud de Piedra Liza (San Juan de Lurigancho) en 120 pacientes con diagnóstico citológico de ASC, AGC, L-SIL, H-SIL y carcinoma; se realizó biopsia de las lesiones cervicales en 49 casos, para confirmar el diagnóstico citológico y correlacionarlo con el cuadro clínico y la colposcopia.

Resultados: De los 120 casos de estudio citológico, 14 (11,5%) fueron ASC; 67 (56%) L-SIL, 34 (29%), H-SIL, 3 (2,5%) carcinoma escamoso y 2 (2%) adenocarcinoma. De 49 biopsias, 12 casos fueron L-SIL, 32 H-SIL, 3 carcinoma escamoso invasor y 2 adenocarcinoma cervical, uno de ellos in situ.

Conclusiones: Los resultados citológicos muestran que la lesiones escamosas intraepiteliales y el carcinoma cervical tuvieron alta prevalencia en este grupo poblacional.

Las pacientes que tuvieron diagnóstico histológico de lesión intraepitelial de alto grado y carcinoma fueron derivadas al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplasias.

Las estadísticas de cáncer cervical en nuestro país son alarmantes, a pesar de la existencia de programas de detección de larga data. El cáncer de cérvix continua siendo un problema de salud pública, a pesar de existir un método de detección citológica universal, como es el estudio de Papanicolaou, que detecta el cáncer cervical en sus etapas de lesiones intraepiteliales cervicales, lo cual nos permitiría un seguimiento y un tratamiento oportuno.

Reportes como el Registro de Cáncer en Lima Metropolitana señalan que el cáncer cervical ocupa el segundo lugar después del cáncer de mama (3). Alujar (15) refiere que en Trujillo es la primera causa de mortalidad de cáncer en mujeres, nuestro estudio comprende una población de la zona de San Juan de Lurigancho, área conformada por un estrato socioeconómico

bajo, donde la prevalencia del cáncer cervical y precursores es alta, y los resultados de los factores de riesgo para carcinogénesis cervical coinciden con lo observado por diferentes investigadores; estatus socioeconómico bajo, relaciones sexuales a temprana edad, promiscuidad sexual de la pareja, anticonceptivos, entre otros, por lo que su prevención en nuestro país debe enfocarse a garantizar servicios costo efectivos de los programas de detección de cáncer estos deben de estar disponibles para estimular la participación masiva de las mujeres de alto riesgo que se encuentran en la áreas de Lima periférica y zonas rurales de Lima y provincias.

4. Hipótesis

- Dado que la citología cérvico vaginal y la colposcopia son métodos que se vienen utilizando para el diagnóstico de cáncer cérvico uterino,
- Es probable que el diagnóstico de cáncer por el método citológico este correlacionado con el diagnóstico colposcópico. Así mismo algunos factores inherentes a los pacientes también se muestran relacionados con el diagnóstico citológico y colposcópico.

CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- Técnica. Observación documental
- Instrumentos: Formulario de recolección de datos de la Historia clínica de cada paciente. Anexo 1
- Materiales de verificación: hojas de papel bond, fichas fotocopiadas, lapicero, borradores lápices.

2. Campo de verificación:

2.1. Ubicación espacial:

➤ Precisión del lugar

La investigación se llevó en el ámbito general de:

- País : Perú
- Región: Arequipa
- Provincia: Arequipa
- Distrito : Arequipa Avenida de la Salud S/N Cercado

Ámbito específico del Instituto Regional de Enfermedades Neoplasias IREN que se encuentra ubicado en Avenida de la Salud S/N Cercado.

- ###### ➤ Caracterización del lugar:
- El Instituto Regional de Enfermedades Neoplasias IREN se caracteriza por ser un ámbito Regional especializado en la prevención y tratamiento de enfermedades neoplasias, en donde asiste gente de todo nivel socioeconómico ya que

cuenta con los recursos necesarios, y personal especializado en colposcopia y citología Cervical.

- **Delimitación gráfica del lugar:** Anexo 2.

2.2. Ubicación temporal

- **Cronología:** El trabajo se realizó en los meses octubre a diciembre del 2014.
- **Visión temporal:** Es una investigación prospectiva porque se tomaron los datos en el momento de ocurridos los hechos.
- **Corte temporal:** Es una investigación Transversal porque se tomó la información en un solo momento.

2.3. Unidades de estudio:

- **Universo:** Cuantitativo aprox. 90 mujeres las cuales contaban con examen citológico y examen colposcópico.
- **Población:** La población está constituida por 90 mujeres las cuales contaban con los criterios de inclusión que son diagnóstico citológico y colposcópico.
- No existió muestra ya que se tomó al 100 % de la población que acude al IREN en el último trimestre del año 2014, octubre – diciembre.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización:

- Permiso para acceder a las unidades de estudio.
- Se toma la información necesaria de las historias clínicas
- Preparación de las unidades de estudio.
- Supervisión, coordinación y control.

3.2. Recursos

a. Recursos Humanos:

Investigadoras: Bachiller Vilma Susana Rodríguez Alcázar

Bachiller Yomara Carmen Fuentes Salas

Asesora: Dra. Jannet Escobedo Vargas

Colaboradores: Personal, Profesional y Técnico.

b. Recursos Físicos:

Infraestructura: Consultorios de Ginecología y Colposcopia del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN). Formulario de recolección de información, fichas de recolección de información, lápices, borradores, lapiceros etc.

3.3. Validación de los Instrumentos:

Se realizó una validación de los historiales clínicos del archivo del IREN, usando los reportes citológicos (Papanicolaou) y los hallazgos colposcópicos para llenar nuestros formularios de datos.

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

A nivel de Recolección: Se realizó un vaciado manual del protocolo de recolección de datos a la matriz.

A nivel de Sistematización:

Para el procesamiento de datos se procedió a tabular manualmente los datos recogidos, para luego convertirlos al sistema digital, para su posterior análisis estadístico.

4. Estrategia para manejar resultados

4.1. Plan de procesamiento:

- a) **Tipo de procesamiento:** En el presente trabajo de investigación optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual)
- b) **Operaciones de la Sistematización:** Se realizó un plan de tabulación y un plan de codificación.

4.2. Plan de Análisis Estadístico: Con el fin de obtener con mayor precisión, velocidad, consumo de recursos y tiempo, los datos fueron procesados y analizados en programas de computación como son Word, Excel entre otros: mediante cuadros, gráficos y/o tablas para obtener una mejor comprensión de los resultados obtenidos. Los resultados se presentaron en cuadros estadísticos, gráficos en barra y torta.

4.3. Plan de codificación: Se presentó un sistema de codificación en base dígitos.

4.4. Pruebas Estadísticas: Se utilizó la prueba de chi cuadrado y el coeficiente de kappa cohen.

4.5. Aspectos éticos: La investigación fue realizada guardando el anonimato de las pacientes respetando la confidencialidad de los datos obtenidos, utilizando sólo con fines académicos e investigativos.



TABLA N° 1

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR GRUPOS ETÁREOS EN PACIENTES
DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
2014**

GRUPOS ETAREOS (Años)	N	%
21 a 30	20	22.22
31 a 40	39	43.34
41 a 50	28	31.11
51 a 61	3	3.33
Total	90	100.00

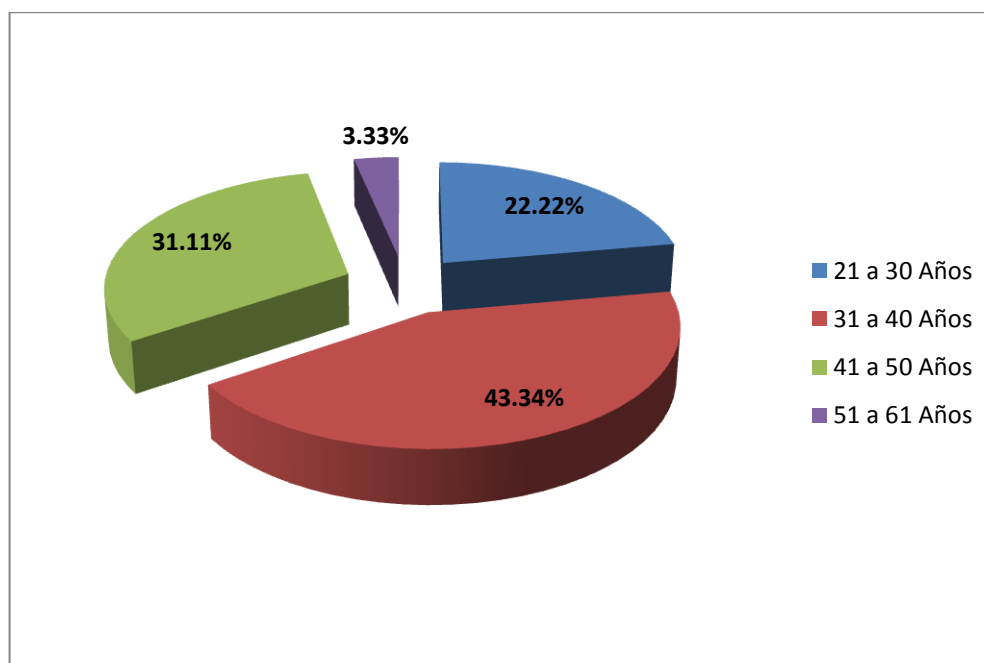
FUENTE: Elaboración Personal

En el presente cuadro se muestran los resultados correspondientes a la edad de las pacientes con Diagnóstico de citología cérvico vaginal y colposcopia de Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas durante el 2014.

La edad de estas pacientes fluctuó entre 21 a 61 años, estando la mayoría (43.34%) entre las edades de 31 a 40 años, segundo lugar las edades entre 41 a 50 años con una representación de 31.11%, luego los pacientes con edades entre 21 a 30 años con un porcentaje de 22.22% y por último los pacientes con edades entre 51 a 61 años fueron muy escasos.

