

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CORRELACIÓN DE LAS PRUEBAS CITO-HISTOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO
DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO REALIZADO EN EL CONSULTORIO
EXTERNO DEL SERVICIO DE GINECOLÓGICO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
NACIONAL HIPÓLITO UNANUE ENERO-JUNIO 2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

LUIS CARLOS JHONATAN APAGÜEÑO CIEZA

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE

MEDICO CIRUJANO

LIMA-PERÚ

2020

ASESOR.

Dr. Fajardo Alfaro Víctor Williams.

AGRADECIMIENTO.

Dr. Panaque y Dr. Valencia por
la colaboración en esta investigación.

DEDICATORIA.

Va dedicado a Dios y a mi familia.
A Dios por darme el talento y sus
bendiciones y a mi familia por sus
esfuerzos y confianza.

RESUMEN.

Introducción: Esta neoplasia ocupa en frecuencia el 4to puesto en el mundo y en el Perú es unas de las principales causas de morbi-mortalidad en las mujeres.

Objetivos: Determinar la correlación de las pruebas de diagnóstico del tumor realizado en el consultorio externo de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Métodos: Estudio descriptivo de correlación, retrospectivo, transversal. La población fue de 225 pacientes que luego de verificar los criterios de inclusión y exclusión quedaron 217 casos, que ingresaron al estudio. Por mediante una ficha se recolectó los datos.

Resultados: Se halló 225 resultados cito-histológicos de pacientes, 217 presentan resultados de Papanicolaou y colposcopia; y solo 109 presentan Papanicolaou, Colposcopia y biopsia. Se procedió a correlacionar los resultados de las pruebas mencionadas entre sí y con la biopsia mediante el índice de Kappa; los principales resultados fueron: correlación Papanicolaou-biopsia es de 0.34, correlación colposcopía-biopsia es de 0.42, y la correlación entre las tres es de 0.39.

Conclusiones: Los hallazgos diagnósticos de las pruebas Papanicolaou y colposcopia tienen una baja correlación con los hallazgos diagnósticos de la biopsia. Recomendamos una investigación que explique el motivo de esta baja correlación entre las pruebas de Papanicolaou y colposcopia con la biopsia.

Palabras claves: Cáncer del cuello uterino, Papanicolaou, colposcopia, biopsia.

ABSTRAC.

Introduction: In the world is the fourth most frequent cancer in the world population and in Peru is one of the main causes of morbidity and mortality in women.

Objectives: To determine the correlation of cytological histology in the diagnosis of cervical cancer performed in the external office of the Gynecology-Obstetrics service of the National Hospital Hipólito Unanue January-June 2016.

METHODS: This is a descriptive, retrospective, cross-sectional study.

Results: For a datasheet, we found 225 cytohistological results of the patients, being this the universal population; Applying the inclusion and exclusion criteria, 217 cases will be analyzed, all of these cases present diagnostic results from Pap smears and colposcopy; And of the 217 cases, only 109-apart from the aforementioned tests-they have biopsy (Papanicolaou, Colposcopy and biopsy). We proceeded to correlate the results of the cited tests with each other and with the biopsy using the Kappa index; The main results were: Papanicolaou-biopsy correlation is 0.34, colposcopy-biopsy correlation is 0.42, and the correlation between the three is 0.39.

Conclusions: The diagnostic findings of Pap smears and colposcopy have a low correlation with the diagnostic findings of the biopsy. We recommend an investigation that explains the reason for this low correlation between the Pap tests and colposcopy with the biopsy.

Keywords: Cervical cancer, Pap smear, colposcopy and biopsy.

INTRODUCCIÓN.

El cáncer del cuello uterino tiene una evolución lento, por lo tanto, se puede dar un diagnóstico oportuno; pero, en el Perú es el principal motivo de morbi-mortalidad de la población femenina y es el cuarto cáncer más frecuente de distribución mundial en la población femenina ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾. Por tal motivo se planteó el estudio de correlación de Papanicolaou y colposcopia entre sí y con la biopsia.

Se procedió a la búsqueda de la literatura de estudios relacionados. Luego se procedió a recoger los datos de la historia clínica mediante una ficha de recolección datos, se analizaron la base de datos en donde se encontró una correlación baja entre las pruebas de Papanicolaou y colposcopia con la biopsia.

En el Capítulo I se procede a elaborar el problema, se formula el objetivo general y los específicos, también se expondrá la justificación y el propósito de esta investigación.

En el Capítulo II se nombra los antecedentes internacionales y nacionales, una base y marco teórico, se plantea la hipótesis general y las específicas, se definirá las variables y los indicadores.

En el Capítulo III se expone la información del estudio, se analizará la muestra, se explicará la ficha de donde se obtendrán la base de datos. Se explicará los procedimientos y análisis de los datos.

En el capítulo IV muestra los hallazgos de los análisis de los datos y se planteará las discusiones.

En el capítulo V daremos a conocer las conclusiones y las recomendaciones en base a los resultados obtenidos.

ÍNDICE

| | |
|---------------------------------------|------|
| CARATULA | i |
| ASESOR | ii |
| AGRADECIMIENTO | iii |
| DEDICATORIA | iv |
| RESUMEN | v |
| ABSTRACT | vi |
| INTRODUCCIÓN | vii |
| ÍNDICE | viii |
| LISTAS DE TABLAS | x |
| LISTA DE GRÁFICOS | xi |
| LISTA DE ANEXOS | xii |
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA | |
| 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 1 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | 2 |
| 1.2.1. GENERAL | 2 |
| 1.2.2. ESPECÍFICOS | 2 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 3 |
| 1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO | 4 |
| 1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN | 4 |
| 1.6. OBJETIVOS | 4 |
| 1.6.1. GENERAL | 4 |
| 1.6.2. ESPECÍFICOS | 4 |
| 1.7. PROPÓSITO | 5 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS | 6 |
| 2.2. BASE TEÓRICA | 9 |
| 2.3. MARCO CONCEPTUAL | 17 |
| 2.4. HIPÓTESIS | 18 |
| 2.4.1. GENERAL | 18 |
| 2.4.2. ESPECÍFICAS | 19 |

| | |
|--|----|
| 2.5. VARIABLES | 19 |
| 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS | 20 |
| CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN | |
| 3.1. DISEÑO METODOLÓGICO | 22 |
| 3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| 3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN | 22 |
| 3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA | 22 |
| 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 23 |
| 3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS | 23 |
| 3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 23 |
| 3.6. ASPECTOS ÉTICOS | 24 |
| CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS | |
| 4.1. RESULTADOS | 25 |
| 4.2. DISCUSION | 42 |
| CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | |
| 5.1. CONCLUSIONES | 45 |
| 5.2. RECOMENDACIONES | 46 |
| BIBLIOGRAFÍA | 48 |
| ANEXOS | 56 |

LISTA DE TABLAS.

| | |
|---|----|
| TABLA N° 1: GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES. | 25 |
| TABLA N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LAS PACIENTES. | 26 |
| TABLA N° 3: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DEL PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES. | 27 |
| TABLA N° 4: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 28 |
| TABLA N° 5: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE LA BIOPSIA DE LAS PACIENTES. | 29 |
| TABLA N° 6: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y PAPANICOLAOU O PRUEBAS CITOLÓGICAS DE LAS PACIENTES. | 30 |
| TABLA N° 7: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 32 |
| TABLA N° 8: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y BIOPSIA DE LAS PACIENTES. | 34 |
| TABLA N° 9: CORRELACIÓN ENTRE PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 36 |
| TABLA N° 10: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES. | 38 |
| TABLA N° 11: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 40 |

LISTA DE GRÁFICOS.

| | |
|---|----|
| GRÁFICO N° 1: GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES. | 25 |
| GRÁFICO N° 2: DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LAS PACIENTES. | 26 |
| GRÁFICO N° 3: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DEL PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES. | 27 |
| GRÁFICO N° 4: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 28 |
| GRÁFICO N° 5: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE LA BIOPSIA DE LAS PACIENTES. | 29 |
| GRÁFICO N° 6: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y PAPANICOLAOU O PRUEBAS CITOLÓGICAS DE LAS PACIENTES. | 31 |
| GRÁFICO N° 7: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 33 |
| GRÁFICO N° 8: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y BIOPSIA DE LAS PACIENTES. | 35 |
| GRÁFICO N° 9: CORRELACIÓN ENTRE PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 37 |
| GRÁFICO N° 10: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES. | 39 |
| GRÁFICO N° 11: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES. | 41 |

LISTA DE ANEXOS.

| | |
|--|----|
| ANEXO 1: MATRIZ OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. | 57 |
| ANEXO 2: INSTRUMENTO. | 60 |
| ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTO-CONSULTA DE EXPERTOS. | 61 |
| ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA. | 62 |
| ANEXO 5: CASOS DE CÁNCER EN PERÚ 2006-2011. | 67 |
| ANEXO 6: SISTEMA BETHESDA. | 68 |
| ANEXO 7: CATALOGO DE DESCUBRIMIENTO ANÓMALO DE COLPOSCOPIA SEGÚN ÍNDICE DE REID. | 69 |
| ANEXO 8: NOMENCLATURAS UTILIZADAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA CITOLOGÍA CERVICAL. | 70 |
| ANEXO 9: ÍNDICE DE KAPPA. FUERZA O GRADO DE ASOCIACIÓN. | 71 |
| ANEXO10: SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE PAPANICOLAOU Y COLPOSCOPIA. | 72 |

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer de cuello uterino es muy frecuente a nivel mundial en las mujeres, aproximadamente: “530 232 casos nuevos, de estos alrededor de 86% ocurren en países en desarrollo. Según la OMS 2008” ⁽¹⁾.

La tasa mundial es de 15.2 x 100 000 mujeres. En donde las tasas altas están en África, Asia y las Américas con 30.7, 24.4 y 15.3 x 100 000 mujeres, respectivamente, que superan hasta 3.4 veces más a otras zonas ⁽²⁾⁽³⁾.

La muerte por cáncer de cuello uterino ocupa el 3er puesto de fallecimientos de mujeres en el mundo que corresponde el 8.22 % de muertes por neoplasias⁽¹⁾.

La tasa de mortalidad se asemeja con la incidencia en países de América. Ejemplo: superior a 20 x 100 mil mujeres en Jamaica, Guyana y Nicaragua, e inferior en Uruguay, Chile y Puerto Rico ⁽⁴⁾.

Se estima que en América se origina alrededor de 92.136 casos y 37 640 defunciones al año y representa una pérdida de más de US\$ 3.600 millones ⁽⁵⁾.

En los últimos estudios, el cáncer de cérvix ocupa el cuarto lugar en frecuencia en la población de mujeres a nivel mundial. Se siguen reportando altas tasas en la incidencia y mortalidad de esta enfermedad en las regiones de menor desarrollo, como África, donde la incidencia es mayor a 30 por 100.000 en algunas zonas. En cuanto a Sudamérica, se ubica en el tercer lugar en incidencia; en países como Bolivia, Perú y Venezuela que presentan las tasas de incidencia más altas de la región ⁽⁶⁾.

En Perú el cáncer de mayor frecuencia en mujeres es del cuello uterino con un 14.9% luego sigue de estómago y de mama ⁽⁷⁾.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.2.1 GENERAL.

¿Cuál es la correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

1.2.2 ESPECÍFICOS.

¿Cuáles son los grupos etarios de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuál es la distribución de las edades de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuáles son los hallazgos citológicos de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuáles son los hallazgos colposcopia de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuáles son los hallazgos de las biopsias de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuál es la relación de los grupos etarios con las pruebas de Papanicolaou, colposcopia y biopsia en el consultorio externo de las pacientes del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en Enero-Junio 2016?

¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

En el Perú, la principal causa de morbi-mortalidad de la población femenina es el cáncer del cuello uterino, es por ello la importancia de dar un diagnóstico precoz y oportuno, con la finalidad de brindar una buena intervención y dar los tratamientos adecuados.

Por lo tanto, se busca seleccionar las pruebas adecuadas, por lo que es importante saber la concordancia de estas pruebas entre sí y con el gol estándar (Biopsia).

Existen investigaciones desactualizadas sobre este tema, por eso motivo, se desea actualizar la información sobre la concordancia de las pruebas de diagnóstico con la finalidad de dar un uso oportuno y adecuado de estas pruebas, para la prevención del cáncer de cuello uterino.

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.

Estas son las delimitaciones en el:

-Área espacial: Hospital Nacional Hipólito Unanue.

-Área temporal: Enero-Junio del 2016.

-Área social: Pacientes mujeres ginecológicas.

-Área Conceptual: Consultorio externo del servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.

Uno de los principales problemas o limitación viene ser los escasos estudios sobre este tema en el Perú y de estas pocas investigaciones, la minoría son estudios actualizados.

1.6 OBJETIVOS.

1.6.1 GENERAL.

Determinar la correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

1.4.2 ESPECÍFICOS.

Indicar los grupos etarios de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Indicar la distribución de las edades de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar los hallazgos citológicos de las pacientes en el consultorio externo servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar los hallazgos colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar los hallazgos de las biopsias de las pacientes en el consultorio externo servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar la relación de los grupos etarios con las pruebas de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar la correlación entre los hallazgos de Colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Determinar la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

1.7 PROPÓSITO.

El presente estudio de investigación va a formar parte de una evidencia científica actualizada de gran importancia pues pretende mostrar los beneficios del examen del Papanicolaou y colposcopia, para un diagnóstico rápido y oportuno que nos permite la prevención del cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS.

Internacionales:

En un estudio realizado por Moncayo Pilataxi se planteó “Cual es la correlación de daños presentes en cérvix, diagnosticadas por citología con el estudio histopatológico” ⁽⁸⁾. “En los resultados de colposcopia se observa 267 (46%) casos de LIEBG y utilizando la biopsia se observa 184(28%) casos de LIEBG” ⁽⁸⁾.