GRÁFICO N° 1

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR GRUPOS ETÁREOS EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 2

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD DE INICIO DE RELACIONES
SEXUALES EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2014**

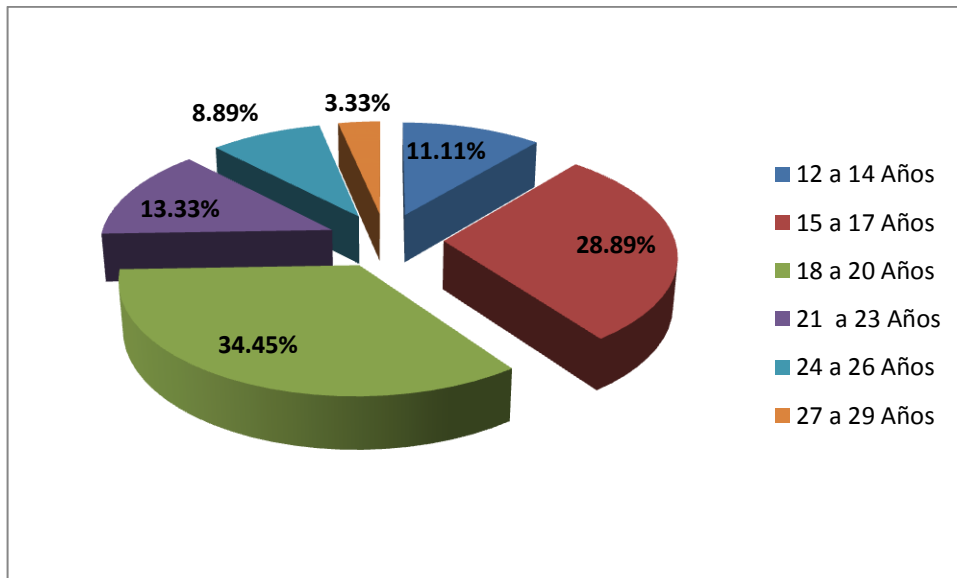
EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES (Años)	N°	%
12 a 14	10	11.11
15 a 17	26	28.89
18 a 20	31	34.45
21 a 23	12	13.33
24 a 26	8	8.89
27 a 29	3	3.33
Total	90	100.00

FUENTE: Elaboración Personal

En la tabla N° 2 se analizó la edad de inicio de relaciones sexuales en estas pacientes se aprecia claramente que la edad de inicio de relaciones sexuales fluctuó entre 12 a 29 años, estando el 34.45% de los pacientes con edad de inicio de relaciones sexuales entre 18 a 20 años, el 28.89% fluctúan entre 15-17, el 13.33% entre 21-23 años.

GRÁFICO N° 2

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES SEXUALES



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 3

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES
EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS. 2014**

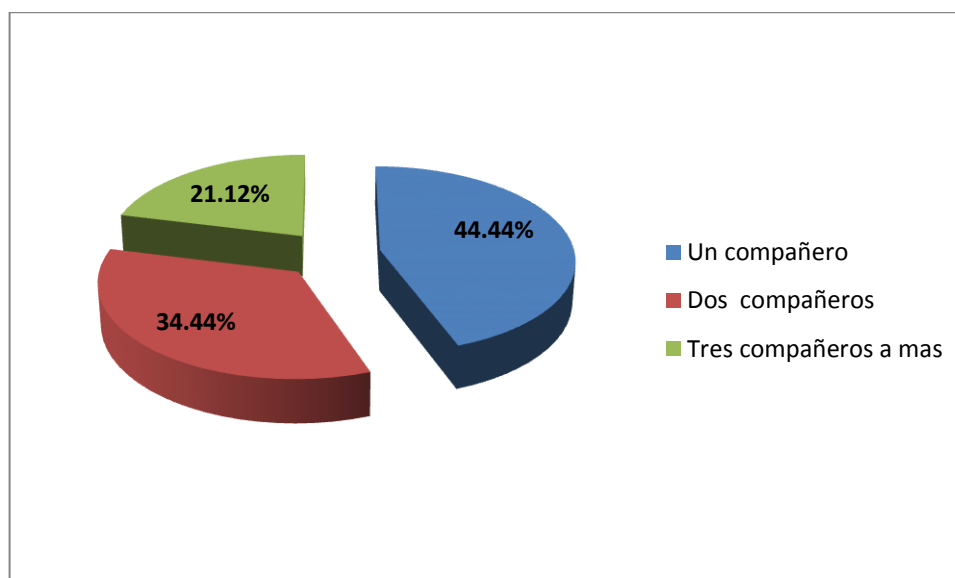
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	N°	%
Un compañero	40	44.44
Dos compañeros	31	34.44
Tres compañeros a más	19	21.12
Total	90	100.00

FUENTE: Elaboración Personal

En la tabla N° 3 se evalúa el número de parejas sexuales en donde se encontró que el 44.44% de las pacientes presento un compañero sexual, el 34.44% presentaron dos compañeros sexuales, y el 21.12% presento tres a más compañeros sexuales.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 4

**DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR PARIDAD EN PACIENTES DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2014**

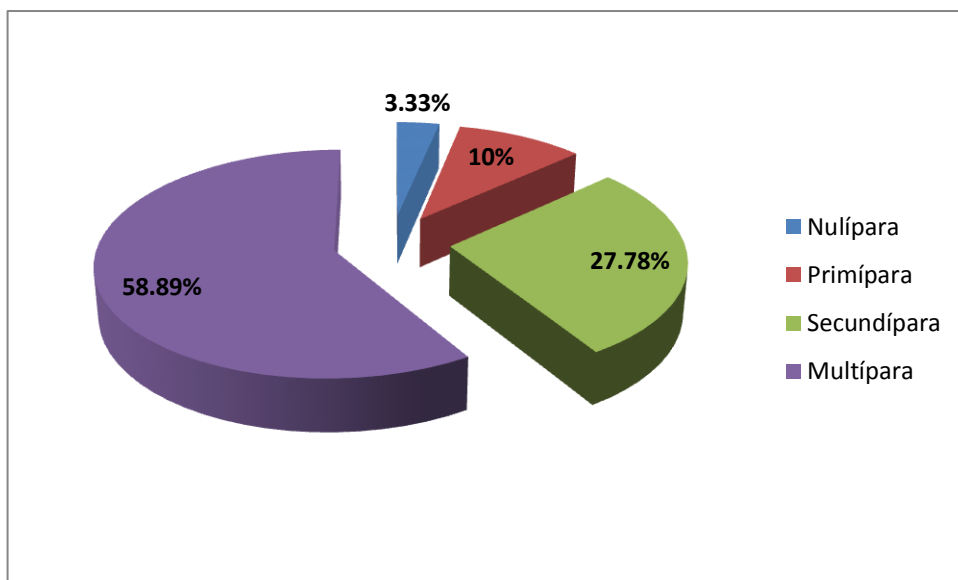
PARIDAD	N°	%
Nulípara	3	3.33
Primípara	9	10.00
Segundípara	25	27.78
Múltipara	53	58.89
Total	90	100.00

FUENTE: Elaboración Personal

En la presente tabla se muestra la paridad de las pacientes con diagnóstico citológico cérvico vaginal y colposcópico. Al respecto se encontró que más de la mitad de las pacientes (58,89%) son multíparas que equivale a 53 mujeres.

GRÁFICO N°4

DISTRIBUCIÓN DE CASOS POR PARIDAD EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 5

**DIAGNÓSTICO DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN PACIENTES
DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS.****2014**

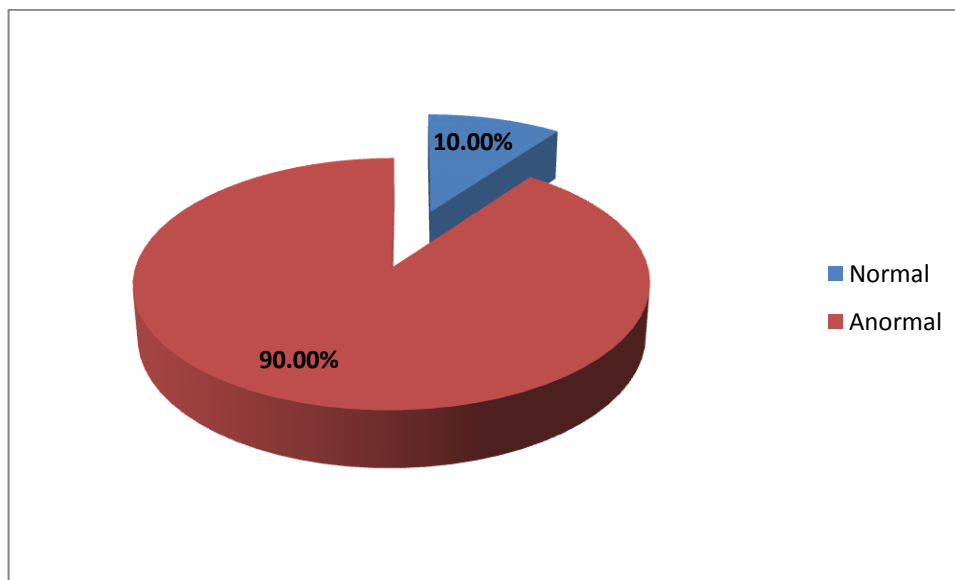
DIAGNÓSTICO CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL	N°	%
Normal	9	10.00
Anormal	81	90.00
Total	90	100.00

FUENTE: Elaboración Personal

En el presente cuadro se presenta el diagnóstico citológico cérvico vaginal en las pacientes que acuden al Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas. Muestra que el 90% tuvieron un diagnóstico anormal.

GRÁFICO N° 5

DIAGNÓSTICO DE CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 6

**GRADOS DE LESIÓN SEGÚN LA CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL
EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS. 2014**

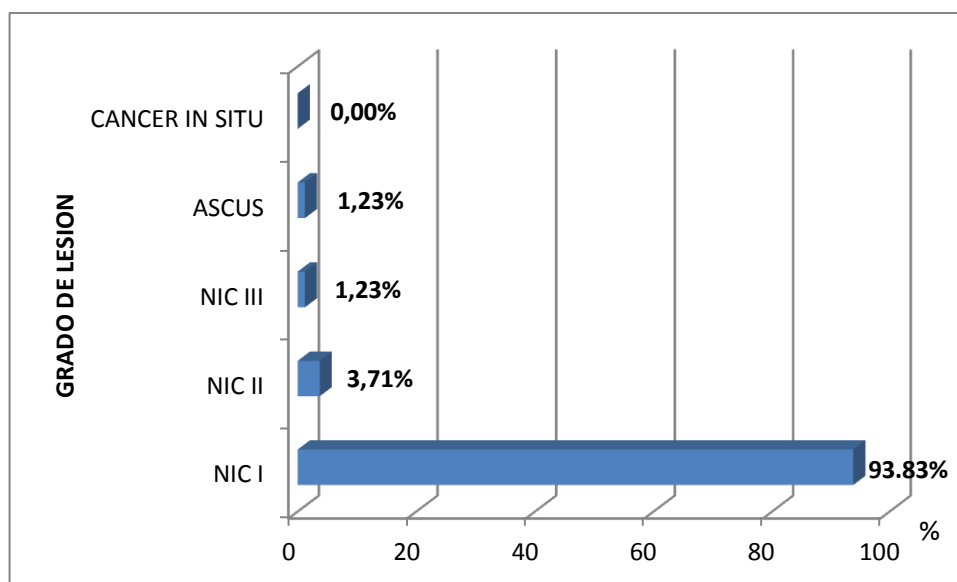
GRADOS DE LESION	N	%
NIC I	76	93.83
NIC II	3	3.71
NIC III	1	1.23
ASCUS	1	1.23
CANCER IN SITU	0	0.00
Total	81	100.00

FUENTE: Elaboración Personal

En la presente tabla se muestra el grado de citología Cérvico vaginal que presentaron las 81 pacientes con diagnóstico anormal. El 93.83% de las pacientes tuvieron un Diagnóstico NIC I, tres casos presentaron NIC II un caso con NIC III y un caso con Diagnóstico de ASCUS.

GRAFICO N° 6

**GRADOS DE LESIÓN SEGÚN CITOLOGÍA CÉRVICO VAGINAL EN
PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 7

**DIAGNÓSTICO DE COLPOSCOPIA EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

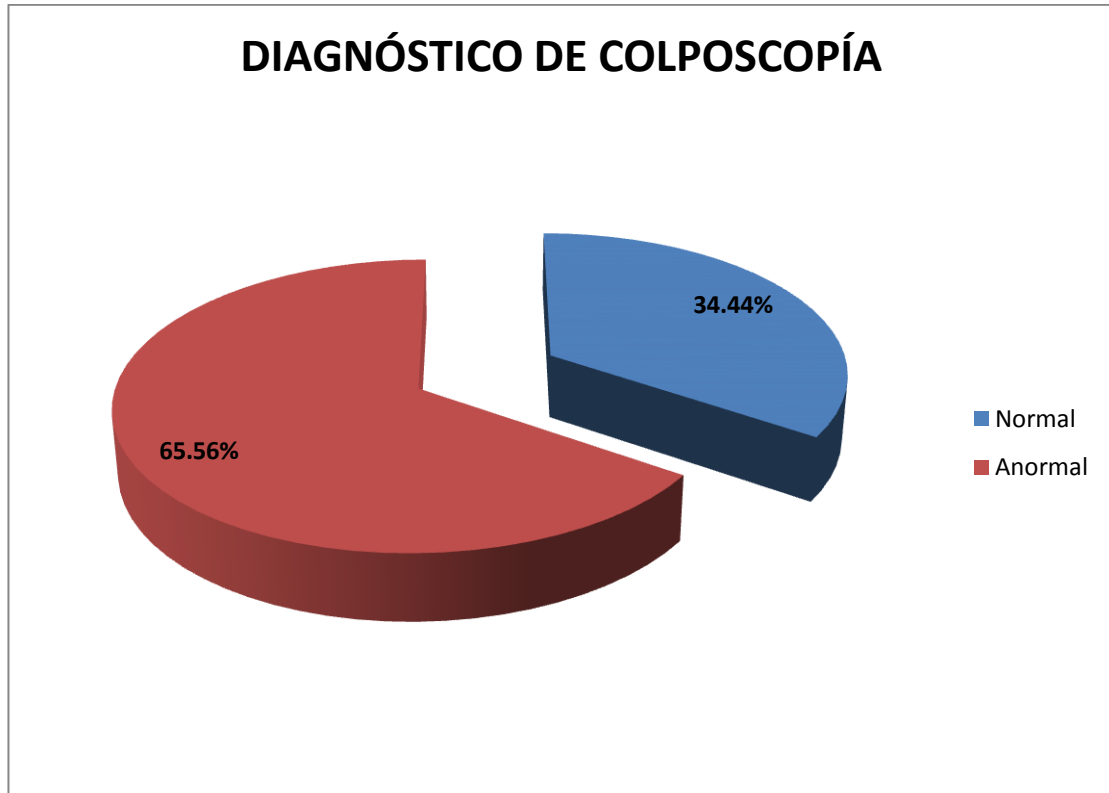
DIAGNÓSTICO DE COLPOSCOPIA	N	%
Normal	31	34.44
Anormal	59	65.56
Total	90	100.00

FUENTE: Elaboración Personal

En lo concerniente al Diagnóstico de colposcopia se encontró que el 34.44% de las pacientes arrojaron un resultado colposcópico normal, y un 65.56% presentaron un resultado colposcópico anormal.

GRÁFICO N° 7

DIAGNÓSTICO DE COLPOSCOPIA EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 8

**GRADOS DE LESIÓN SEGÚN COLPOSCOPIA EN PACIENTES DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

GRADOS DE LESIÓN	N	%
EBA	42	71.19
Punteado	4	6.78
Mosaico	1	1.69
Leucoplasia	0	0.00
Vasos Atípicos	0	0.00
Lesión que ingresa al canal	5	8.47
EBA-punteado	4	6.78
EBA-mosaico	2	3.40
EBA-Lesión que ingresa al canal	1	1.69
Total	59	100.00

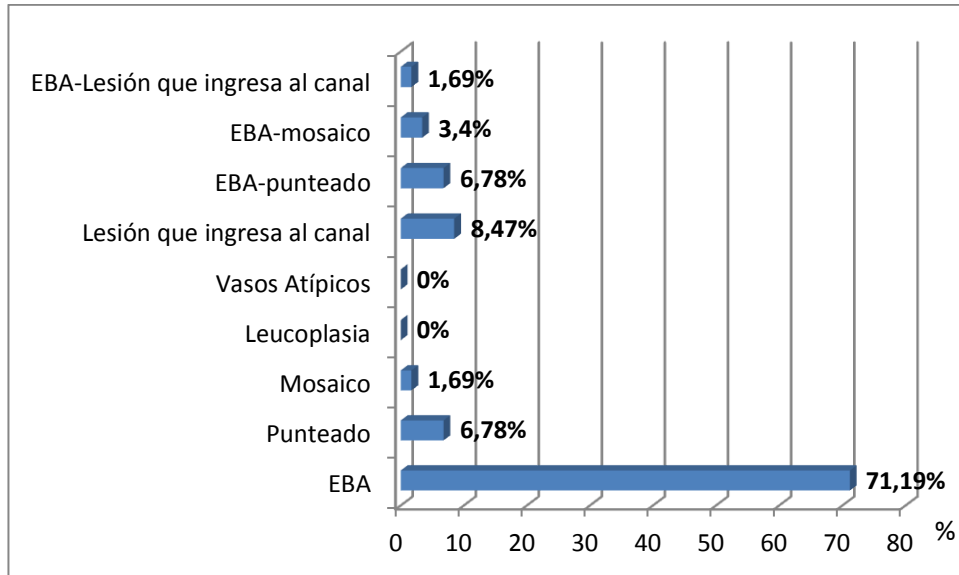
FUENTE: Elaboración Personal

En cuanto a los resultados para el Diagnóstico de colposcopia anormal se encontró que el 71.19% de las pacientes arrojaron como lesión final EBA, (42 mujeres), en cuatro casos se presentó EBA-punteado (6.78%), en cuatro casos punteado (6.78%) en dos casos EBA-mosaico (3.40%) y en un caso mosaico (1.69%), y en cinco casos se presentó lesión que ingresa al canal (8.47)

No se presentaron casos con diagnóstico de leucoplasia ni vasos atípicos.

GRÁFICO N° 8

GRADOS DE LESIÓN SEGÚN COLPOSCOPIA EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal



TABLA N° 9

**CORRELACIÓN ENTRE CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL Y
COLPOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2014**

Diagnóstico citológico	Diagnóstico Colposcópico				Total	
	Normal		Anormal			
	N	%	N	%	N	%
Normal	8	8.89	1	1.11	9	10.00
Anormal	23	25.56	58	64.44	81	90.00
Total	31	34.44	59	65.56	90	100.0
Test de Chi Cuadrado	$X^2 = 13,127$		$G I = 1$		$P: 0.0003$ ($p < 0.01$)	
Coeficiente de Contingencia = 0.3568						
$K = 28.99$						

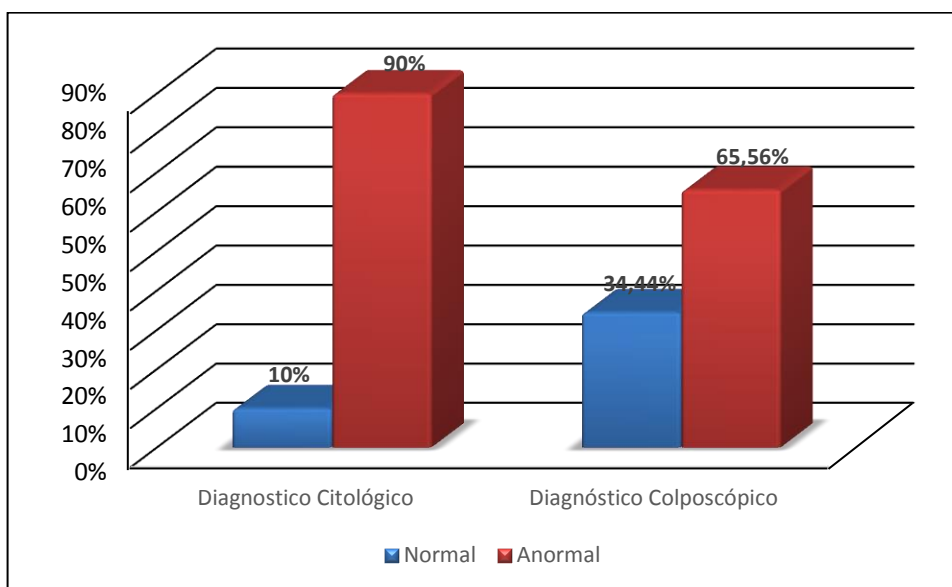
FUENTE: Elaboración Personal

De acuerdo al test de Chi Cuadrado se encontró que el diagnóstico citológico Cérvico vaginal se encuentra relacionado en términos altamente significativos con el diagnóstico colposcópico ($p < 0.01$). Esto implica que los casos con diagnóstico citológico anormal, mayormente tienen un diagnóstico colposcópico anormal sucediendo lo mismo en los casos con diagnóstico citológico normal. Asimismo se encontró una fuerza de correlación moderada según el coeficiente de contingencia (0.3568)

Según el coeficiente de kappa cohen ($K = 28.99$) se aprecia que existe un 28.99% de concordancia entre el diagnóstico citológico y colposcópico.