En una investigación realizado por Vindel Hernández se planteó como objetivo “Correlacionar los reportes citológicos de las lesiones cervicales con el resultado histopatológico de la biopsia por colposcopia” ⁽⁹⁾, la información hallada en “registro de biopsias quirúrgicas del laboratorio de Patología, y los reportes citológicos de 97 pacientes” ⁽⁹⁾. En donde los resultados de “La citología reporto lesión de bajo grado en 42.3 %, el 30 % de las lesiones resultaron en atipia escamosa de origen indeterminado, el 20.6 % de los casos correspondieron a lesiones de alto grado. En cuanto a la biopsia se reportó 30 casos de NIC I, 22 casos de condiloma, 10 casos fueron NIC II, 13 casos fueron NIC III, carcinoma de células escamosas invasor 2 casos; y 15 casos fueron negativos reportándolo como cervicitis” ⁽⁹⁾.

En un estudio realizado por Ortega Ruiz se planteó “hallar la correlación de las pruebas diagnósticas de daños intraepiteliales” ⁽¹⁰⁾. En donde se “evalúa 100 casos, encontrando una concordancia a través del índice de Kappa de 0,72 y una proporción de coincidencia de 77 casos” ⁽¹⁰⁾.

En una investigación realizado por García López se planteó como objetivo “evaluar la concordancia entre el resultado de la citología y colposcopia” ⁽¹¹⁾. Los resultados en la “citología presenta una sensibilidad del 88% y una especificidad de 20%, en los resultados de la colposcopia se observa una sensibilidad del 91% y la especificidad con 20%” ⁽¹¹⁾.

En un estudio realizado por Clark Rosales se planteó como objetivo “Determinar la concordancia entre el diagnostico citológico y el histológico de neoplasias escamosas de cuello uterino” ⁽¹²⁾. Encontrándose como resultados que “el 58% son mujeres entre las edades de 20 a 34 años; la citología reportó 174 pacientes con lesión de bajo grado, 74 de los casos correspondieron a NIC2, 33 con NIC3 y 2 con carcinoma invasor. En cuanto a los resultados de la histología se reportó 134 casos de NIC I, 96 casos fueron NIC II, 50 casos fueron NIC III, carcinoma de células escamosas invasor 3 casos” ⁽¹²⁾.

En una investigación realizado por Morales León se planteó “encontrar la relación de las pruebas de diagnóstico de los daños del cérvix” ⁽¹³⁾. En donde se encontró “una sensibilidad y especificidad del Papanicolaou de 71% y 80% respectivamente” ⁽¹³⁾.

En un estudio realizado por Rojas Mendoza y Colaboradores se planteó “encontrar la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de diagnóstico” ⁽¹⁴⁾. Encontrando en los resultados de “Papanicolaou una sensibilidad de 84.1%; mientras en la colposcopia: sensibilidad 88.1%” ⁽¹⁴⁾. “La concordancia entre Citología-Biopsia es 0.67 y entre colposcopia-biopsia es 0.76, estas concordancias se realizaron con el índice de Kappa” ⁽¹⁴⁾.

En una investigación realizada por Solís Gracia y colaboradores se planteó “Detectar a través de la citología daños pre malignos con la finalidad de dar un acertado tratamiento” ⁽¹⁵⁾. Se observó en los resultados de citología: “203 casos negativos, hallazgos indeterminado 9 casos, AGG 1, LIBG 31, LIAG 3 y tanto como carcinoma y adenocarcinoma con 1 caso cada uno” ⁽¹⁵⁾.

En un estudio realizado por Tartabull Sánchez y Colaboradores tiene “la finalidad de encontrar la concordancia entre citología-biopsia de daños uterino” ⁽¹⁶⁾. Encontrándose como resultados “del total de los casos, una concordancia de 163 casos entre la citología y biopsia, de estos 105 casos presentan LIBG y 58 casos de LIAG” ⁽¹⁶⁾.

Nacionales:

En un estudio realizado por Bocanegra Flores y Colaboradores se planteó como objetivo “determinar el grado de confiabilidad de las pruebas diagnóstica con las muestras anatomopatológicas” ⁽¹⁷⁾. Encontrándose como resultados “con respecto al PAP el 50.6% resultaron con LIEBG, el 12.3% con LIEAG y el 37% resultaron negativas. En los resultados de la biopsia el 54.3% de las mujeres resultaron tener NIC I; seguido del 23.5% NIC II y el 8.6% de las mujeres del estudio tuvieron un resultado de carcinoma In Situ y el 13.6% resultaron casos negativos” ⁽¹⁷⁾.

En una investigación realizado por Valerio Ventocilla se planteó como objetivo “calificar la utilidad de las pruebas para hallar tempranamente daños del cérvix” ⁽¹⁸⁾. En donde se encontró que “La citología tiene sensibilidad de 39.66%, especificidad de 91.38%; la colposcopia con sensibilidad de 77.59%, especificidad de 63.79%” ⁽¹⁸⁾.

2.2 BASE TEÓRICA.

Consideraciones histológicas del cuello uterino.

El epitelio del cérvix presenta dos tipos de epitelios distintos, uno es llamado endocérvix cuyo origen embrionario son los conductos müllerianos ⁽¹⁹⁾.

El otro tipo de epitelio del cérvix es el ectocérvix. Entre estos dos tipos epitelios del cérvix hay una zona llamada unión escamo-columnar, debido a esto hay la mínima existencia de neoplasia ⁽²⁰⁾.

La unión escamo-columnar (UEC) se ubica entre el endocérvix y ectocérvix, esta ubicación cambia durante la existencia de la mujer. Esta unión es la zona de transformación en donde hay metaplasia (cambio de epitelio por otro) por ende hay una vulnerabilidad cancerosa ⁽²⁰⁾.

Etiología.

Tiene muchos factores, de todos ellos el virus papiloma humano (VPH) tiene un rol principal ⁽²¹⁾.

El virus de papiloma humano presenta un genoma de DNA, este está constituido por 8000 pares de bases dentro de la cápside. Este genoma tiene: ⁽²¹⁾

- Región reguladora: encargada de replicación y la expresión viral ⁽²¹⁾.
- Región genética viral temprana: Contiene alrededor de 50% del genoma. Presenta los genes E-1 y E-2 cuya ocupación es la replicación; los genes E-6 y E-7 su competencia es la perturbación del crecimiento celular infectado; el gen E-5 interviene en la división celular ⁽²¹⁾.
- Región tardía: tiene el gen L-1 y L-2, interviene en la formación de la cápside viral ⁽²¹⁾.

El gen E-6 y E-7 perturban la función de los genes supresores de tumor ⁽²²⁾.

El gen E-7 contribuye a la formación de complejos del retinoblastoma ⁽²³⁾.

EL gen E-6 va a interactuar con p-53; el p-53 está relacionado en muchas neoplasias entre ellas el cáncer del cuello uterino ^{(22) (24)}.

Cuando se da la vinculación entre el E-6 y p-53, ésta última se inactiva por la degradación y evita que se dé la apoptosis celular ⁽²⁵⁾.

Epidemiología en el Perú.

En el Perú los subtipos más habituales de VPH son de 16 y 18 y estos representa alrededor de 70%. Se calcula que el 80% de las personas que practican relaciones sexuales tiene infección del virus papiloma humano en forma subclínica por un subtipo de este virus. Los subtipos de mayor riesgo son 16, 18, 31, 33 también lo son el 35, 39 y 45; los de bajo amenaza de producir cáncer son 6, 11, 40, 42, 23, 54, etc ^{(27) (28) (29)}.

En el Perú hay presencia de vacunas como la tetravalente (contra los subtipos: 16, 18, 6 y 11) por ello la importancia de tener conocimiento de infección por el VPH en mujeres para una buena aplicación de esta vacuna ^{(27) (28) (29)}.

Los estudios de la OMS/Institut Català d' Oncologia publicadas en el "Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Perú 2010 informa que la prevalencia de VPH es de 7.5% con resultados negativos y la presencia de los subtipos de 16 y 18 en un 3.8%. Estos subtipos son los causantes principales de cáncer del cuello uterino en un 68.3%" ⁽³⁰⁾.

En otro estudio del 2001 en estudiantes de 18 a 28 años el VPH tiene una prevalencia de 8.4% ⁽³¹⁾.

Una investigación en la Amazonía en una población de 5435 mujeres de edades que van de 25 y 49 años hay infección de VPN de 12.6% ⁽³²⁾.

A continuación, se mostrará la distribución de cáncer en el Perú: ⁽⁷⁾

| Localización | Masculino | Femenino | Total | % |
|------------------------|-----------|----------|---------|------|
| Cérvix | 0 | 16 374 | 16 374 | 14.9 |
| Estomago | 6356 | 5861 | 12 217 | 11.1 |
| Mama | 69 | 11 271 | 11 340 | 10.3 |
| Piel | 3297 | 3945 | 7242 | 6.6 |
| Próstata | 6359 | 0 | 6359 | 5.8 |
| Sistema Hematopoyético | 3060 | 2501 | 5561 | 5.1 |
| Pulmón | 2669 | 2375 | 5044 | 4.6 |
| Colon | 1637 | 2034 | 3671 | 3.3 |
| Ganglios linfáticos | 1872 | 1491 | 3363 | 3.1 |
| Hígado | 1536 | 1446 | 2982 | 2.7 |
| Tiroides | 524 | 2428 | 2952 | 2.7 |
| Ovario | 0 | 2182 | 2182 | 2.0 |
| Páncreas | 968 | 1075 | 2043 | 1.9 |
| Encéfalo | 1046 | 948 | 1994 | 1.8 |
| Riñón | 1117 | 781 | 1898 | 1.7 |
| Otros | 11 566 | 13 126 | 24 692 | 22.5 |
| Total | 42 076 | 67 838 | 109 914 | 100 |

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Prevención: vacunas.

La vacuna se forma a base de copias del gen L1, esto ayuda a formar una estructura parecida a la cápside del virus y esto permitirá a la formación de anticuerpos ⁽³³⁾.

La vacuna bivalente se dirige contra los subtipos 16 y 18 que son lo que originan el 70% de casos ^{(34) (35)}.

La vacuna tetravalente, va contra los sub tipos 16,18, 6 y 11; los últimos 2 provoca el 90% de verrugas ⁽³⁶⁾.

La nueva vacuna nonavalente muy a parte que va contra los subtipos mencionados, también va contra los subtipos 31, 33, 45, 52 y 58 ⁽³⁴⁾.

Terminología NIC-displasia.

La terminología NIC se organiza de la siguiente manera:

La NIC 1-displasia leve, muestra un menor de atipia Histológica ⁽³⁷⁾.

La NIC 2-displasia moderada, se aprecia atipia histológica y mitosis ⁽³⁷⁾.

La NIC 3-displasia grave; mucha presencia de atipia y mitosis están todo el epitelio ⁽³⁷⁾.

Factores de riesgo.

- Infección por Virus Papiloma Humano VPH.

El VPH está muy arraigado y vinculado con cáncer de cuello uterino. es considerado como el principal causante ⁽³⁸⁾.

La infección producida por el VPH puede no presentar clínica y estar relacionada con otras neoplasias ⁽³⁹⁾.

Muchas investigaciones epidemiológicas nos muestran un vínculo entre VPH y la evolución del cáncer ya sea con o sin factores ^{(40) (41) (42)}.

VPH juega un papel importante debido a sus genes. Debido a la presencia de genes que transgreden la integridad genética celular del portador. En los subtipos 16 y 18 hay presencia de estos genes como por ejemplo el E2⁽⁴³⁾.

- Número de compañeros sexuales.

Hay conexión directa entre el riesgo del cáncer del cuello uterino y la cantidad de parejas. Esto se debe porque tiene una alta probabilidad de exponerse con el VPH ^{(38) (39)}.

- Edad del primer coito.

Cuando se inicia a una edad precoz las relaciones sexuales significa que tendrá muchas parejas y por ello mayor riesgo de contraer VPH. Otro motivo es que estos pacientes son muy sensibles a la patogenia del virus, aumentado el riesgo de contraer el VPH 2.4 veces más si experimento relaciones sexuales antes de los 17 años ⁽⁴⁴⁾.

- Características del compañero sexual.

Las mujeres a pesar de no tener ningún factor o situación de riesgo, puede tener una alta probabilidad de infectarse por el VPH debido a su pareja sexual, debido a que su pareja sexual tuvo anteriormente muchas relaciones sexuales con diferentes personas, por lo tanto, mayor exposición al VPH ⁽³⁸⁾.

En un estudio en donde se separa 2 grupos uno en donde los esposos han tenido comportamiento adecuado durante su adolescencia y otro grupo en donde los esposos tuvieron muchas parejas antes, relaciones sexuales a temprana edad o que visito un prostíbulo; dio como resultado que en el último grupo fue en donde las mujeres tuvieron más infecciones de VPH ⁽⁴⁵⁾.

Hay alto riesgo que una mujer se infecte a causa de la pareja porque tiene o haya tenido cáncer de pene ⁽⁴⁶⁾.

- Enfermedades de transmisión sexual.

Se halló una concordancia entre el cáncer de cuello uterino con la sífilis ⁽³⁸⁾; pero no hay estudios que vincule la clamidia o herpes como antecedente ^{(47) (48)}.

En España, Colombia y Brasil se halló mediante una investigación una asociación entre el tricomonas y el VPH ⁽⁴⁹⁾.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) permite la aparición de la neoplasia donde se ve un aumento del riesgo de cáncer de 3.2 veces más que las que no tienen VIH ⁽⁵⁰⁾.

- Paridad.