GRAFICO N° 9

CORRELACIÓN ENTRE CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL Y COLPOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 10

**CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL
COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

Grupos Etáreos (Años)	Diagnóstico Citológico					
	Normal		Anormal		Total	
	N	%	N	%	N	%
21 a 30	2	2.22	18	20.0	20	22.22
31 a 40	3	3.33	36	40.0	39	43.33
41 a 50	4	4.44	24	26.67	28	31.11
51 a 61	0	0.00	3	3.33	3	3.33
Total	9	10.00	81	90.00	90	100.00
Test de Chi Cuadrado	$X^2 = 1.136$		Gl= 3	P:0.7685		(p>0.05)

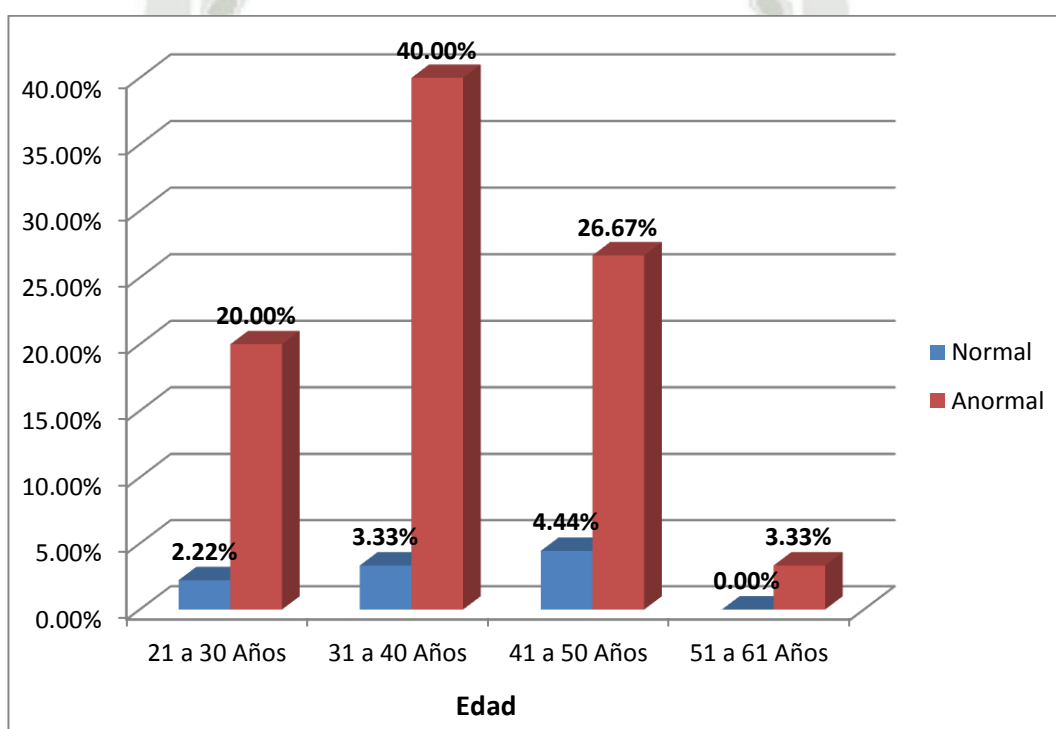
FUENTE: Elaboración Personal

No se encontró relación ni correlación entre la edad de las pacientes con el Diagnóstico citológico cérvico vaginal, tal como lo demuestra el Test de Chi cuadrado y el coeficiente de contingencia ($p > 0.05$)

En todos los grupos etáreos se presentó con alta frecuencia casos anormales.

GRÁFICO N° 10

**CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL
COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 11

**CORRELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO DE RELACIONES
SEXUALES Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL COMO MÉTODO DE
DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN
PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS. 2014**

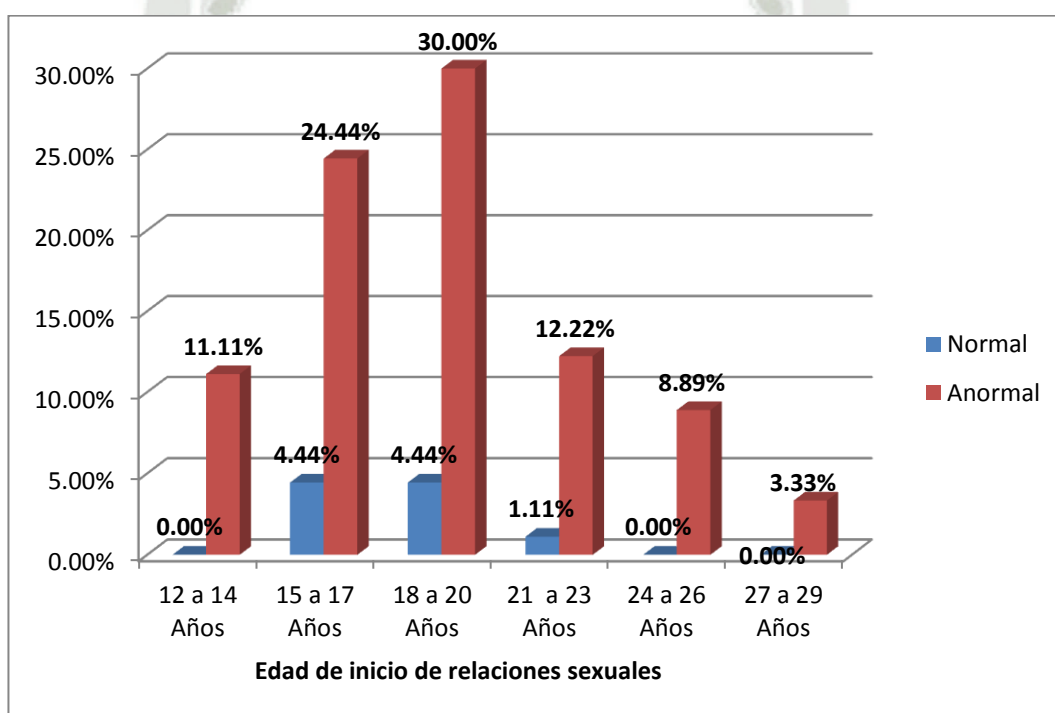
Edad inicio relaciones sexuales (Años)	Diagnóstico Citológico					
	Normal		Anormal		Total	
	N	%	N	%	N	%
12 a 14	0	0.00	10	11.11	10	11.11
15 a 17	4	4.44	22	24.44	26	28.89
18 a 20	4	4.44	27	30.00	31	34.44
21 a 23	1	1.11	11	12.22	12	13.38
24 a 26	0	0.00	8	8.89	8	8.89
27 a 29	0	0.00	3	3.33	3	3.33
Total	9	10.00	81	90.00	90	100.00
Test de Chi Cuadrado	$X^2 = 3.498$		Gl= 5		P:0.6236 (p>0.05)	

FUENTE: Elaboración Personal

En la presente tabla se muestra la relación entre la edad de inicio de relaciones sexuales y el diagnóstico citológico cérvico vaginal, encontrándose a través del test de Chi cuadrado no existe relación significativa entre ambas variables (p>0.05)

GRÁFICO N° 11

**CORRELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO DE RELACIONES
SEXUALES Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL COMO MÉTODO DE
DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN
PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

CUADRO N° 12

**CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y
CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL COMO MÉTODO DE
DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN
PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS. 2014**

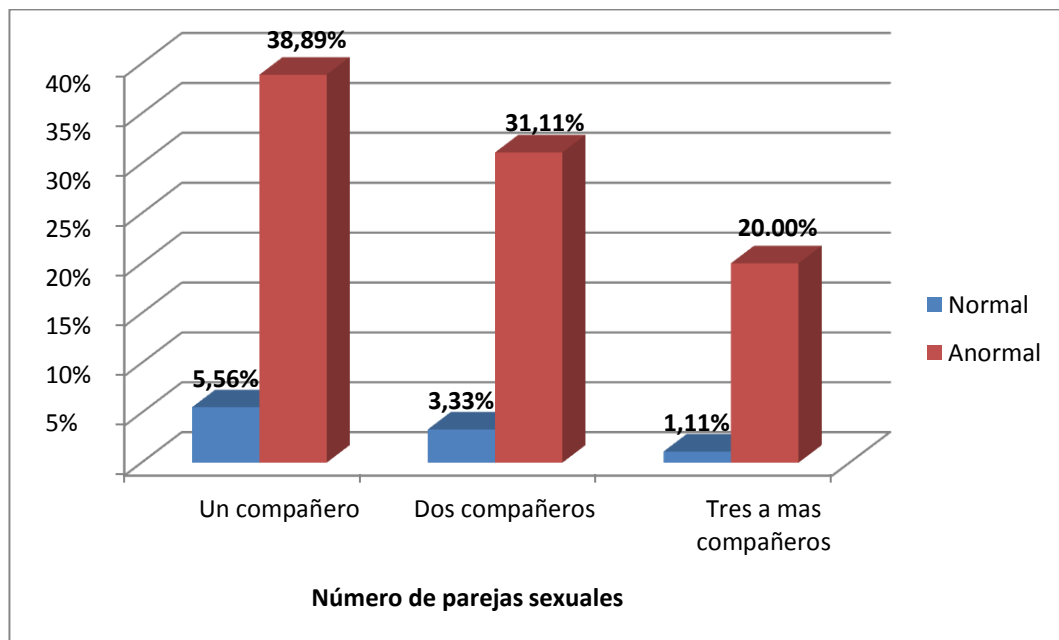
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	Diagnóstico Citológico					
	Normal		Anormal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Un compañero	5	5.56	35	38.89	40	44.44
Dos compañeros	3	3.33	28	31.11	31	34.44
Tres a más compañeros	1	1.11	18	20.00	19	21.11
Total	9	10	81	90.0	90	100.00
Test de Chi Cuadrado	$X^2=0.964$		Gl= 3		P:0.81 (p>0.05)	

FUENTE: Elaboración Personal

Otra de las variables que se considera para establecer la correlación con el diagnóstico citológico cérvico vaginal fue el número de parejas sexuales, la cual se puede decir a través del test de Chi Cuadrado que ambas variables, no se encuentran relacionadas (p>0.05).

GRÁFICO N° 12

CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 13

**CORRELACIÓN ENTRE PARIDAD Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL
COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

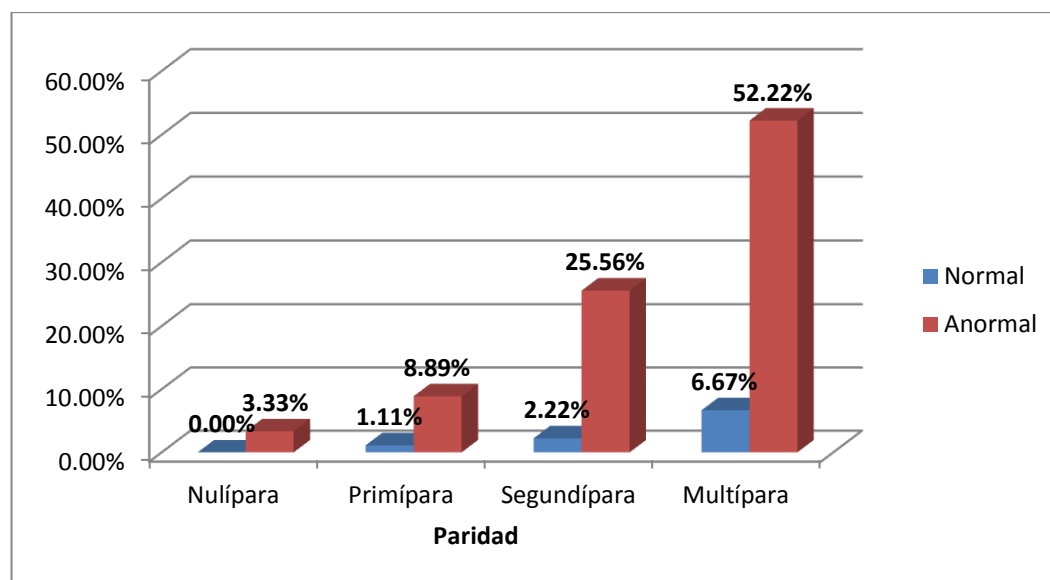
Paridad	Diagnóstico Citológico					
	Normal		Anormal		Total	
	N	%	N	%	N	%
Nulípara	0	0.00	3	3.33	3	3.33
Primípara	1	1.11	8	8.89	9	10.00
Segundípara	2	2.22	23	25.56	25	27.78
Multípara	6	6.67	47	52.22	53	58.89
Total	9	10.00	81	90.00	90	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2=0.56$ Gl= 3 P:0.9056 (p>0.05)						