Se estableció que aquellas pacientes con más de dos hijos tienen un peligro de 80% mayor que las pacientes que solo tiene 1 hijo de tener daño cervical; luego en mujeres de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, y en aquellas mujeres que tiene siete hijos se cuadruplican y con doce hijos se quintuplica. Este daño cervical favorece al desarrollo de cáncer del cuello uterino ⁽⁵¹⁾.

No hay estudio concreto que determine que el embarazo o cambio hormonal favorezca la aparición del VPH, ya que estas investigaciones se contradicen ⁽⁵²⁾.

- Edad del primer parto.

Bosch en su investigación “explica que tener partos a muy temprana edad cuadruplica la probabilidad de tener cáncer del cuello uterino” ⁽³⁸⁾.

- Partos vaginales.

Al tener más partos a través de la vía vaginal condiciona de gran manera alrededor 70% de tener lesiones, esto es debido por el traumatismo constante que tiene el cuello uterino y esto favorece a tener cáncer del cuello uterino ⁽⁵¹⁾.

- Tabaquismo.

Estudios revelaron una fuerte asociación entre las fumadoras y las lesiones del cuello uterino, en donde, las fumadoras tienen 2 veces más de sufrir el cáncer en comparación de las que no fuman. También el tabaco potencia la patogenia del VPH y disminuye la inmunidad de la fumadora⁽⁵³⁾.

- Anticonceptivos orales

En una investigación se encontró que aumenta el riesgo de contraer el virus de papiloma humano si se ingiere anticonceptivos orales por más de 5 años ⁽⁵⁴⁾.

Tipos histológicos.

El tipo histológico más frecuente que causa el 75% de los casos son el de escamosas y el adenocarcinoma 15-25% de los casos totales. El resto representa el 3-5% de casos ⁽⁵⁵⁾.

ESTATIFICACIÓN DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO.

El cáncer de cuello uterino tiene estadios, tal como lo establece el sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en base a esta clasificación se basa el tratamiento. Por eso es muy importante evaluar de manera correcta porque nos permite decir en qué fase esta y por ende dar un tratamiento quirúrgico o quimiorradioterapia apropiado ⁽⁵⁷⁾.

A continuación, se muestra la estatificación según Figo y TNM:

| Categoría TNM | Estadio Figo | |
|---|--------------|---|
| TX | | El tumor primario no puede evaluarse |
| T0 | | |
| Tis* | | Carcinoma in situ (carcinoma preinvasivo) |
| T1 | I | Carcinoma cervical conformado en el útero (la extensión del cuerpo no debe ser tomada en cuenta) |
| T1a** | IA | Carcinoma invasor diagnosticado solo mediante microscopía. Invasión del estroma con una profundidad máximo de 5mm y una extensión horizontal ≤ a 7mm. El compromiso del comportamiento vascular, venoso o linfático no afecta la clasificación. |
| T1a1 | IA1 | Invasión estromal ≤ 3mm en profundidad y ≤ 7mm de extensión horizontal |
| T1a2 | IA2 | Invasión estromal > 3mm y ≤ 5mm de profundidad, con una extensión horizontal ≤ a 7mm |
| T1b | IB | Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor a T1a/IA |
| T1b1 | IB1 | Lesión clínicamente visible ≤ 4cm en su mayor diámetro |
| T1b2 | IB2 | Lesión clínicamente visible > 4cm en su mayor diámetro |
| T2 | II | Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no compromete la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina. |
| T2a | IIA | Tumor sin invasión de parametros. |
| T2a1 | IIA1 | Lesión clínicamente visible ≤ 4cm en su mayor diámetro |
| T2a2 | IIA2 | Lesión clínicamente visible > 4cm en su mayor diámetro |
| T2b | IIB | Tumor con invasión parametros, sin llegar a la pared pelviana |
| T3 | III | Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal |
| T3a | IIIA | El tumor compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica. |
| T3b | IIIB | El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal |
| T4 | IV | El tumor invade la mucosa de la vejiga o del recto y/o se extiende más allá de la pelvis (el edema buloso no es suficiente para clasificar un tumor T4) |
| <p>* Figo ya no considera el estado 0 o Tis ** Todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial como T1b/IB</p> | | |

Fuente Álvarez Claudia. Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino. Rev. argent. radiol. 2012

Diagnóstico.

Ante la presencia de estos signos y síntomas: ⁽⁵⁸⁾

- Hemorragia después de relaciones sexuales y posterior a la menopausia ⁽⁵⁸⁾.
- Se visualiza daño en el cérvix (caso anómalo) ⁽⁵⁸⁾.
- Excreción vaginal ⁽⁵⁸⁾.
- Conmiseración pélvica ⁽⁵⁸⁾.

Se debe tomar en cuenta lo siguiente: ⁽⁵⁸⁾

- La clínica se asemeja a la de la clamidia, por ello se debe tomar a la clamidia como un diagnóstico diferencial ⁽⁵⁸⁾.
- A pesar de recibir su vacuna deben realizar screening para el VPH ⁽⁵⁸⁾.
- Se debe realizar un examen minucioso y poner mucha atención a tumoración, sangrado o engrosamiento del cuello uterino ⁽⁵⁸⁾.
- Para una confirmación se requiere una biopsia ⁽⁵⁸⁾.

2.3 MARCO TEÓRICO.

- Endocérvix.

Es el epitelio del cérvix conformado por células columnar secretor (cilíndrico secretor) de origen embrionario: conductos müllerianos ⁽¹⁹⁾.

- Ectocérvix.

Es el tipo de epitelio del cérvix conformada por células escamosas ⁽²⁰⁾.

- Zona de unión escamo-columnar.

Es la zona de transición entre el epitelio del ectocérvix (células escamosas) y del epitelio endocérvix (columnar secretor), en esta zona es donde hay mayor vulnerabilidad cancerosa ⁽²⁰⁾.

- Carcinoma de células escamosas del cérvix.

Tiene 2 tipos queratinizados o no queratinizados.

Los queratinizados tiene un mayor número de células malignas grande ⁽⁵⁵⁾.
Los carcinomas no queratinizados corresponden a las células pequeñas ⁽⁵⁵⁾.

- Adenocarcinoma cervical.

Su origen es del endocérvix, difícil de detectar visualmente. El adenocarcinoma mucinoso es el tipo más frecuente, es muy peligroso debido a su rápida evolución y no causa una alteración observable del exocérvix ⁽⁵⁵⁾. Los otros tipos son: el carcinoma endometriode, villoglandular, mesonéfrico seroso ⁽⁵⁵⁾.

- Carcinoma adenoescamoso.

Tiene una constitución mixta tanto de glándulas y de células escamosos, tiene un crecimiento rápido y son muy recurrentes a pesar del tratamiento ⁽⁵⁵⁾.

- Tumores neuroendocrinos del cérvix.

Se clasifican en típicos y atípicos, de células grandes o pequeñas ⁽⁵⁵⁾. Los otros tipos son: carcinomas no diferenciados son muy agresivos debido a tener mayor metástasis ⁽⁵⁵⁾.

- VLP (Virus-like particles).

Los VLP o las partículas similares al VPH, son estructuras cuya característica principal es la ausencia del DNA viral del VPH, por ende, son inofensiva; sirve para la elaboración de vacunas contra el VPH ⁽³³⁾.

2.4 HIPÓTESIS.

2.4.1 GENERAL.

Existe correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

2.4.2 ESPECÍFICAS.

Existe relación de los grupos etarios con las pruebas de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Existe correlación entre los hallazgos de Colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

2.5 VARIABLES.

En nuestro estudio están las siguientes variables.

Según el tipo de dependencia:

Variable Independiente:

Cáncer del cuello uterino.

Variables dependientes:

Papanicolaou o Prueba citológica.

Colposcopia.

Biopsia.

2.6 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS.

Papanicolaou o prueba citológica.

La citología cervical nos permite a detectar los defectos morfológicos ⁽⁵⁹⁾.

La citología cervical, nos ayuda en el estudio en la zona UEC y fue el principal procedimiento de hallazgo de cáncer del cuello uterino. Una investigación determino con la ayuda de este procedimiento bien realizado se ha logrado disminuir un 70% de los casos de cáncer de cuello uterino ⁽⁶⁰⁾.

NOMENCLATURA ACTUAL CITOLÓGICO: SISTEMA DE BETHESDA.

Con los avances en los descubrimientos y conocimiento del cáncer de cérvix, se obligó a realizarse reuniones con el fin de establecer una nomenclatura. A partir de las reuniones se estableció el actual Sistema o Clasificación de Bethesda. Esta clasificación tuvo su inicio en 1988, modificada en 1991, y actualizada en el 2001 ⁽⁶¹⁾ **(ANEXO 6)**.

Colposcopia.

La colposcopia y la descripción de las lesiones de la cerviz-uterino se originó en Alemania por Hans Hinselmann ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾.

Nos permite ver macroscópicamente el comportamiento in vivo por ende nos ayuda a explorar y valorar el cuello uterino; ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁶⁵⁾ asimismo, podemos observar la lesión que presenta el cérvix y tomar una biopsia si se amerita ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾.

Para reconocer el tipo de NIC se debe tener en cuenta, el color, margen de la superficie del epitelio acetoblanco, también la reacción con el yodo en la formación de lecho vascular ⁽⁶⁶⁾.

Al terminar el estudio se dará un diagnostico presuntivo de la siguiente forma: "Normal, NIC de bajo o alto grado, cáncer invasor; o un informe de

insatisfacción. Es por eso que se necesita una clasificación que son hallazgos clasificado según Reid y Scalzi (1985)”⁽⁶⁶⁾.

Biopsia.

La biopsia nos ayuda examinar muestras de tejido anormal microscópicamente para un diagnóstico acertado. Se toma biopsia a áreas que se tiene sospecha de cáncer. Si la anormalidad no se visualiza se procederá realizar colposcopia para indicar la zona o zonas para volver a realizar la biopsia⁽²⁶⁾.

La biopsia nos da el diagnóstico definitivo que nos permite ver las mutaciones y descartar neoplasia⁽²⁶⁾.

Después de realizarse la biopsia se dará el informe según de lo que se halla. Para una buena utilización de la biopsia para determinar el diagnóstico: un buen transportar de las muestras, el acceso a laboratorio y de técnicos⁽²⁶⁾.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación es:

- Observacional: En el presente estudio no se interviene en las variables.
- Descriptivo: En este estudio se da la descripción de las variables.
- Retrospectivo: El periodo de tiempo de estudio es pasado.
- Transversal: El estudio toma un periodo de tiempo.

3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

El nivel de investigación es:

Correlacional: Se busca el grado de asociación entre las variables.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población.

Son las pacientes que se atendieron en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El total (Universo) de pacientes de Enero a Junio de 2016 son 225 pacientes.

Muestra.

Como ya se mencionó antes el total de pacientes hallado es 225 pacientes (el universo) utilizando los criterios de exclusión e inclusión se obtiene 217 pacientes con las pruebas de Papanicolaou y colposcopia; de estos solo 109 pacientes tienen biopsia, es decir tiene los tres procedimientos: Papanicolaou, colposcopia y biopsia.

Criterio de inclusión.

- Pacientes con sospecha o diagnóstico clínico de lesión premaligna o cáncer del cuello uterino.
- Pacientes con antecedente de un Papanicolaou anormal.
- Pacientes que se realizan las pruebas de citología, Papanicolaou y biopsia.

Criterio de exclusión.

- No se considera a las pacientes que solo se realiza una prueba.
- No se toma en cuenta aquellas historias clínicas de las pacientes cuyos resultados no son legibles.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En este estudio la técnica fue el registro de datos obtenidos en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

En el presente estudio el instrumento es una ficha de recolección de datos por ello no se necesitó validar dicha ficha debido a que no se precisó ser entrevistas ni encuestas a las pacientes.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Como se mencionó anteriormente se diseñó una ficha con el fin de recolectar datos en el consultorio externo del servicio de Ginecología-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en el periodo Enero-Junio 2016, luego la información es transferida a Excel siendo la fuente datos a analizar.

3.5 PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Primero se ejecutó una descripción de las variables y luego se aplicó las pruebas de correlación, se realizó los siguientes procedimientos:

- Todo el procedimiento se realizó con un nivel de confianza del 95%.
- Se analizó las variables

- Para un mejor análisis de las variables, estandarizamos los indicadores utilizando el sistema Bethesda **(ANEXO 5 y 8)**.
- Los datos recolectados mediante la ficha fueron pasados al Excel y evaluados por Spss.
- La relación de los Grupos etarios con las pruebas (Papanicolaou, colposcopia y biopsia).
- Las correlaciones entre las variables (las concordancias entre las variables de Papanicolaou y colposcopia; entre ellas misma y con la biopsia) se evaluaron mediante el índice de kappa **(ANEXO 9)**.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS.

Para el desarrollo y concretar esta investigación se solicitó permiso a las autoridades correspondientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue como la Dirección General y al Comité de Docencia.

También se solicitó el permiso y colaboración al Área del Consultorio Externo Ginecología-Obstetricia, gracias a su colaboración y apoyo en la recolección de datos se llevó a cabo esta investigación.

Los datos recolectados en esta investigación se mantendrán y tendrán un carácter de total confidencia y los resultados obtenidos de esta investigación sirvan de fuente de información para otras investigaciones.