FUENTE: Elaboración Personal

También se estableció la correlación entre la paridad y el diagnóstico citológico cérvico vaginal encontrándose mediante el test de Chi cuadrado que ambas variables no se encuentran relacionadas significativamente (p>0.05)

GRÁFICO N° 13

**CORRELACIÓN ENTRE PARIDAD Y CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL
COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 14

CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y COLPOSCOPIA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014

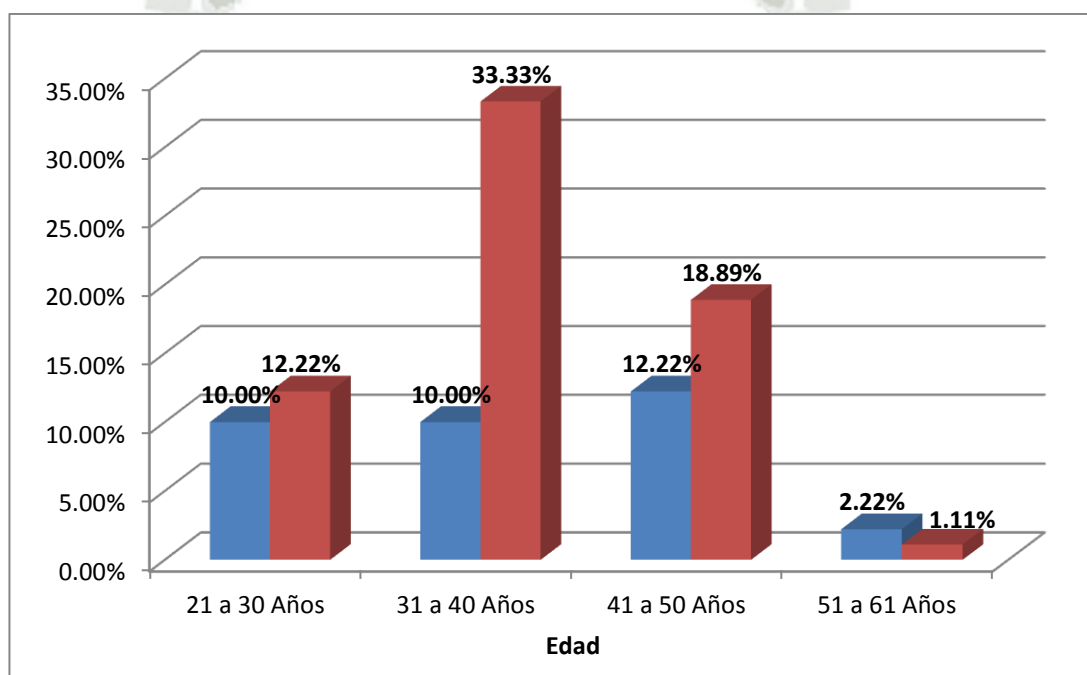
Grupos Etáreos (Años)	Diagnóstico Colposcópico				Total	
	Normal		Anormal			
	N	%	N	%	N	%
21 a 30	9	10.00	11	12.22	20	22.22
31 a 40	9	10.00	30	33.33	39	43.33
41 a 50	11	12.22	17	18.89	28	31.11
51 a 61	2	2.22	1	1.11	3	3.33
Total	31	34.44	59	65.56	90	100.0
Test de Chi Cuadrado	$X^2 = 4.8889$		Gl= 3	P:0.1801	(p>0.05)	

FUENTE: Elaboración Personal

Las edades de las pacientes no se encuentran correlacionadas significativamente con el diagnóstico colposcópico tal como lo demuestra el test de Chi cuadrado y coeficiente de contingencia (p>0.05)

GRÁFICO N° 14

CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y COLPOSCOPIA COMO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 15

**CORRELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO DE RELACIONES
SEXUALES Y COLPOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN
LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2014 (*)**

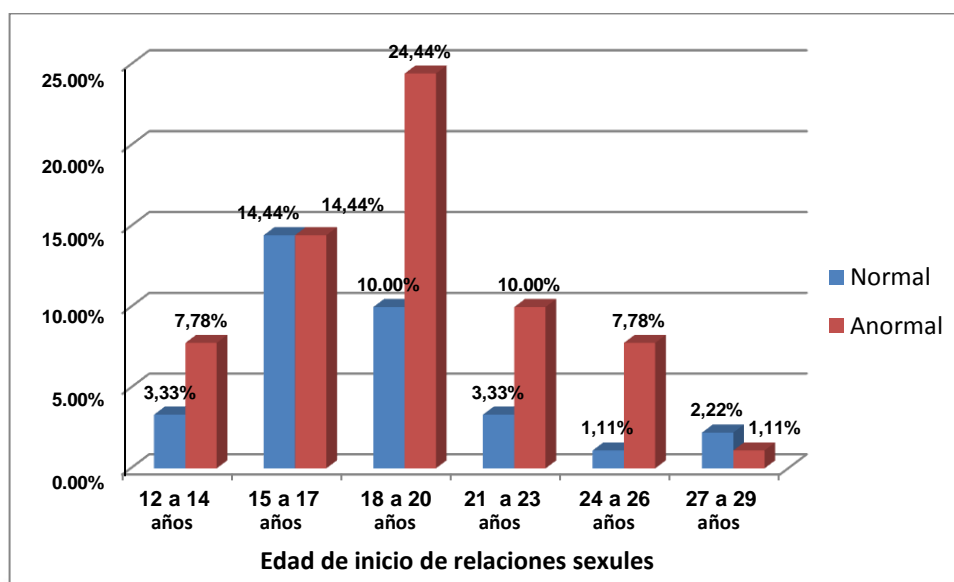
Edad inicio relaciones sexuales	Dx Colposcópico				Total	
	Normal		Anormal			
	N	%	N	%	N	%
12 a 14	3	3.33	7	7.78	10	11.11
15 a 17	13	14.44	13	14.44	26	28.89
18 a 20	9	10.00	22	24.44	31	34.44
21 a 23	3	3.33	9	10.00	12	13.33
24 a 26	1	1.11	7	7.78	8	8.89
27 a 29	2	2.22	1	1.11	3	3.33
Total	31	34.44	59	10.00	90	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2= 6.835$ Gl= 25 P:0.2332 (p>0.05)						

FUENTE: Elaboración Personal

Otra de las variables consideradas fue el inicio de relaciones sexuales la cual tampoco se encuentra correlacionada significativamente con el diagnóstico colposcópico de acuerdo a los resultados del test de chi cuadrado y coeficiente de contingencia (p>0.05)

GRÁFICO N° 15

**CORRELACIÓN ENTRE EDAD DE INICIO DE RELACIONES
SEXUALES Y COLPOSCOPÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN
LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

CUADRO N° 16

**CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y
COLPOSCOPIA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

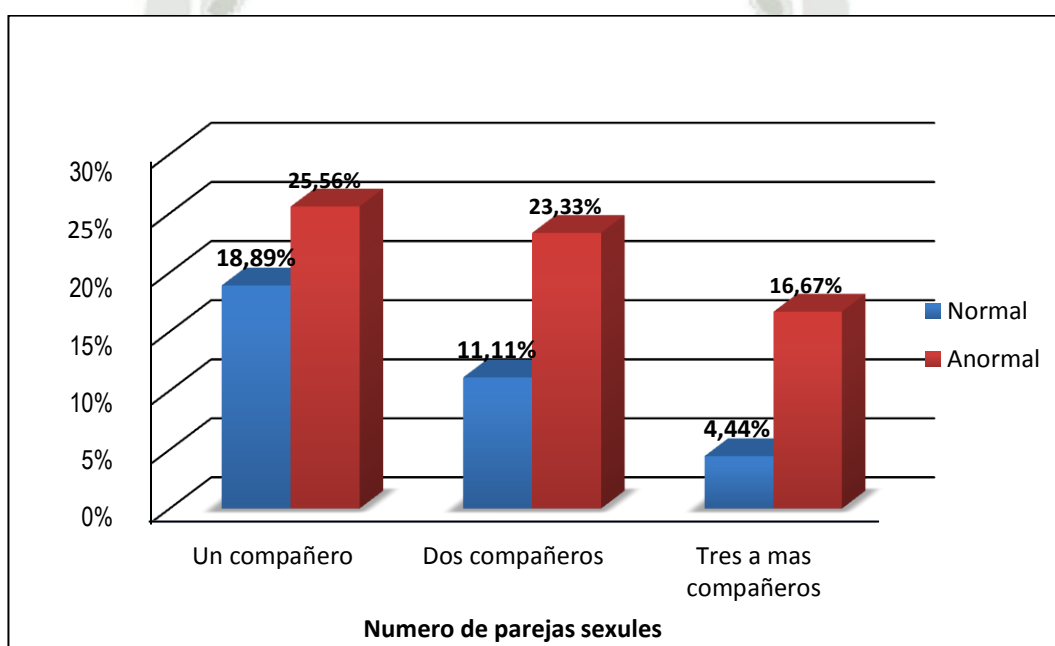
NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Dx Colposcópico				Total	
	Normal		Anormal			
	N	%	N	%	N	%
Un compañero	17	18.89	23	25.56	40	44.44
Dos compañeros	10	11.11	21	23.33	31	34.44
Tres compañeros a más	4	4.44	15	16.67	19	21.11
Total	31	34.44	59	65.56	90	100.0
Test de Chi Cuadrado $X^2= 2.724$ Gl= 2 P:0.2561 (p>0.05)						

FUENTE: Elaboración Personal

Con respecto a la correlación entre el número de parejas sexuales y el diagnóstico colposcópico se encontró a través del Test de Chi cuadrado que no existe una correlación significativa ($p>0.05$). Sin embargo se observó en la tabla que las mujeres con dos compañeros o tres a más compañeros sexuales tienen mayor probabilidad de tener diagnóstico colposcópico anormal.