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

4.1 RESULTADOS.

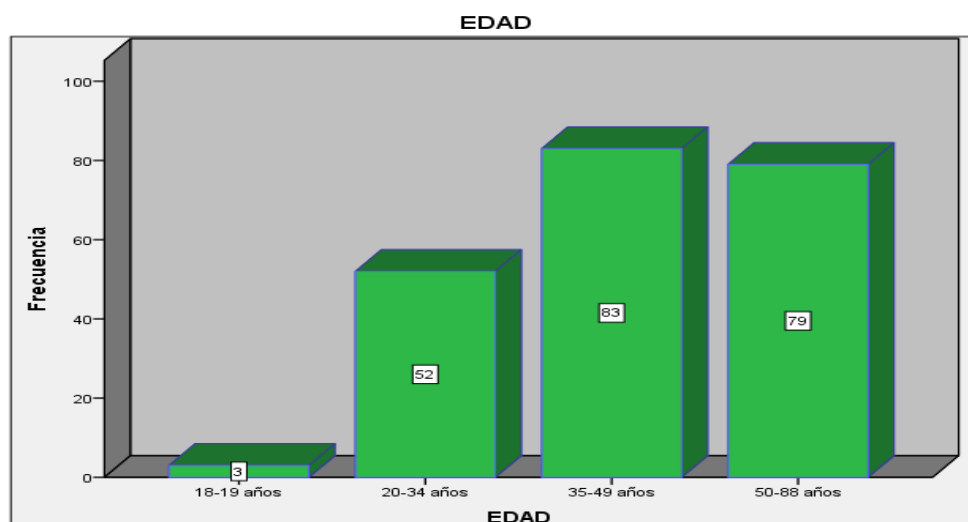
TABLA 1 GRUPO ETARIO DE LAS PACIENTES.

| | | Frecuencia | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------|--------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Menores de 19 años | 3 | 1,4 | 1,4 |
| | 20-34 años | 52 | 24,0 | 25,3 |
| | 35-49 años | 83 | 38,2 | 63,6 |
| | Mayor de 50 años | 79 | 36,4 | 100,0 |
| | Total | 217 | 100,0 | |
| Media | 45.00 | Edad Mínima: 18 años | | |
| Mediana | 45.00 | Edad Máxima: 88 años | | |
| Moda | 34 | | | |

Fuente ficha de recoleccion de datos

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICO 1: GRUPO ETARIO DE LOS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

En la tabla 1 se observa que la edad mínima es 18 años y el máximo es 88 años, con una mediana de 45 años.

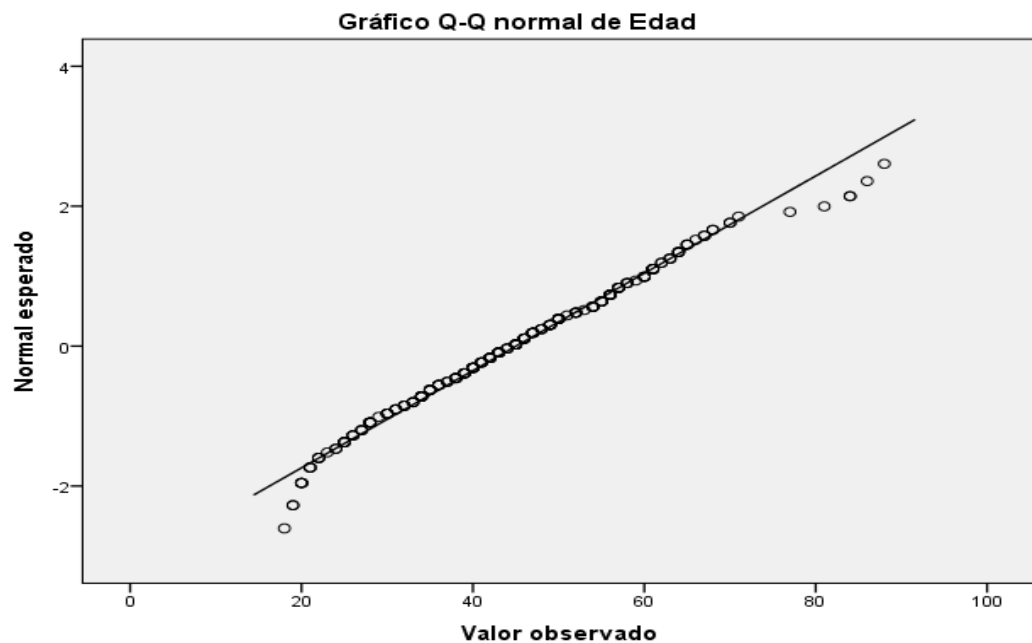
En la tabla y gráfico 1 se observa que el grupo etario de mayor frecuencia de 83 casos es de 35 a 45 años y el de menor frecuencia con 3 casos corresponde a menores de 19 años con 3 pacientes, las tres pacientes tienen 18 años.

TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE LAS EDADES DE LAS PACIENTES.

| | Shapiro-Wilk | | |
|------|--------------|-----|------|
| | Estadístico | gl | Sig. |
| Edad | ,983 | 217 | ,01 |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICA 2: DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LAS PACIENTES.



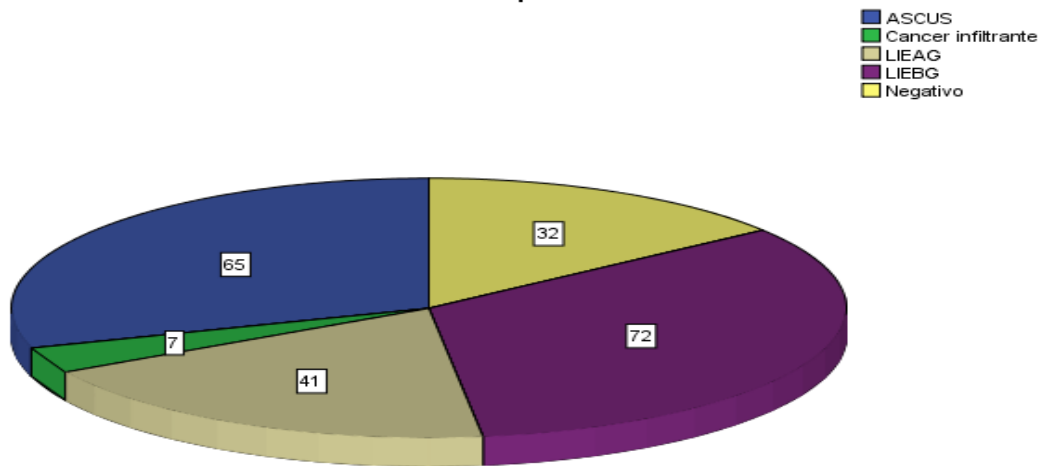
Fuente ficha de recoleccion de datos

En la tabla 2 y grafico 2 se analiza las edades mediante el test de Shapiro con un grado de confiabilidad del 95% para saber si tiene distribución normal o no, se observa que el Sig es 0.01 (tabla 2) que es menor a 0,05 (significancia) por la cual nos indica que tiene una distribución no normal.

| TABLA 3: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DEL PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES. | | | | |
|--|------------------------------|------------|------------|----------------------|
| | | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
| P a p a n i c o l a u | ASCUS | 65 | 30,0 | 30,0 |
| | Cáncer invasor o infiltrante | 7 | 3,2 | 33,2 |
| | LIEAG | 41 | 18,9 | 52,1 |
| | LIEBG | 72 | 33,2 | 85,3 |
| | Negativo | 32 | 14,7 | 100,0 |
| | Total | 217 | 100,0 | |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICA 3: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE LA PRUEBA PAPANICOLAOU DE LAS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

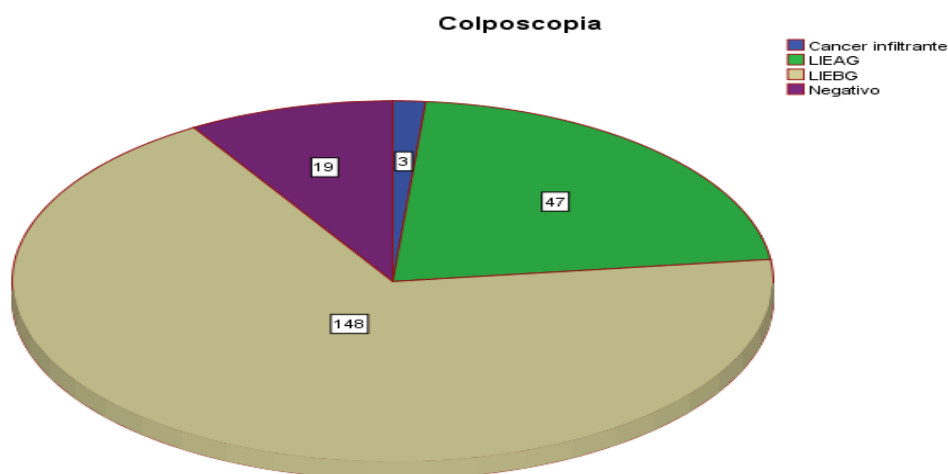
En la tabla 3 y grafico 3 nos indica los hallazgos del Papanicolaou o prueba citológica en donde se observa que el resultado de mayor frecuencia con 72 casos es LIEBG y el segundo de mayor frecuencia con 65 casos es ASCUS y el de menor frecuencia con 7 casos es cáncer infiltrante.

TABLA 4: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|------------|------------|----------------------|
| Válido Cáncer infiltrante | 3 | 1,4 | 1,4 |
| LIEAG | 47 | 21,7 | 23,0 |
| LIEBG | 148 | 68,2 | 91,2 |
| Negativo | 19 | 8,8 | 100,0 |
| Total | 217 | 100,0 | |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICO 4: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

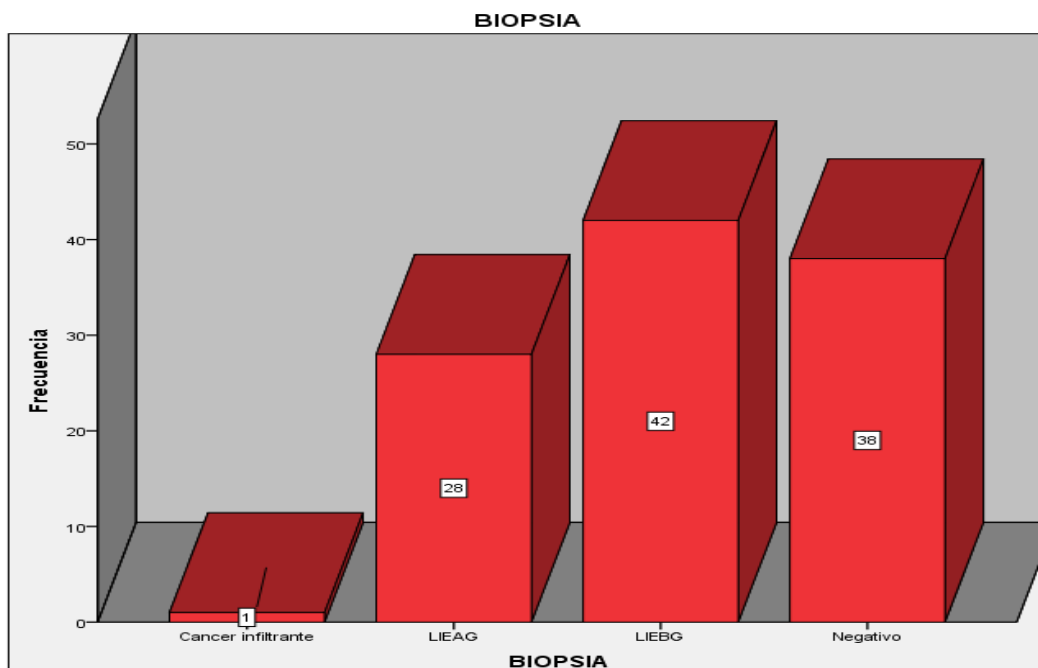
En la tabla 4 y gráfico 4 se muestran los hallazgos de los resultados de Colposcopia donde se observa que el de mayor frecuencia con 148 casos corresponden a LIEBG y el segundo con mayor frecuencia con 47 casos es de LIEA, el de menor frecuencia con 3 casos corresponde al cáncer infiltrante.

TABLA 5: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE LA BIOPSIA DE LAS PACIENTES.

| | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|---------------------------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido Cáncer infiltrante | 1 | ,9 | ,9 | ,9 |
| LIEAG | 28 | 25,7 | 25,7 | 26,6 |
| LIEBG | 42 | 38,5 | 38,5 | 65,1 |
| Negativo | 38 | 34,9 | 34,9 | 100,0 |
| Total | 109 | 100,0 | 100,0 | |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICO 5: RESULTADOS DE LOS HALLAZGOS DE LA BIOPSIA DE LAS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

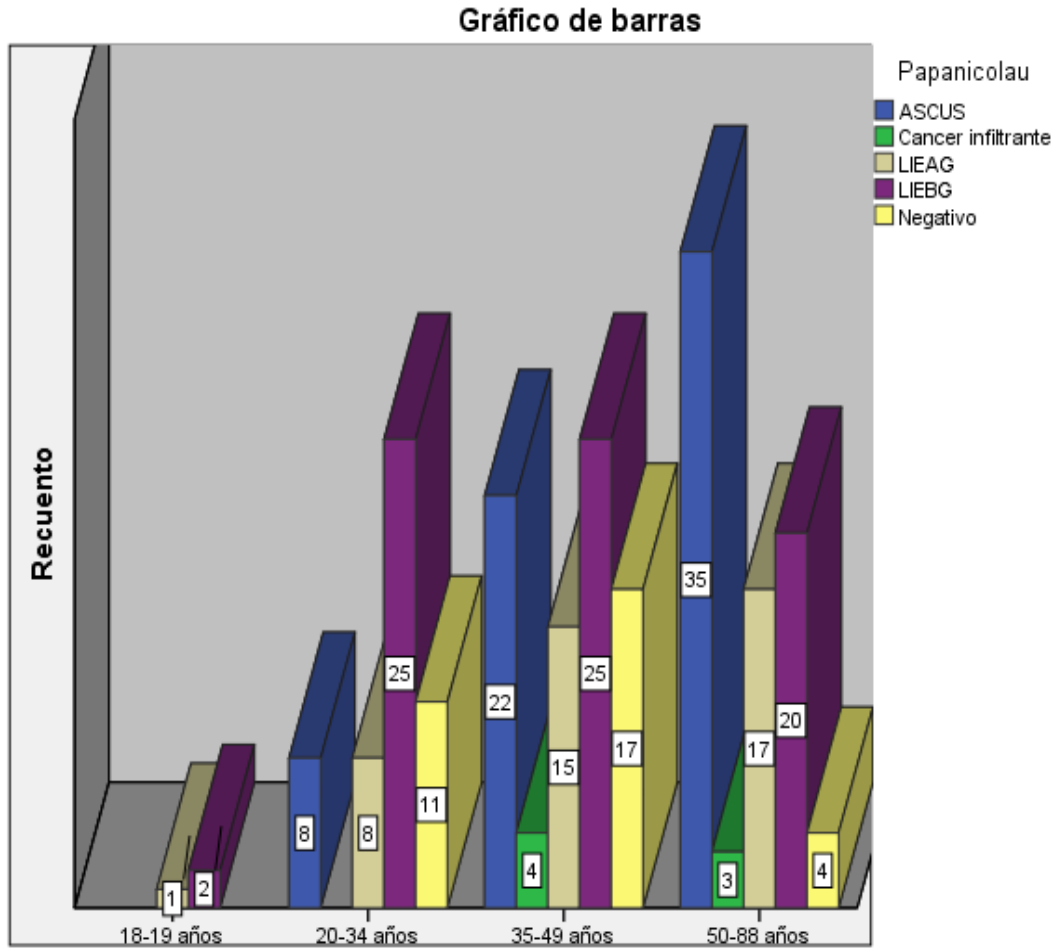
En la tabla 5 y grafico 5 se observa los resultados de la Biopsia, en total son 109 pruebas, entre los hallazgos se observa que el más frecuente con 42 casos es LIEBG; el segundo lugar de frecuencia con 38 casos son los resultados negativos y el de menor frecuencia con 1 caso es de cáncer infiltrante.

TABLA 6 RELACIÓN ENTRE EL GRUPO ETARIO Y PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA LAS PACIENTES.

| | | Papanicolaou o prueba citológica | | | | | Total |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------|--------|-----------|--------|
| | | ASCUS | Cáncer infiltrante | LIEAG | LIEBG | Neogativo | |
| EDAD Menor de 19 años | Recuento | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 3 |
| | % dentro de EDAD | 0,0% | 0,0% | 33,3% | 66,7% | 0,0% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 0,0% | 0,0% | 2,4% | 2,8% | 0,0% | 1,4% |
| 20-34 años | Recuento | 8 | 0 | 8 | 25 | 11 | 52 |
| | % dentro de EDAD | 15,4% | 0,0% | 15,4% | 48,1% | 21,2% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 12,3% | 0,0% | 19,5% | 34,7% | 34,4% | 24,0% |
| 35-49 años | Recuento | 22 | 4 | 15 | 25 | 17 | 83 |
| | % dentro de EDAD | 26,5% | 4,8% | 18,1% | 30,1% | 20,5% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 33,8% | 57,1% | 36,6% | 34,7% | 53,1% | 38,2% |
| Mayor de 50 años | Recuento | 35 | 3 | 17 | 20 | 4 | 79 |
| | % dentro de EDAD | 44,3% | 3,8% | 21,5% | 25,3% | 5,1% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 53,8% | 42,9% | 41,5% | 27,8% | 12,5% | 36,4% |
| Total | Recuento | 65 | 7 | 41 | 72 | 32 | 217 |
| | % dentro de EDAD | 30,0% | 3,2% | 18,9% | 33,2% | 14,7% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente ficha de recolección de datos

GRAFICO 6: RELACIÓN ENTRE EL GRUPO ETARIO Y PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LOS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

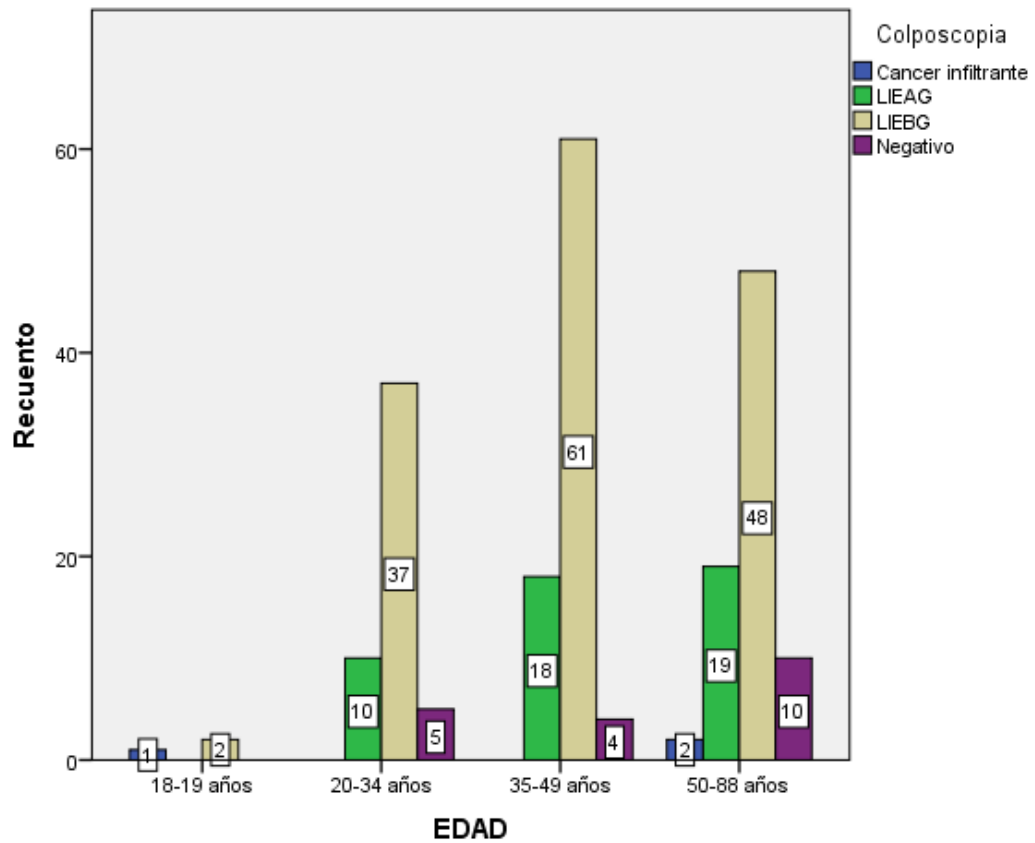
En la tabla 6 y grafico 6 nos muestra la relación entre el grupo etario y Papanicolaou o prueba citológica, en donde podemos observar 35 casos con diagnostico ASCUS pertenece al grupo etario de mayor de 50 años.

TABLA 7: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.

| | Colposcopia | | | Total | |
|-------------------------------|--------------------|--------|--------|----------|--------|
| | Cáncer infiltrante | LIEAG | LIEBG | Negativo | |
| EDAD Menor Recuento | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| de19 años % dentro de EDAD | 33,3% | 0,0% | 66,7% | 0,0% | 100,0% |
| años % dentro de Papanicolaou | 33,3% | 0,0% | 1,4% | 0,0% | 1,4% |
| 20-34 años Recuento | 0 | 10 | 37 | 5 | 52 |
| años % dentro de EDAD | 0,0% | 19,2% | 71,2% | 9,6% | 100,0% |
| % dentro de Papanicolaou | 0,0% | 21,3% | 25,0% | 26,3% | 24,0% |
| 35-49 años Recuento | 0 | 18 | 61 | 4 | 83 |
| años % dentro de EDAD | 0,0% | 21,7% | 73,5% | 4,8% | 100,0% |
| % dentro de Papanicolaou | 0,0% | 38,3% | 41,2% | 21,1% | 38,2% |
| Mayor de 50 años Recuento | 2 | 19 | 48 | 10 | 79 |
| % dentro de EDAD | 2,5% | 24,1% | 60,8% | 12,7% | 100,0% |
| años % dentro de Papanicolaou | 66,7% | 40,4% | 32,4% | 52,6% | 36,4% |
| Total Recuento | 3 | 47 | 148 | 19 | 217 |
| % dentro de EDAD | 1,4% | 21,7% | 68,2% | 8,8% | 100,0% |
| % dentro de Papanicolaou | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICO 7: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

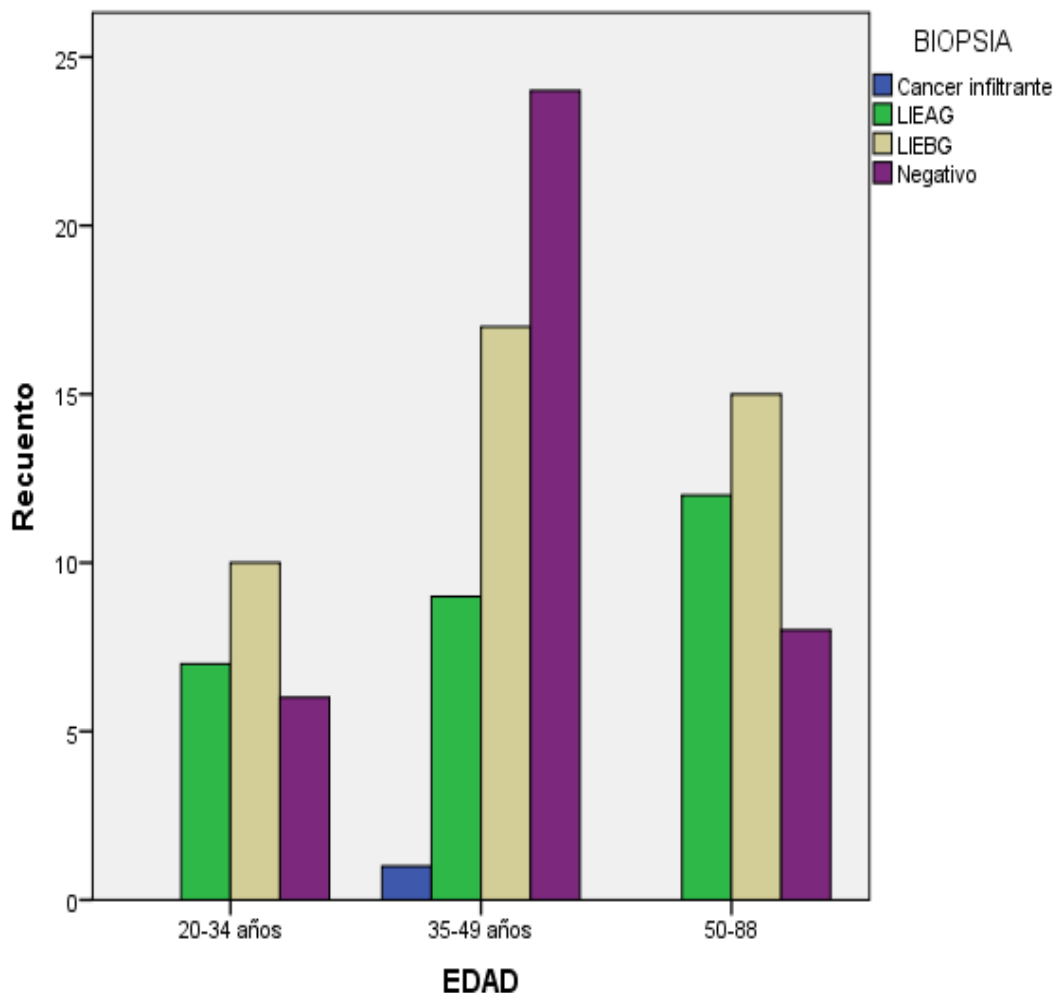
En la tabla 7 y grafico 7 se observa la relación entre el grupo etario y los resultados de colposcopia, en donde podemos observar 61 casos de LIEBG que pertenece al grupo etario de 35-49 años.