GRÁFICO N° 16

**CORRELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y
COLPOSCOPÍA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA
INTRAEPITELIAL CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO
REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

TABLA N° 17

**CORRELACIÓN ENTRE PARIDAD Y COLPOSCOPIA COMO
MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**

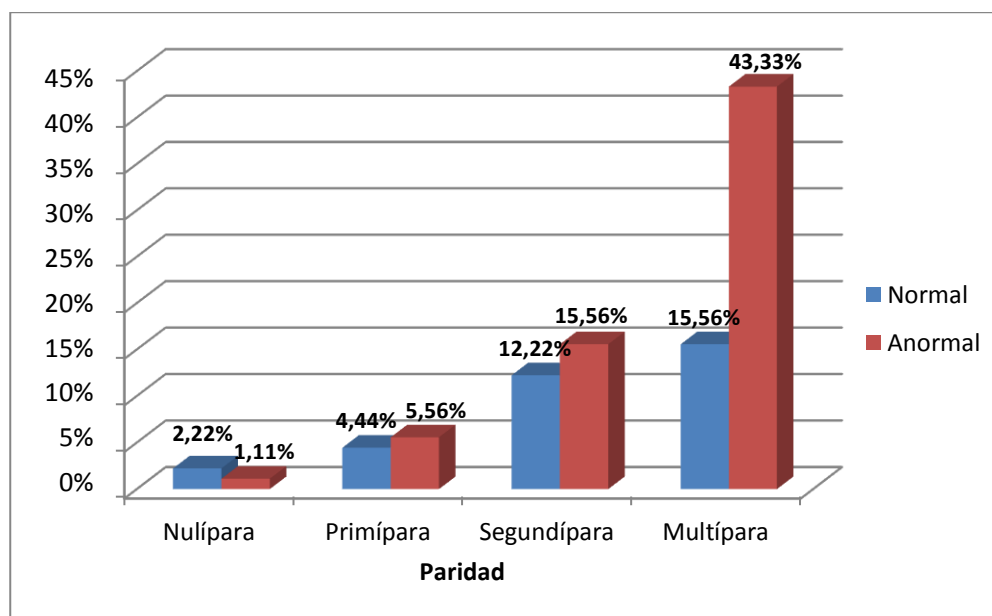
Paridad	Diagnóstico Colposcópico				Total	
	Normal		Anormal			
	N	%	N	%	N	%
Nulípara	2	2.22	1	1.11	3	3.33
Primípara	4	4.44	5	5.56	9	10.00
Segundípara	11	12.22	14	15.56	25	27.78
Múltipara	14	15.56	39	43.33	53	58.89
Total	31	34.44	59	65.56	90	100.00
Test de Chi Cuadrado $X^2=4.302$ Gl= 6 P:0.2306 (p>0.05)						

FUENTE: Elaboración Personal

La última de las variables consideradas es la paridad que tampoco se encuentra relacionada con el Diagnóstico colposcópico, tal como lo demuestran las pruebas estadísticas del test de Chi cuadrado y coeficiente de contingencia (p>0.05).

GRÁFICO N° 17

**CORRELACIÓN ENTRE PARIDAD Y COLPOSCOPIA COMO
MÉTODO DIAGNÓSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL
CERVICAL EN PACIENTES DEL INSTITUTO REGIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2014**



FUENTE: Elaboración Personal

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la literatura médica se encuentra un gran número de publicaciones que hacen referencia acerca de la etiología del cáncer de cérvix, el cual se inicia en la zona de Transformación (ZT), logrando la unión de la parte externa del cuello (exocervix) con la parte interna (Endocervix).

Inicialmente el cáncer de cérvix uterino es microscópico llegando a progresar lentamente hasta convertirse en un tumor que puede invadir el resto del útero y/o los órganos vecinos.

La detección sistemática de lesiones pre-malignas y cáncer incipiente de cuello uterino constituye en la actualidad la mejor arma para la profilaxis y cura para esta enfermedad.

Se puede observar que 81 (Muestra 90 pacientes) pacientes que equivalen al 90% presentan citología anormal, cuyas lesiones neoplásicas preclínicas de cérvix uterino se concentran en NIC I (LEIBG) estos resultados coincidieron con la investigación realizada por Jonathan y col quienes de un grupo de 236 pacientes fueron sometidas al test de Citología y colposcopia de cuello uterino de las cuales el 48% pacientes tuvieron LEIBG, el 22% LEIAG, el 9% cáncer invasivo y el 21% tuvieron PAP normal.

Según la literatura nacional e internacional revisada, la correlación que se manifiesta por encima del 85% es considerada altamente significativa. Pérez Moreno del Hospital de San José Bogotá se refiere al valor de asociar la citología con la colposcopia para obtener menos porcentajes de falsos negativos. (30)

Al evaluar la asociación entre la edad cronológica de las pacientes y la presencia de lesiones neoplásicas preclínicas de cérvix por métodos de PAP y Colposcopia no se encontró relación alguna entre ambas variables. Encontrándose que el mayor número de mujeres con esta patología tenían entre 31 - 40 años que corresponde al 40% esto con el diagnóstico citológico, con el diagnóstico colposcópico la edad de mujeres con esta patología oscila entre 31 - 40 que corresponde al 33%. Resultados que se asemejan con los de Arango y Col quienes

al estudiar las lesiones neoplásicas preclínicas de cuello uterino en un grupo de 4094 mujeres a partir de 15-45 años de edad encontraron que en mayor proporción se registraron patologías en pacientes que oscilan entre los 25 a 64 años de edad.

Medina y cols en estudio para carcinoma in situ se promedian 271 casos por año con una tasa de incidencia de 19.8/10000 mujeres atacando a mujeres entre 25 – 45 años.

En la relación paridad y la incidencia de lesiones neoplásicas preclínicas se observó que el 52.22% de mujeres con citología anormal eran multíparas, y 43.33% de mujeres con colposcopia anormal también fueron multíparas. Resultados que fueron similares a estudios revisados de literatura, donde refieren que diferentes casos de cáncer de cuello uterino confirmados histológicamente encontraron que uno de los principales factores asociados a este tipo de cáncer fue la multiparidad.

El estudio de análisis de la correlación entre el número de parejas sexuales y la presencia de lesiones neoplásicas preclínicas de cérvix nos permiten afirmar que el porcentaje de mujeres con estas lesiones no se correlaciona significativamente con ninguna de las variables. Este resultado difiere con los hallazgos revisados en la literatura, donde grupos de investigación encontraron que pacientes con citología cervical anormal tuvieron tres a más parejas sexuales y las mujeres con citología normal referían haber tenido una sola pareja sexual, lo que implica que a mayor número de compañeros sexuales hay mayor riesgo de contraer la enfermedad, constituyendo un grupo de alto riesgo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que uno de los factores de riesgo asociados al cáncer cervical es el mayor número de compañeros sexuales.

Herrera y cols. Al evaluar la posible asociación entre infección del Papiloma virus (VPH) y el número de parejas sexuales en mujeres se determinó que la infección con VPH estaba fuertemente asociado con el número de parejas

sexuales y la lesión neoplásica se asocia con la edad de inicio de relaciones sexuales.

En nuestro grupo de investigación la edad de inicio de relaciones sexuales oscila entre 12–29 años lo que influyó notablemente con la presencia de lesiones neoplásicas preclínicas de cérvix uterino, ya que el 100% de las pacientes que iniciaron sus relaciones sexuales entre las edades de 12 a 14 años resultó con citología anormal. Se observó que el 30% de mujeres con citología anormal oscilaban entre 18-20 años. Con la prueba colposcópica, se observó que el 24.44% tuvieron un diagnóstico anormal, lo cual coincide con hallazgos de la literatura revisada donde se refiere que la precocidad de inicio de relaciones sexuales influye en citología cervical anormal, Se acepta que el cáncer cervical es una enfermedad de transmisión sexual, cuyo factor de riesgo predominante es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

Balestena y cols al estudiar 46 casos de cáncer de cérvix hallaron que la primera relación sexual fue un factor de riesgo más significativo para un cáncer de cuello uterino. (24)

En un estudio realizado en Lima para la detección precoz de cáncer de cuello uterino se detectó que el mayor porcentaje de pacientes con citología anormal habían iniciado sus relaciones sexuales entre los 14 – 19 y el número de parejas sexuales fue más de dos.

Existen muchas causas por las que se origina discrepancia en los diagnósticos citocolposcópicos, como lo son: Error de muestreo, interpretación citológica (mala visualización por inflamación excesiva, infecciones, mal procesamiento de material, subjetividad), variabilidad colposcópica (interobservador o intraobservador), regresión espontánea de la lesión, falta de control de calidad. Se debe mejorar la correlación con una forma más metódica y una forma adecuada de la citología cérvico vaginal, repitiendo el muestreo citológico posterior a tratamiento si fuese requerido; adecuar la manipulación y procesamiento de la muestra, ser más explícitos en la descripción de aquellas imágenes colposcópico sugestivas de displasias o cáncer haciendo un empalme con los diagnósticos

citológicos (clasificación Bethesda). Todo esto nos daría mayor facilidad para la correlación citocolposcópico.



CONCLUSIONES

PRIMERA: En el diagnóstico citológico y tipo de lesiones neoplásicas preclínicas de cérvix se observó que de las 90 pacientes que se realizaron citología cérvico vaginal, 9 mujeres resultaron con citología normal, y 81 mujeres resultaron con citología anormal, de las cuales 76 pacientes (93,83%) presentaron con mayor frecuencia la Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) NIC I.

SEGUNDA: En el diagnóstico Colposcópico se encontró que 59 mujeres presentaron colposcopia anormal, en donde el 71,19% (42 mujeres) fueron diagnosticadas con Epitelio Acetoblanco (EBA) el cual corresponde a una Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LIEBG).

TERCERA: La presente investigación demostró que la correlación entre los métodos de citología cervical y examen colposcópico es muy similar en la detección precoz de lesiones neoplásicas preclínicas de cérvix, siendo estos resultados altamente significativos. Se encontró que el Diagnóstico Citológico Cervical si se encuentra correlacionado significativamente con el Diagnóstico Colposcópico. Esto implica que los casos con Diagnóstico Citológico anormal mayormente tienen un Diagnóstico Colposcópico anormal. También se aprecia que existe un 28.99% de concordancia entre el diagnóstico citológico y colposcópico.

CUARTA: En la presente investigación no se encontró relación entre la edad de la paciente, la edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y paridad con el diagnóstico Colposcópico, y tampoco con el diagnóstico Citológico cervical, lo demuestran las pruebas estadísticas del test del chi cuadrado. Sin embargo se observó en la tabla, que las mujeres con dos, tres a más parejas sexuales, tienen mayor probabilidad de tener diagnóstico colposcópico anormal, lo mismo se observa en la tabla de paridad en donde las mujeres multíparas tienen mayor probabilidad de tener un diagnóstico citológico y colposcópico anormal.