TABLA 8: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y BIOPSIA DE LAS PACIENTES.

| | | BIOPSIA | | | | Total |
|------------------|---------------------|--------------------|--------|--------|----------|--------|
| | | Cáncer infiltrante | LIEAG | LIEBG | Negativo | |
| EDAD 20-34 años | Recuento | 0 | 7 | 10 | 6 | 23 |
| | % dentro de EDAD | 0,0% | 30,4% | 43,5% | 26,1% | 100,0% |
| | % dentro de BIOPSIA | 0,0% | 25,0% | 23,8% | 15,8% | 21,1% |
| 35-49 años | Recuento | 1 | 9 | 17 | 24 | 51 |
| | % dentro de EDAD | 2,0% | 17,6% | 33,3% | 47,1% | 100,0% |
| | % dentro de BIOPSIA | 100,0% | 32,1% | 40,5% | 63,2% | 46,8% |
| Mayor de 50 años | Recuento | 0 | 12 | 15 | 8 | 35 |
| | % dentro de EDAD | 0,0% | 34,3% | 42,9% | 22,9% | 100,0% |
| | % dentro de BIOPSIA | 0,0% | 42,9% | 35,7% | 21,1% | 32,1% |
| Total | Recuento | 1 | 28 | 42 | 38 | 109 |
| | % dentro de EDAD | 0,9% | 25,7% | 38,5% | 34,9% | 100,0% |
| | % dentro de BIOPSIA | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICO 8: RELACIÓN ENTRE GRUPO ETARIO Y BIOPSIA DE LAS PACIENTES.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

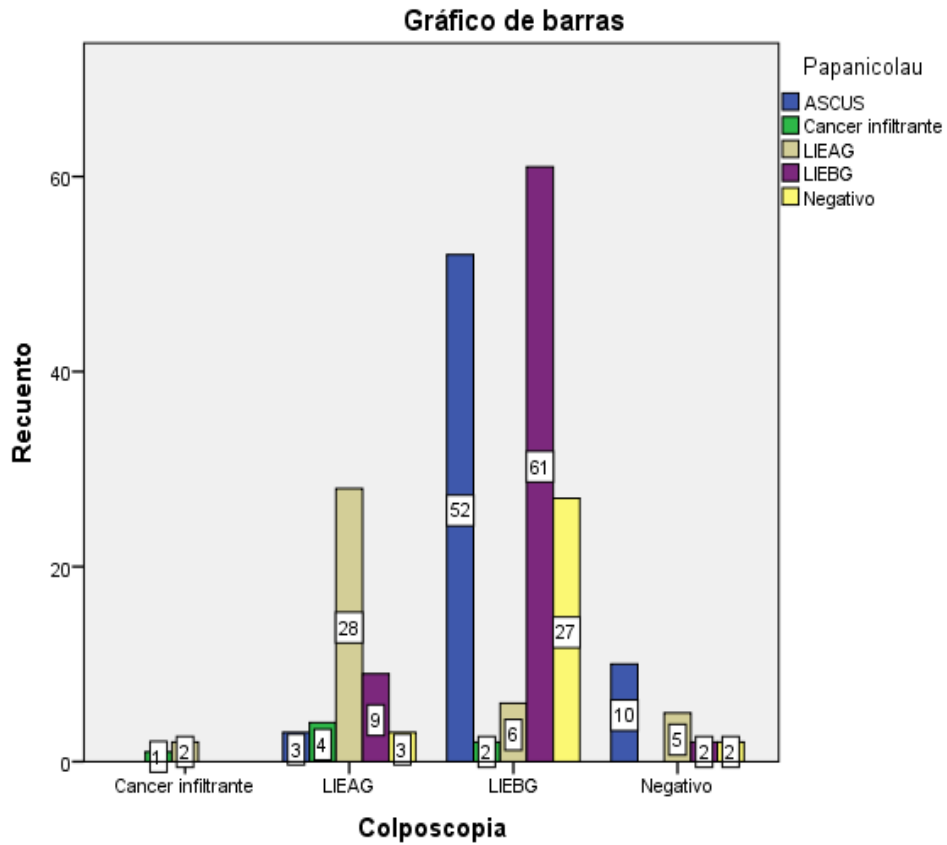
En la tabla 8 y grafico 8 nos muestra la relación entre el grupo etario y los resultados de la biopsia, en donde podemos observar 24 casos de resultado negativo (63.2%) que pertenece al grupo etario de 35-49(47.1%).

TABLA 9: CORRELACIÓN ENTRE PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.

| | | Papanicolaou o prueba citológica. | | | | | Total |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------|--------|--------|----------|--------|
| | | ASCUS | Cáncer infiltrante | LIEAG | LIEBG | Negativo | |
| Colposcopia Cáncer infiltrante | Recuento | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| | % dentro de Colposcopia | 0,0% | 33,3% | 66,7% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 0,0% | 14,3% | 4,9% | 0,0% | 0,0% | 1,4% |
| LIEAG | Recuento | 3 | 4 | 28 | 9 | 3 | 47 |
| | % dentro de Colposcopia | 6,4% | 8,5% | 59,6% | 19,1% | 6,4% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 4,6% | 57,1% | 68,3% | 12,5% | 9,4% | 21,7% |
| LIEBG | Recuento | 52 | 2 | 6 | 61 | 27 | 148 |
| | % dentro de Colposcopia | 35,1% | 1,4% | 4,1% | 41,2% | 18,2% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 80,0% | 28,6% | 14,6% | 84,7% | 84,4% | 68,2% |
| Negativo | Recuento | 10 | 0 | 5 | 2 | 2 | 19 |
| | % dentro de Colposcopia | 52,6% | 0,0% | 28,3% | 10,5% | 10,5% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 15,4% | 0,0% | 12,2% | 2,8% | 6,3% | 8,8% |
| Total | Recuento | 65 | 7 | 41 | 72 | 32 | 217 |
| | % dentro de Colposcopia | 30,0% | 3,2% | 18,8% | 33,2% | 14,7% | 100,0% |
| | % dentro de Papanicolaou | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICA 9: CORRELACIÓN ENTRE PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.



FUENTE: Ficha de recolección de datos

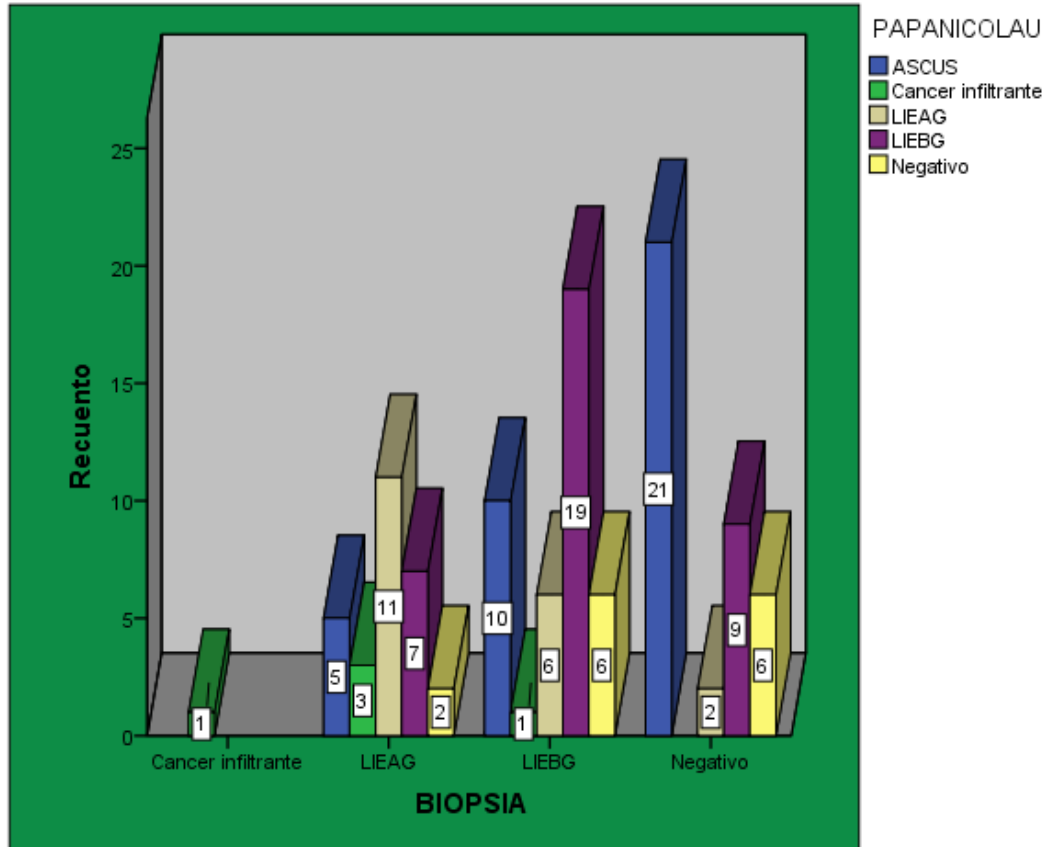
La correlación Papanicolaou o prueba citológica y colposcopia lo vamos a obtener a través del índice de kappa obteniendo 0.42 a 95% de significancia según este resultado tiene una fuerza de concordancia aceptable (**ANEXO 9**). Se observa que concuerdan 61 casos de LIEBG entre las pruebas Papanicolaou y colposcopia.

TABLA 10: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES.

| | | PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA | | | | | Total |
|-----------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------|--------|--------|----------|--------|
| | | ASCUS | Cáncer infiltrante | LIEAG | LIEBG | Negativo | |
| Cáncer infiltrante | Recuento | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| | % dentro de BIOPSIA | 0,0% | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | % dentro de PAPANICOLAOU | 0,0% | 20,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,9% |
| LIEAG | Recuento | 5 | 3 | 11 | 7 | 2 | 28 |
| | % dentro de BIOPSIA | 17,9% | 10,7% | 39,3% | 25,0% | 7,1% | 100,0% |
| | % dentro de PAPANICOLAOU | 13,9% | 60,0% | 57,9% | 20,0% | 14,3% | 25,7% |
| LIEBG | Recuento | 10 | 1 | 6 | 19 | 6 | 42 |
| | % dentro de BIOPSIA | 23,8% | 2,4% | 14,3% | 45,2% | 14,3% | 100,0% |
| | % dentro de PAPANICOLAOU | 27,8% | 20,0% | 31,6% | 54,3% | 42,9% | 38,5% |
| Negativo | Recuento | 21 | 0 | 2 | 9 | 6 | 38 |
| | % dentro de BIOPSIA | 55,3% | 0,0% | 5,3% | 23,7% | 15,8% | 100,0% |
| | % dentro de PAPANICOLAOU | 58,3% | 0,0% | 10,5% | 25,7% | 42,9% | 34,9% |
| Total | Recuento | 36 | 5 | 19 | 35 | 14 | 109 |
| | % dentro de BIOPSIA | 33,0% | 4,6% | 17,4% | 32,1% | 12,8% | 100,0% |
| | % dentro de PAPANICOLAOU | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente ficha de recoleccion de datos

GRAFICA 10: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y PAPANICOLAOU O PRUEBA CITOLÓGICA DE LAS PACIENTES.



Fuente ficha de recoleccion de datos

En la tabla 10 y grafica 10 se analizará la concordancia entre biopsia y Papanicolaou o prueba citológica, para la correlación se utiliza el índice de Kappa obteniendo 0,34 a 95% de significancia, según este resultado tiene una fuerza de concordancia aceptable (**ANEXO 9**).

Se observa que concuerdan 21 casos de ASCUS entre las pruebas Biopsia y Papanicolau.

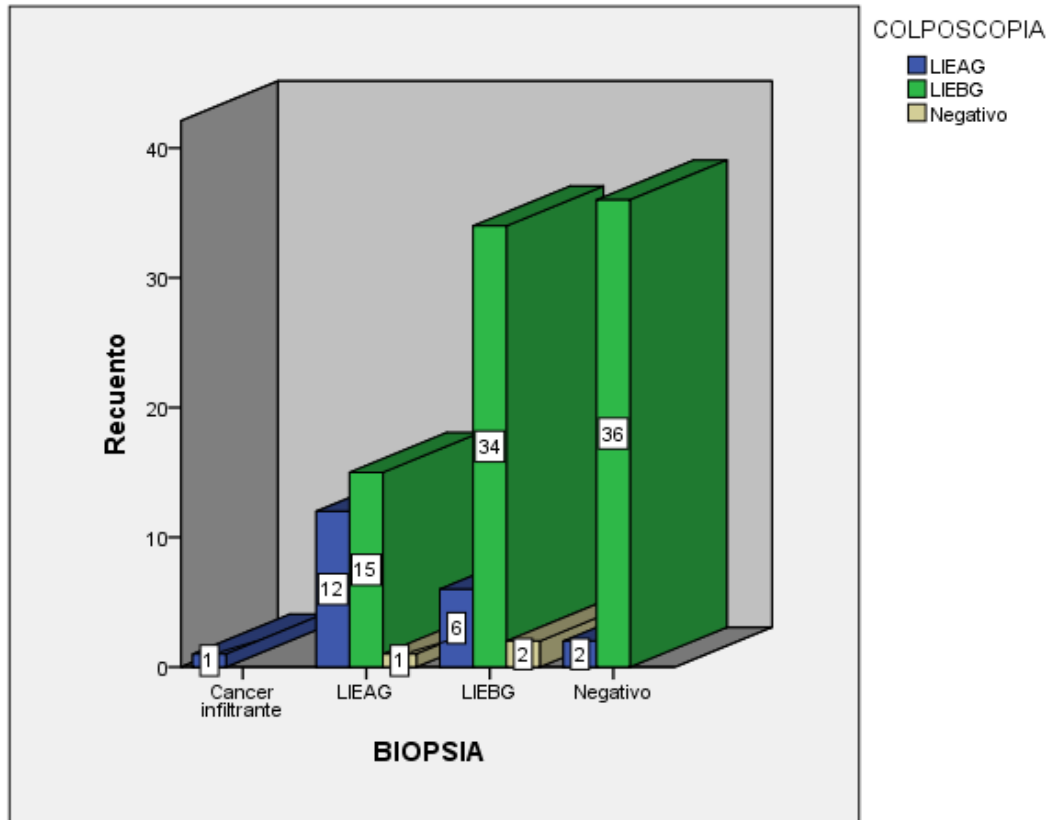
También obtendremos la sensibilidad y especificad que son 66,32% y 42,85% respectivamente (**ANEXO 10**).

TABLA 11: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.

| | | COLPOSCOPIA | | | Total |
|---|----------------------------|-------------|--------|----------|--------|
| | | LIEAG | LIEBG | Negativo | |
| BIOPSIA Cáncer infiltrante o invasor. | Recuento | 1 | 0 | 0 | 1 |
| | % dentro de BIOPSIA | 100,0% | 0,0% | 0,0% | 100,0% |
| | % dentro de COLPOSCOPIA | 4,8% | 0,0% | 0,0% | 0,9% |
| LIEAG | Recuento | 12 | 15 | 1 | 28 |
| | % dentro de BIOPSIA | 42,9% | 53,6% | 3,6% | 100,0% |
| | % dentro de COLPOSCOPIA | 57,1% | 17,6% | 33,3% | 25,7% |
| LIEBG | Recuento | 6 | 34 | 2 | 42 |
| | % dentro de BIOPSIA | 14,3% | 81,0% | 4,8% | 100,0% |
| | % dentro de COLPOSCOPIA | 28,6% | 40,0% | 66,7% | 38,5% |
| Negativo | Recuento | 2 | 36 | 0 | 38 |
| | % dentro de BIOPSIA | 5,3% | 94,7% | 0,0% | 100,0% |
| | % dentro de COLPOSCOPIA | 9,5% | 42,4% | 0,0% | 34,9% |
| Total | Recuento | 21 | 85 | 3 | 109 |
| | % dentro de BIOPSIA | 19,3% | 78,0% | 2,8% | 100,0% |
| | % dentro de COLPOSCOPIA | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fuente ficha de recolección de datos

GRAFICO 11: CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA Y COLPOSCOPIA DE LAS PACIENTES.