RECOMENDACIONES

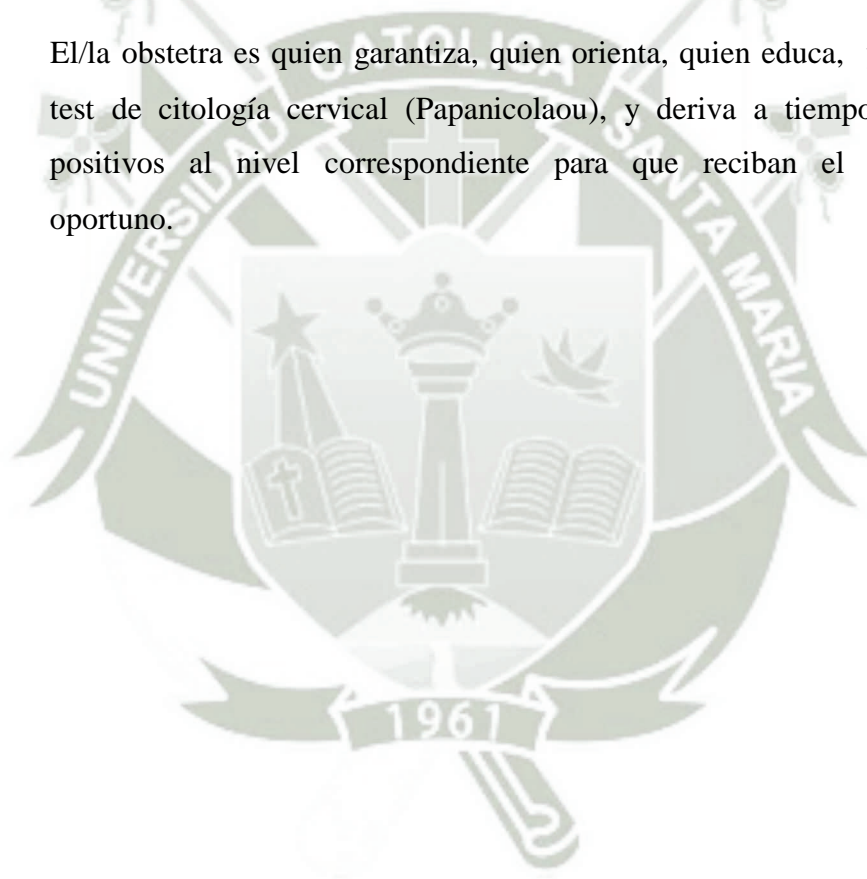
1. Recomendar la realización de talleres de toma de muestra de cérvix al equipo de salud del Preventorio del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas para garantizar la idoneidad de esta ayuda diagnóstica, lo que podría aumentar la sensibilidad y especificidad de la prueba.
2. Motivar a la población femenina que inició su vida sexual, para que participen en programas continuos de prevención de cáncer de cuello uterino, para prevenir infecciones de transmisión sexual y solo así, se podrá, disminuir la morbimortalidad de la población femenina de sufrir cáncer de cuello uterino.
3. Diseñar estudios de evaluación para establecer las causas de la alta tasa de fallas en la toma de frotis de cérvix mediante la técnica de Papanicolaou.
4. Apoyar y derivar los casos positivos oportunamente al especialista para su estudio y correspondiente tratamiento a fin de aumentar la incidencia de curación de 90% a 100%.
5. Determinar los factores de riesgo de falla, en el diagnóstico de patología de cérvix en la colposcopia.
6. Educar a la población sobre el uso del preservativo como medida preventiva para evitar infecciones de transmisión sexual especialmente el contagio del Papiloma Virus Humano que causa el cáncer de cérvix elevando los indicadores de morbimortalidad.
7. Todos estas consideraciones reafirman la necesidad de contar con colposcopistas entrenados en todos los centros asistenciales pues resulta necesario, que la colposcopia forme parte del examen ginecológico de rutina a toda paciente que solicite atención, sobre todo las adolescentes que están fuera del programa de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino y que en los tiempos actuales constituyen un factor de riesgo por los cambios en las conductas sexuales que experimentan.
8. Aplicar la sensibilidad y especificidad de estas pruebas.
9. Mejorar la calidad de la muestra previa al examen, con una previa consejería.

PROPUESTA

El/la obstetra debe ser profesional pro activo frente a la prevención de la salud de la mujer diagnosticando incipientes casos de cáncer de cuello uterino. Dando prioridad al nivel educativo de las usuarias de zonas alejadas, para que se beneficien y recuperen la salud, gracias a la efectividad de profesionales obstetras.

Así mismo debe tener una calidad humana y un nivel de respeto por el sentimiento de las usuarias con calidad y efectividad diagnóstica.

El/la obstetra es quien garantiza, quien orienta, quien educa, y realiza el test de citología cervical (Papanicolaou), y deriva a tiempo los casos positivos al nivel correspondiente para que reciban el tratamiento oportuno.



BIBLIOGRAFÍA

a) BIBLIOGRAFÍA

1. ALCALA PF. Cáncer cérvico uterina. Manual de oncología del Instituto Nacional de Cancerología, 2ª ed.pp.506-521
2. BARRIGA. Ginecología y Obstetricia CONCYTEC III, Carcinoma in Situ del cuello Uterino. 33 (89).
3. BISHOP. A. Wells E, Sherris, J. Tsu, Crook B. cervical cancer evolving prevention strategies for developing countries, reproductive Health Maters 1995; pag 60-71.
4. CELORIO JA. “Neoplasia Intraepitelial Cervical”. En: Celorio JA. Calero F, Armás A. Fundamentos de Oncología Ginecológica. Ira edición. España. Ediciones Díaz de los Santos. 1986. Pág. 295-317.
5. CROMP. Christopher. “Tracto genital femenino”. En: Robbins. Cotran. Patología estructura y funcional. 7ma edición. Editora Elsevier. Pág. 1063-1122.
6. DE PALO G. Dexeus S. Chanen W. "Patología del tracto genital inferior" 2da edición. Barcelona. España. Editora Elsevier, 2007. Pág. 1-131.
7. DI SAISA Philip. “Enfermedad pre invasora del cuello uterino”. En: Di Saisa Philip. Creasman Williant. Oncología Ginecológica Clínica. 6ta edición. Madrid. España. Ediciones HarcourtS.A, 2002. Pág. 1-30.
8. FERLAY J, Pisani p, Parkin DM. GLOBOCAN2002. Cáncer Incidence, Mortality y prevalence Worldwide. IARC Cáncer Base N° 5, versión 2.0. Lyon, France: IARC, Press. 2004.
9. GONZALES-Merlo. Gonzales Bosquet. "Cáncer de Cérvix". En:

- Gonzales Bosquet. Gonzales-Merlo. Ginecología. 2da edición. Barcelona. España. Editora Másson. 2000. Pág. 141-167.
10. GONZALES-Merlo, Gonzales Bosquet, L1Casanova.” Lesiones Pre malignas del Cérvix”. En: Gonzales-Merlo, Gonzales Bosquet. Ginecología. 2da edición Barcelona. España. Editora Másson. 2000. Pág. 121-135.
 11. GORI Jorge." Patología Cervical y Uterina". En: Gori Jorge y Lorusso Antonio. Ginecología. 2da edición. Buenos Aires. Argentina. Editora El Ateneo, 2001. Pág.350-399.
 12. GRASES Pedro. “Neoplasia Intraepitelial Cervical”. En: Pedro J. Grases. Patología Ginecológica: Bases para el diagnóstico morfológico. España. Editora Másson. 2003. Pág. 190-194.
 13. HERNANDEZ B. Clinica de Displasias. Manual de Normás y Procedimientos México. Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, .2000
 14. HATCH Kenneth. Berek Jonathan. “Enfermedad Intraepitelial de Cuello Uterino, Vagina y Vulva”. En: Novak. Emil. Ginecología. 13era edición. Me Graw-Hill Interamericana. 2005. Pág. 385-407.
 15. HINOJOSA LM. Lesiones preinvasoras del cuello uterino. Manual de oncología del Instituto Nacional de Cancerología, 4ª edición. Pp. 731-758.
 16. JIMÉNEZ Collado. “Útero. Anatomía y relaciones pelviana”. En: Botella Llusia, José. El útero. Fisiología y Patología. España. Editora Díaz de los Santos. 1997. Pág. 1-18.
 17. KOIGI-Kamau R. Impact of colposcopy on management outcomes of patients with abnormal cervical cytology. East Afr Med J. 2007: 84 (3); 110-116.

18. LACRUZ P. Cesar. "Nomenclatura de las lesiones cervicales". En: Lacruz P. Cesar. Citología y Ginecología. De Papanicolaou a Bethesda. Madrid. España. Editora complutense. 2003. Pág. 27-35.
19. LA CRUZ PELEA. Cesar. Nomenclaturas de las lesiones cervicales. En VII congreso de virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica.
20. Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. "Lesiones del Cuello Uterino". En: Normas de atención de Ginecología y Obstetricia el Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Pág. 15-18
21. PIVER Cerdera 2000 Oncological Ginecológica 2da Edicion 2000 Marbin Marbran Madrid España 2000.
22. MUÑOZ N, Bosch X, Kaldor JM. Does Human papillomavirus cause cervical cancer? The of the epidemiological evidence. Br J Cáncer. 1988; 57:1-5.
23. RITA Sotelo-Regil Hallmann. Correlación citohistológica en el Instituto Nacional de Cancerología en el año 2006. Patología. 2008; 46 (4); 309-314.

b) HEMEROGRAFIA

24. BALESTENA Jorge. Suarez Ciro; Piloto Morejon; Batista Ridel "Correlación entre el diagnóstico citológico, colposcópico y biopsia dirigida en el diagnóstico por cotización". Ciudad de la Habana, enero-abril 2003 Hospital Universitario "Abel Santa María Pinar del Rio Revista cubana de Obstetricia y Ginecología Vol. 29
25. GARCÍA AS. Sistema Veteada. Nueva nomenclatura en el informe de la citología cérvico vaginal, Boletín de Epidemiología del Cáncer cérvicouterina en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 1998; 3 (VII): 1-4.

26. MÁSSADLS. Correlating Papanicolaou smear, colposcopic impresión, and biopsy; results from de womens interagency HIV study. J Low GenitTracDis. 2001; 5 (4): 212-218
27. MAISAVA J. Muniesa J. Citología exfoliativa cérvicovaginal (método de Papanicolaou), Boletín Oncológico del Hospital Obispo Polanco Teruel.
28. NOM 014SSA2-1994. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvicouterina. Diario Oficial de la Federación publicado el 31 de mayo de 2007.
29. PANOZO MW. La biopsia como estándar de oro para determinar la discrepancia entre la citología y la colposcopia, en displasias y cáncer de cuello uterino. Revista médica. Órgano oficial del Colegio Médico de la Paz 2005; 11 (2): 29-40.
30. PÉREZ R et al. (2006). Correlación cito-colpo-histológica de los casos operados radiocirugía en el Hospital América Arias en el año 2005. Disponible en: www.revistaciencias.com.
31. PISANI P et al. Cancer and infection: estimate of the attributable fraction in 1990; 6 (6): 387-400.
32. Revista Médica Dominicana DR-ISSN-0254-4504 ADOERVIO Vol 72-Nº.3 set/diciembre 2011.
33. Evidencia Medica e Investigación en Salud Vol 6, Nº.3 julio/setiembre 2013.
34. POULSEN HE et al histologic Eiping of genital tract tumours Internacional Histological clasification of tumours Nº 13 Genova Word Healt organization 1977.
35. SANTOS C, Muñoz N, Klug S, Almonte M, Guerrero I, et al. HPV types and cofactors causin cervical 100 gineco in Perú. Br J Cancer.

2001; 85(7): 996-7

- 36.** VALER, V., JARA D., ASMAT G. y col. Correlación del diagnóstico de citología cérvicovaginal y colposcopia. Lima. Revista Anales de la Facultad de Medicina. Version impresa ISSN 1025-5583. An. Fac. med. v.66 n.2 Lima abr./jun. 2005.

c) INFORMATOGRAFIA

37. JANICK M. Averette H. “Manejo de cáncer de cuello uterino Parte II”. Clínica del Cáncer de cérvix: Prevención. Diagnóstico y tratamiento. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=14782>.

38. Manejo de carcinoma de cuello de útero en estadio temprano”. Revista latino americano de la escuela Europea de oncología 2000. Disponible en: [http://www.Ntramed.net/contenidover.asp? ContendoID=16636](http://www.Ntramed.net/contenidover.asp?ContendoID=16636).

39. FELDMAN S. “Screening del Cáncer cervical”. Departamento de Obstetricia, Ginecología y reproducción biológica del Hospital de la mujer de Boston, USA. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=28471>.

40. MEZA Israel. “Colposcopia. Su importancia actual en el diagnóstico de la neoplasia cervical Intraepitelial”. Cali. Colombia. Universidad del Valle, Facultad de la Salud. Escuela de Medicina. Departamento de obstetricia y ginecológica. Disponible.

<http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL26N03/colposcopia.html>

41. RENGIFO Eduardo: “NIC: Colposcopia y biopsia dirigida en el diagnóstico de las lesiones iniciales del cuello uterino”. Perú. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu>.

Pe/bvrevistas/102inecología/vol_44n2/nic_coIposcopia.htm

42. Manejo del carcinoma de cuello de útero en estadio temprano”.

<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido116636>.

43. www.medigraphic.org.mx.

44. Anales.medicina@unmsm.edu.pe





ANEXO 1

INSTRUMENTO

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

1. Formulario
2. Historia clínica
3. Edad
4. Inicio de actividad sexual
5. Número de compañeros sexuales 1 2 3 +
6. Paridad Nulípara Primípara Secundípara Multípara
7. Diagnóstico Citológico Normal
Anormal NICI
NICII
NICIII
ASCUS
CA in situ
8. Diagnóstico Colposcópico Satisfactorio:
Normal: Epitelio escamoso original
Epitelio columnar
Zona transformación
Anormal: EBA
Punteado
Mosaico
Leucoplasia
Vasos Atípicos
Lesión que ingresa al canal
9. D. C Insatisfactoria: Unión escamo-columna (no visible)
Inflamación o atrofia severa

ANEXO 2

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

CASO	EDAD	edad1	IRS	IRS1	N.P.S	PARIDAD	DX CITOLÓGICO		DX COLPOSCÓPICO		
							DX	GRADO	NORMAL	ANORMAL	Dx Colposcópico
1	25	1	18	3	2	1	2	1	3	1	2
2	31	2	14	1	3	3	2	1	1		1
3	35	2	14	1	3	4	2	2		2	2
4	28	1	25	5	1	2	2	1	1		1
5	37	2	19	3	1	4	2	1	3	1	2
6	25	1	15	2	2	1	2	1	1		1
7	26	1	21	4	1	2	2	1	1		1
8	51	4	27	6	1	3	2	1	1		1
9	32	2	21	4	2	4	2	1	3	1	2
10	30	1	12	1	3	3	2	1		7	2
11	43	3	17	2	2	4	1		1		1
12	43	3	27	6	3	3	2	1	1		1
13	41	3	18	3	1	4	2	1	3	2	2
14	34	2	18	3	1	3	2	1	1		1
15	35	2	23	4	2	4	2	1	1	7	2
16	31	2	18	3	3	4	2	1	3	1	2
17	34	2	21	4	1	4	2	1		1	2
18	39	2	23	4	2	4	2	1		7	2
19	45	3	20	3	1	4	2	1	1		1
20	30	1	15	2	2	3	2	1	1		1
21	43	3	20	3	2	3	2	2		1	2
22	44	3	17	2	3	3	2	1	3	2	2
23	40	2	25	5	1	4	2	1	3	2	2
24	37	2	20	3	1	4	2	1	3	1	2
25	39	2	19	3	2	3	2	1	1		1

26	31	2	15	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
27	37	2	15	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
28	33	2	18	3	3	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2
29	28	1	14	1	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2
30	44	2	20	3	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1
31	29	1	20	3	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2
32	49	3	17	2	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
33	61	4	25	5	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
34	42	3	15	2	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
35	39	2	18	3	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
36	26	1	20	3	2	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2
37	56	4	13	1	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1-3	1
38	42	3	14	1	3	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
39	45	3	24	5	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
40	26	1	16	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
41	30	1	19	3	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
42	40	2	20	3	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
43	35	2	20	3	1	3	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	2
44	30	1	15	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
45	36	2	18	3	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1-2	2
46	37	2	19	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	7	2
47	31	2	17	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
48	34	2	14	1	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
49	43	3	15	2	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
50	28	1	22	4	3	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
51	43	3	18	3	3	4	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
52	42	3	17	2	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
53	45	3	17	2	3	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
54	46	3	21	4	1	4	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1-2	2
55	43	3	15	2	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2
56	36	2	14	1	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2

57	31	2	20	3	1	1	3	2	1	1	3	1	2
58	35	2	18	3	3	3	3	1	1	1	1	1	2
59	45	3	22	4	1	1	4	2	1	1	1	1	1
60	31	2	18	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2
61	42	3	17	2	3	3	4	2	1	1	1	1	1
62	37	2	17	2	1	1	3	2	1	1	1	2	2
63	31	2	20	3	1	1	3	2	1	1	1	2	2
64	32	2	18	3	2	2	3	2	1	1-2	2	2	2
65	26	1	15	2	3	3	4	2	1	1	2	2	2
66	28	1	25	5	2	2	2	2	1	1	2	2	2
67	45	3	24	5	2	2	4	2	1	1	2	2	2
68	36	2	14	1	2	2	4	2	1	1	2	2	2
69	27	1	22	4	3	3	3	2	1	1	2	2	2
70	46	3	14	1	1	1	4	2	1	1	1	1	1
71	46	3	22	4	1	1	4	1	1	3	1	1	1
72	29	1	20	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1
73	41	3	18	3	2	2	4	1	1	1	1	1	1
74	35	2	19	3	2	2	4	1	1	1	1	1	1
75	21	1	16	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1
76	35	2	17	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1
77	33	2	18	3	2	2	4	2	1	1	3	2	2
78	47	3	21	4	1	1	4	2	1	1-2	2	2	2
79	36	2	26	5	1	1	4	2	1	1	3	2	2
80	46	3	17	2	3	3	4	2	1	1	2	2	2
81	30	1	18	3	3	3	3	2	1	1	3	2	2
82	48	3	29	6	2	2	4	2	4	1	2	2	2
83	43	2	25	5	2	2	4	2	1	1	3	2	2
84	42	2	17	2	2	2	4	2	1	1	1	1	1
85	43	2	18	3	3	3	4	2	1	1	3	2	2
86	49	3	15	2	1	1	4	2	1	1-7	3	2	2
87	43	3	15	2	2	2	4	2	1	1	4	2	2

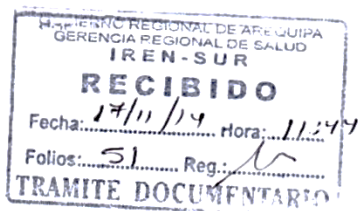
88	38	2	17	2	2	4	2	1	1	1	2
89	28	1	22	4	3	3	2	1	1	1	2
90	47	3	17	2	1	4	1	1	1	1	2

edad	Clave	IRS	clave	N° de parejas sexuales	Clave	Paridad	Clave Dx Citológico	Clave Dx colposcópico	Clave Dx citológico anormal	Clave
21 a 30	1	12 a14	1	Un compañero	1	Nullipara	1 Normal	1 Normal	1 NICI	1
31 aq 40	2	15 a17	2	dos compañeros	2	Primípara	2 Anormal	2 Anormal	2 NICII	2
41 a 50	3	18a20	3	tres o más compañeros	3	Segundípara	3		3 NICIII	3
51 a 61	4	21a23	4	Múltipara	4	Múltipara	4		4 ASCUS	4
		24a26	5						5 CA in situ	5
		27a29	6							

ANEXO N° 3

SOLICITO: Permiso Para realizar Trabajo de Investigación para Tesis.

**SEÑOR GERENTE DEL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLÁSICAS SUR - IREN.
Dr. Julio Suárez Cueva**




Yo, **VILMA SUSANA RODRÍGUEZ ALCÁZAR**, con DNI N° 29510663, con domicilio en la calle Independencia N° 121, Distrito de Sachaca y **YOMARA CARMEN FUENTES SALAS**, con DNI N° 45838697, con domicilio en la calle Yavarí N° 412 Zámacola, Distrito de Cerro Colorado, ambas bachilleres del Programa Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica Santa María; a usted, con el debido respeto nos presentamos y decimos:

Que, siendo nuestro deseo elaborar nuestra Tesis para acceder al Título Profesional y teniendo la necesidad de realizar un trabajo de investigación para tal fin, es que recurrimos a usted con la finalidad de solicitarle tenga a bien autorizarnos realizar un trabajo de investigación acerca de Citología Cervicovaginal y la Colposcopia como Método Diagnóstico en la Neoplasia Intraepitelial Cervical, y siendo necesario para ello la recolección de datos del archivo del Hospital. Para tal efecto acompañamos a la presente copia del Proyecto de Tesis y Dictamen Favorable del Proyecto.


POR LO EXPUESTO:

A usted, señor Director, rogamos a usted acceder a nuestro pedido por ser de necesidad.

Arequipa, 17 de Noviembre del 2014.



Vilma Susana Rodríguez Alcázar
DNI N° 29510663



Yomara Carmen Fuentes Salas
DNI N° 45838697



Gobierno Regional de
Arequipa

“Año de la Promoción de la Industria Responsable y Compromiso Climático”



Arequipa 2014, diciembre 01

Carta N° 010-2014 GRA/GRS/GR-IREN- SUR/G-DCC/EPS

Srta:

Vilma Rodríguez Alcázar

Yomara Fuentes Salas

Presente.-

Por intermedio del presente hago propicia La ocasión para comunicarle que el proyecto de investigación **“CITOLOGIA CERVICO VAGINAL Y LA COLPOSCOPIA COMO METODO DIAGNOSTICO EN LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL EN EL IREN SUR”** fué aprobado para ser ejecutado en nuestra institución según lo propuesto en el cronograma del mismo y en coordinación con las áreas de preventorio y Patología.

Se recuerda a los solicitantes que para otorgar **CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE PROYECTO**, debe presentarse copia del informe final para ser incluido en la biblioteca institucional.

El NO cumplimiento del precedente nos obliga a comunicar a la Universidad la **FALTA** de **CONFIABILIDAD** del estudio.

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
GERENCIA IREN - SUR
DR. JULIO POLYH SUAREZ CUEVA
GERENTE
INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES
NEOPLASICAS DEL SUR
C.M.P. 49348 - R.N.E. 13658

JSC/cgm
Cc Archivo
Capacitación

ANEXO 4

MAPA DE UBICACIÓN