Fuente ficha de recolección de datos

En la tabla 11 y grafica 11: analizará la correlación entre las pruebas de biopsia y colposcopia, para la correlación se utiliza el índice de Kappa obteniendo 0,42 a 95% de significancia, según este resultado tiene una fuerza de concordancia moderada (**ANEXO 9**).

Se observa que concuerdan 36 casos de LIEBG entre las pruebas biopsia y colposcopia.

También obtendremos la sensibilidad y especificidad que son 64,15% y 0% respectivamente (**ANEXO 10**).

Se estableció la concordancia entre las tres pruebas Papanicolaou, colposcopia y biopsia a través del índice de Kappa con 95% de significancia dando como resultado de 0,39; fuerza de concordancia aceptable (ANEXO 9).

4.2 DISCUSIONES.

En el estudio de Moncayo “observó que el grupo etario que presenta displasia leve (LIEB) con mayor frecuencias es de 36 a 49 años con 251 casos utilizando Papanicolaou y una concordancia entre biopsia y Papanicolaou de 0.41 y en los hallazgos de colposcopia: 267 casos presentan LEIBG” ⁽⁸⁾; en comparación con el presente estudio los grupos etarios más frecuente con Lesión intraepitelial de bajo grado (LIEBG) en la prueba de Papanicolaou son de 20-34 años y 35-49 años cada uno con 25 casos, con una concordancia de 0.34 entre Papanicolaou-biopsia. Los hallazgos de colposcopia en el grupo etario de 35-49 años se observa 61 casos presentan con LIEBG.

En un estudio realizado por Vindel en “donde los resultados obtenidos de Papanicolaou el de mayor frecuencia es la LIEBG con 41 (42.9%) casos del total, también se observó que el 29(29.9%) de los casos corresponde al ASCUS, y el nivel de concordancia entre Papanicolaou y biopsia según el índice Kappa es 0,293” ⁽⁹⁾. En comparación del estudio presente el resultado de LIEBG en Papanicolaou es de 72 casos (33.2%) y el ASCUS con 65 casos (30%) y la concordancia a través del índice de Kappa Papanicolaou-biopsia es 0,34.

En una investigación realizado por Bocanegra y colaboradores “en donde se compara la biopsia y el Papanicolaou, se evidenció que la lesión más frecuente es LIEBG en los hallazgos del Papanicolaou con 41(50.6%) casos y por medio de la biopsia se detectó 44(54.32%) casos de LIEBG” ⁽¹⁷⁾. En comparación del presente estudio por medio de la prueba de Papanicolaou se observa que la lesión más frecuente es LIEBG con 35 (32.1%) de los casos y por medio de la biopsia la lesión más frecuente corresponde también a LIEBG con 42(38,5%) de los casos.

En el estudio realizado por Ortega “se observa en los resultados de Papanicolaou para LIEBG es de 78 casos y para LIEAG es de 22 casos en comparación con los resultados de la biopsia que para LIEAG y LIEBG es 7 y 93 casos respectivamente, dando una sensibilidad del Papanicolaou de 79% y una concordancia entre Papanicolaou-biopsia por índice de Kappa de 0.72” ⁽¹⁰⁾. En el presente estudio realizado se observa que la comparación entre Papanicolaou y biopsia se da en 109 casos, en donde utilizando Papanicolaou los casos que representa LIEBG y LIEAG son 35(32.1%) casos y 19(17.4%) casos respectivamente y obteniendo una sensibilidad 66,32%. Hay una concordancia entre Papanicolaou-biopsia, utilizando el índice de Kappa, es 0.34.

En un estudio realizado por Clark se “reportó que el grupo etario más afectado son las pacientes de 20-34 años con 162 (57.24%) casos, según los resultados citológicos 174 pacientes (61%) del total de los casos presentaron LIEBG; el grupo etario mencionado presenta 60 (56%) casos de LIEAG según Papanicolaou, utilizando la prueba de la biopsia presenta 134(47%) casos de LIEBG y de estos el 82(29%) casos pertenece al grupo etario de 20-34 años” ⁽¹²⁾. En el presente estudio 83 (38.2%) de los casos corresponde al grupo etario de 35-49 años; en este grupo etario en los resultados citológicos se observa que el 72 (68,2%) de los casos tienen LIEBG. Utilizando la prueba de la biopsia se observa que presenta 42 (38.5%) casos con LIEBG y de estos pacientes 17 casos (33.3%) corresponde al grupo etario de 35-49 años.

En la investigación realizada por Morales y colaboradores “se observa que para la prueba de Papanicolaou tiene una sensibilidad de 71% y especificidad de 80% para la detección de algún tipo de lesión intraepitelial y una correlación entre Papanicolaou y biopsia de 0.48 a

través del índice de Kappa”⁽¹³⁾. Para este estudio el Papanicolaou tiene una sensibilidad de 66.32% y especificidad de 42.85% y presenta una correlación entre Papanicolaou-biopsia de 0.34 a través del índice de kappa.

En el estudio realizado por Rojas y colaboradores dan los siguientes resultados “la sensibilidad y especificidad de la citología (Papanicolaou) es de 88.1% y es de 45 % respectivamente; lo mismo para la colposcopia cuya sensibilidad es de 84.1% y especificidad es de 72%; se utilizó el índice de Kappa para la concordancia entre citología-Biopsia y entre colposcopia-biopsia obteniendo 0.67 y 0.76 respectivamente”⁽¹⁴⁾. Para el presente estudio la sensibilidad y especificidad del Papanicolaou es de 66,32% y 42,85% respectivamente; con respecto a la colposcopia la sensibilidad de 64,15% y especificidad 0%. Concordancia entre Papanicolaou-biopsia y la de colposcopia-biopsia es de 0,34 y 0,42 respectivamente.

En el estudio realizado por Solís en donde “los hallazgos por medio del Papanicolaou se evidencio que 996 casos (95,1%) resultaron negativos, también entre sus hallazgos tienen 9 casos de ASCUS”⁽¹⁵⁾. En este presente estudio en la prueba Papanicolaou los resultados más frecuentes son LIEBG con 72 casos (33,2%) y 65 casos de ASCUS.

En la investigación realizada por Tartabull y colaboradores “en los resultados citológicos se encontró 137 casos de LIEBG de las cuales 105 casos coinciden con la biopsia; se encontró 73 casos de LIEAG de las cuales 58 casos concuerdan con la biopsia”⁽¹⁶⁾. En este estudio los resultados obtenidos de la prueba citológica se encontró 35 casos de LIEBG de las cuales 19 caso concuerdan con la biopsia, los resultados citológicos de LIEAG presenta 19 casos de las cuales solo 11 casos concuerda con la biopsia.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 CONCLUSIONES.

- _ En nuestro estudio se observa una baja correlación (leve y aceptable ver **ANEXO 9**) entre las pruebas de Papanicolaou y colposcopia con la biopsia y por ende no tiene un valor significativo para el diagnóstico precoz o avanzado del cuello uterino. Ya que se obtuvo los siguientes resultados al analizar todas las pacientes que tienen las tres pruebas (109 casos) mediante el índice de Kappa:
 - Relación de entre la biopsia y Papanicolaou es de 0.34.
 - Relación entre Biopsia y colposcopia es de 0.42.
 - relación entre Papanicolaou, colposcopia y biopsia es de 0.39.
- _ Las edades al analizarlo por el test de Shapiro se observan que no tienen una distribución normal por ello se agrupa las edades en grupos etarios según la literatura.
- _ De los grupos etarios se observa 3 casos de pacientes menores de 19 años (las tres pacientes tienen 18 años).
- _ De los hallazgos mediante la prueba de Papanicolaou se observa 65 casos de ASCUS que son resultados indeterminados, este hace que los cálculos y análisis de los datos sea dificultosa (Se analizó los 217 casos).
- _ De los hallazgos de la colposcopia el de mayor frecuencia es LIEBG con 148 casos, también se observa 3 casos de cáncer infiltrante y 47 casos de LIEAG, donde ponemos énfasis la importancia de la prevención y el uso adecuado de las pruebas (citología, Papanicolaou y biopsia) para el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado (Se analizó los 217 casos).
- _ Para el análisis de la biopsia se toma a todas las pacientes que tienen las tres pruebas que son 109 casos en total, se observa que el 25.7%

corresponde a LIEAG y 0.9% es Cáncer infiltrante (28 casos y 1 caso respectivamente).

- _ Basándose en las pruebas de Papanicolaou en relación con los grupos etarios se observó que el grupo etario de mayor frecuencia es de 35-49 años de edad y de las cuales 25 casos tienen como resultado LIEBG y 4 casos presenta cáncer infiltrante en este grupo etario (Se analizó los 217 casos).
- _ En los resultados hallados al analizar la relación entre los grupos etarios con la colposcopia se observa 1 caso de cáncer infiltrante en el grupo etario menor de 19 años, el grupo etario de mayor frecuencia es de 35-49 años con 83 casos (Se analizó los 217 casos).
- _ En el análisis de los resultados de la relación entre la biopsia y los grupos etarios, se observa un caso de cáncer infiltrante o invasor en el grupo etario de 35-49 años, se halló 24 casos negativos para el grupo etario ya mencionado y 12 casos de LIEAG se encontró en el grupo etario mayor de 50 años (Análisis de los pacientes que tienen las 3 pruebas:109 casos).

5.2 RECOMENDACIONES.

- Al no tener una buena concordancia se recomienda a dar énfasis a los factores de riesgo o antecedentes de la paciente, en especial en aquellas pacientes que tienen resultados anteriores de Papanicolaou anómalos.
- Se recomienda investigar cuales son los motivos porque hay una baja concordancia de las pruebas de Papanicolaou y colposcopia con la biopsia.
- De las 2 pruebas el que tiene una mayor correlación con la Biopsia es la colposcopia, pero aun así sigue siendo baja su asociación se recomienda tener en cuenta en hacer una buena historia clínica y dar énfasis en los puntos ya mencionado (factores de riesgo, antecedentes) para poder dar un diagnóstico oportuno y preventivo.

- Recomendamos que se lleve estudios o investigaciones para determinar por qué la especificidad de la colposcopia y Papanicolaou resulto baja a comparación de la literatura.
- Para hallar con exactitud la sensibilidad y especificidad de las pruebas, se recomienda estudios con una muestra mayor ya que lo encontrado en la investigación es un hallazgo secundario a través de un sesgo.
- En los resultados que tuvimos en el grupo etario hay pacientes menores de 19 años y recomendamos investigar el motivo de la aparición de casos en edades tempranas.

BIBLIOGRAFÍA.

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. GLOBOCAN 2012. Estimated cancer incidence, mortality, prevalence and disability-adjusted life years worldwide in 2008. [sede web] Washington 2012 WHO. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer incidence and mortality world-wide: IARC Cancer Base No. 10 [Internet]. Lyon, France: Inter-national Agency for Research on Cancer; 2010.: Disponible en: <http://globocan.iarc.fr>
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cáncer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010;127(12):2893-917.
4. Parkin DM, Ferlay J, Curado MP, Bray F, Edwards B, Shin HR, et al. Fifty years of cancer incidence: C15 I-IX. Int J Cancer 2010; 127(12):2918-27. doi: 10.1002/ijc.25517.
5. Publicación OPS: Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Prevención y el Control del Cáncer Cervicouterino. 2008; CD48/6.
6. Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D.M., Forman, D., Bray, F.: GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [online]. International Agency for Research on Cancer, Lyon (France) 2013. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/cervix-new.asp>
7. Perú. Dirección General de Epidemiología. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú. Lima: MINSA; 2013.
8. Moncayo Pilataxi MA. Lesiones intraepiteliales escamosas de cérvix de bajo grado, diagnosticadas por citología y su correlación histopatológica mediante biopsia, en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Riobamba, período Julio 2012 –

- Junio 2013. [Tesis Bachillerato]. Riobamba. Universidad Nacional de Chimborazo. 2014
9. Vindel Hernández A. Correlación Cito – Histológica de las lesiones cervicales en el Hospital Dr. Roberto Calderón Gutiérrez en el periodo de Octubre del 2011 - Diciembre 2012. [Tesis Especialidad]. Managua. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan- Managua. 2013
 10. Ortega Ruiz AM. Correlación Cito-Histológica de lesiones intraepiteliales escamosas cervicales de bajo y alto grado con infección por virus del papiloma humano en pacientes que acuden a la Clínica de Displasias del Hospital Materno Infantil Issemym en el periodo comprendido del 01 de Enero del 2012 al 31 de Octubre del 2012. [Tesis especialidad]. Toluca. Universidad Autónoma del Estado de México. 2013
 11. García López A. Concordancia citológica, histológica y colposcópica en el diagnóstico de lesión intraepitelial cervical y factores de riesgo asociados en el Hospital General de Naucalpan del 2008 al 2011. [Tesis especialidad]. Toluca. Universidad Autónoma del Estado de México 2013.
 12. Clark Rosales SJ. Concordancia Cito-histológica en el diagnóstico de Neoplasias Escamosas de Cuello Uterino. Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, Managua, Nicaragua. Enero a Diciembre 2015. [Tesis Bachillerato]. Managua. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. 2016.
 13. Morales León JF. Correlación cito-histológico en el diagnóstico de las lesiones intraepiteliares epidermoides cervicouterinos. Hospital José Carrasco Arteaga 2011. [Tesis Bachillerato]. Cuenca. Universidad del Azuay. 2012
 14. Rojas Mendoza G, Córdova Uscanga C, Sánchez López y Paulín J. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial

- Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. Rev Esp Med Quir 2012. ;17(2):76-80
15. Solís Gracia E, Méndez Padilla W, Sánchez Fernández OE, Tolentino López J, García Martínez MdC, Pavón Vargas MdlÁ. Análisis de los resultados citológicos de un programa de detección de cáncer cervico uterino en una comunidad sub-urbana del estado de Puebla. Arch Med Actual Trac Gen Inf 2013; 5 (9)
 16. Tartabull Sánchez G, Scull Villegas C, Duarte Vilariño A, López Baró D, Sosa Sánchez D. Cytohistological correlation of cervical intraepithelial lesions. MediCiego [Internet];19(1). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/269>.
 17. Bocanegra Flores kA. Grado de confiabilidad de las pruebas de Tamizaje pap e ivaa en comparación con las muestras anatomopatológicas - biopsia, para la identificación de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio de prevención de cáncer de cuello uterino, Hospital Amazónico -Pucallpa, Enero 2013 – Diciembre 2014. [Tesis Bachillerato]. Tarapoto. Universidad Nacional de San Martin.2015
 18. Valerio Ventocilla GI. Valoración de la citología y la colposcopia como pruebas de detección precoz del cáncer de cuello uterino en pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis Bachillerato]. Lima. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. 2012
 19. Yoshikazu O, Yumiko T, Masato N. MR Imaging of the Uterine Cervix: Imaging-Pathologic Correlation. Radiographics 2003; 23: 425-45.
 20. Warren JB, Gullett, H, King V. Cervical Cancer Screening and Update Guidelines.2009 Primare Care: Clinics in Office Practice 2009; 36.
 21. DiMaio D. Transforming activity of bovine and human papillomavirus in cultured cells. Adv Cancer Res 1991;56:133-159.
 22. Turek LP, Smith EM. The genetic program of genital human papillomaviruses in infection and cancer. Obstet Gynecol Clin NA 1996;23:735- 758.

23. Pagano M, Dürst M, Joswig S, Draetta G, Jansen-Dürr P. Binding of the human E2F transcription factor to the retinoblastoma protein but not to cyclin a is abolished in HPV-16-immortalized cells. *Oncogene* 1992;7:1681-1686.
24. Nevins JR. Transcriptional regulation: a closer look at E2F. *Nature* 1991;358:375-376.
25. Klingelutz AJ, Foster SA, McDougall JK. Telomerase activation by the E6 gene product of human papillomavirus type 16. *Nature* 1996;380:79-82.
26. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino Guía de prácticas esenciales. 2015
27. Muñoz N, Bosch FX, de Sanjosé S, Herrero R, Castellsagué X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348: 518-27.
28. Lacruz CP, Di Martino BO, Alvares EF. Incidencia de los diferentes tipos de papiloma virus humano (HPV) en las lesiones escamosas del cervix uterino. *Rev Esp Patol* 2003; 36:179-84.
29. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, Greenberg MD, Lancaster W, Kurman RJ, et al. Human Papillomavirus infection of the cervix: Relative risk associations of 15 common anogenital types. *Obstet Gynecol* 1992; 79:328-37.
30. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Peru. (2010).
http://www.who.int/hpvcentre/statistics/dynamic/ico/country_pdf/PER.pdf.
31. Valderrama M, Campos FE, Cárcamo CP, García PJ. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2007;24(3):234-39.

32. Almonte M, Ferreccio C, Gonzales M, Delgado JM, Buckley CH, Luciani S, et al. Risk factors for high-risk human papillomavirus infection and cofactors for high-grade cervical disease in Peru. *Int J Gynecol Cancer*. 2011;21(9):1654-63.
33. Stanley M, Pinto LA, Trimble C. Human papillomavirus vaccines — immune responses. *Vaccine*. 2012;30 Suppl 5:F83–7.
34. De Sanjose S, Quint WG, Alemany L, Geraets DT, Klaustermeier JE, Lloveras B, et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: A retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol*. 2010;11: 1048–50.
35. Forman D, de Martel C, Lacey CJ, Soerjomataram I, Lortet-Tieulent J, Bruni L, et al. Global burden of human papillomavirus and related diseases. *Vaccine*. 2012;30 Suppl 5: F12–20.
36. Garland SM, Steben M, Sings HL, James M, Lu S, Railkar R, et al. Natural history of genital warts: Analysis of the placebo arm of 2 randomized phase iii trials of a quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) vaccine. *J Infect Dis*. 2009;199:805–10.
37. Cox JT. Management of women with cervical cancer precursor lesions. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2002;29:787-816.
38. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N, Meijer CJL, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
39. Apgar BS, Brotzman G. HPV testing in the evaluation of the minimally abnormal Papanicolau smear. *Am Fam Physician* 1999;59:2794-801.
40. Hart KW, Williams OM, Thelwell N, Fiander AN, Brown T, Borysiewicz, et al. Novel method for detection, typing and quantification of human papillomaviruses in clinical samples. *J Clin Microbiol* 2001;39:3204-12.
41. Meijer CJ, Snijders PJ, van den Burle AJ. Screening for cervical cancer: should we test for infection with highrisk HPV? *CMAJ* 2000;163:535-8.

42. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003;348:518-27.
43. Nonenmacher B, Breitnebach V, Villa LL, Prolla JC, Bozzetti MC. Identificação do papilomavírus humano por biología molecular em mulheres assintomáticas. *Rev Saúde Pública* 2002;36:59-100.
44. Bosch FX, Manos MM, Muñoz M, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International Biological Study on Cervical Cancer (I BSCC) Study Group. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:796-802.
45. Schlecht NF, Kulaga S, Robitaille J, Ferreira S, Santos M, Miyamura RA, et al. Persistent human papillomavirus infection as a predictor of cervical intraepithelial neoplasia. *JAMA* 2001;286:3106-14.
46. de San José, Palacio V, Tafur LA, Vázquez S, Espitia VE, Vázquez F, et al. Prostitution, HIV, and cervical neoplasia: a survey in Spain and Colombia. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 1993;2:531-5.
47. Molano M, Posso HJ, Weiderpass E, van den Brule AJ, Ronderos M, Franceschi S, et al. Prevalence and deter minants of HPV infection among Colombian women
48. Tran-Thanh D, Provecher D, Koushik A, Duarte-Franco E, Kessous A, Drouin P, et al. Herpes simplex virus type II is not a cofactor to human papillomavirus in cancer of the uterine cervix. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:129-34.
49. Anttila T, Saikku P, Koskela P, Bloigu A, Dillner J, Ikaheimo I, et al. Serotypes of Chlamydia trachomatis and risk of development of cervical squamous cell carcinoma. *JAMA* 2001;285:47-51.
50. Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, et al. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA* 2000; 283:1031-7.

51. Castañeda-Iñiguez MS, Toledo-Cisneros R, Aguilera- Delgadillo M. Factores de riesgo para cáncer cervicouterino en mujeres de Zacatecas. *Salud Pública Méx* 1998;40:330-8.
52. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002;359:1093-101.
53. Thun MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: confounding in the courtroom. *JAMA* 2000;284:706-12.
54. Moreno V, Bosch FX, Muñoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, et al. Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002;359:1085-92.
55. Jhingran A. Abeloff: *Abeloff's Clinical Oncology*. 4th. Ed. Chap. 91. Cancers of the cervix, vulva, and vagina; 2008.
56. Yoshikazu O, Yumiko T, Masato N. MR Imaging of the Uterine Cervix: Imaging- Pathologic Correlation. *Radiographics* 2003; 23: 425-45.
57. Pannu HK, Corl FM, Fishman EK. PET/CT evaluation of cervical cancer: spectrum of disease. *RadioGraphics* 2001; 21:1155-68.
58. Seguro social de salud. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA CÁNCER DE CUELLO UTERINO. Lima.2011
59. Koss LG. *Aspiration Biopsy. Cytological Interpretation and Histologic Base*. 2ª edición, New York. 1992 pp5-6.
60. World Health Organization. Cytology screening. [Revista en línea] accesada el 24/11/16, accesible en www.who.int/entity/cancer/detection/cytology_screen/en/index.html.
61. Solomon D, Nayar R. *El Sistema Bethesda para informar la citología cervical*. 1.a ed. Buenos Aires: Journal; 2005.
62. Mossetti C, De Palo G. La colposcopia ayer y hoy. En: De Palo G, editor. *Colposcopia y patología del tracto genital inferior*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1992.

63. Julian TM. Manual de colposcopia clínica. Madrid: Parthenon Publishing Group, 2000;pp:56-72.
64. StafI A. Colposcopy. Clin Obstet Gynecol 1975;18.
65. StafI A. Obstet Gynecol 1976;48.
66. Organización Panamericana de la Salud. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes.2003.

ANEXOS.

ANEXO 1 MATRIZ DE OPERALIZACIÓN DE VARIABLES.

Tema: Correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de ginecológico-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue enero-junio 2016.

| VARIABLE INDEPENDIENTE Cáncer del cuello uterino | | | |
|--|--------------|--------------------------|--------------------------------|
| Indicador | ITEMS | Nivel de medición | Instrumento |
| Cáncer. | Si No | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |

| VARIABLE DEPENDIENTE Papanicolaou o prueba citológica | | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------------|
| Indicador | ITEMS | Nivel de medición | Instrumento |
| Resultados de la prueba. | Negativo. | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | ASCUS (Células escamosas atípicas indeterminado). | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | LIEBG (Lesión intraepitelial de bajo grado). | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | LIEAG (Lesión intraepitelial de alto grado). | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | Cáncer infiltrante. | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| VARIABLE DEPENDIENTE Colposcopia | | | |
| Indicador | ITEMS | Nivel de medición | Instrumento |
| Resultados de la prueba. | Negativo. | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |

| | | | |
|---------------------------------|---|--------------------------|--------------------------------|
| | LIEBG (Lesión intraepitelial de bajo grado). | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | LIEAG (Lesión intraepitelial de alto grado). | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | Cáncer infiltrante. | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| VARIABLE DEPENDIENTE | | | |
| Biopsia | | | |
| Indicador | ITEMS | Nivel de medición | Instrumento |
| Resultados de la prueba. | Negativo. | Nominal. | Ficha de recolección de datos. |
| | LIEBG (Lesión intraepitelial de bajo grado). | | |
| | LIEAG (Lesión intraepitelial de alto grado). | | |
| | Cáncer infiltrante. | | |

ANEXO 2: INSTRUMENTO.



**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN
BAUTISTA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**CORRELACIÓN DE LAS PRUEBAS CITO-HISTOLÓGICA EN EL
DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO REALIZADO EN EL
CONSULTORIO EXTERNO DEL SERVICIO DE GINECOLÓGICO-OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE ENERO-JUNIO 2016.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1 EDAD:

A 1-19 años

B 20-34 años

C 35-49 años

D Mayor de 50 años

2 PRUEBAS CITO-HISTOLÓGICA:

A Papanicolaou o prueba citológica:

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Negativo | <input type="checkbox"/> |
| ASCUS | <input type="checkbox"/> |
| LIEBG | <input type="checkbox"/> |
| LIEAG | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer infiltrante. | <input type="checkbox"/> |

B Colposcopia:

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Negativo | <input type="checkbox"/> |
| LIEBG | <input type="checkbox"/> |
| LIEAG | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer infiltrante. | <input type="checkbox"/> |

C Biopsia

| | |
|------------------------|--------------------------|
| Negativo | <input type="checkbox"/> |
| LIEBG | <input type="checkbox"/> |
| LIEAG | <input type="checkbox"/> |
| Cáncer infiltrante. | <input type="checkbox"/> |

ANEXO 3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS.



FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DE EXPERTOS

APRECIACIÓN DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

| Nº | ASPECTOS A CONSIDERAR | Expertos | | | | | |
|----|--|----------|----|----|----|----|----|
| | | A | | B | | C | |
| | | Si | No | Si | No | Si | No |
| 1 | La Ficha de recolección de datos tiene una estructura lógica | X | | X | | X | |
| 2 | La secuencia de los ítems es optima | X | | X | | X | |
| 3 | Los ítems reflejan la problemática de la investigación | X | | X | | X | |
| 4 | La Ficha de recolección de datos permite el análisis de la problemática de la investigación. | X | | X | | X | |
| 5 | Los ítems nos ayudan a definir las variables e indicadores | X | | X | | X | |
| 6 | Los ítems nos permite a elaborar y contrastar la hipótesis | X | | X | | X | |
| 7 | Los ítems facilitan la recolección de datos necesarios para la investigación | X | | X | | X | |

| LISTA DE LOS EXPERTOS DEL TEMA | |
|--------------------------------|--|
| Nº | Firma |
| 1 | <p>Romulo Panzque Fernandez</p> <p>MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO URBANE" DR. ROMULO PANZQUE FERNANDEZ C.M.P. N° 4877 - R.N.E. 495648 Médico jefe de Servicio Ginecología y Obstetricia Médico Quirúrgico</p> |
| 2 | <p>J. Mauricio De La Gala De Los Santos</p> <p>J. Mauricio De La Gala De Los Santos MEDICO - GINECO OBSTETRA CMP 51047 RNE 829204</p> |
| 3 | <p>Jose Luis Lujan Rodriguez</p> <p>Dr. José Luis Lujan Rodríguez C.M.P. 14974 RNE: 20600 DPTO. DE GINECO - OBSTETRICIA HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO URBANE</p> |

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA.

Tema: Correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de ginecológico-obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.

| PROBLEMAS | OBJETIVOS | HIPÓTESIS | VARIABLES E INDICADORES |
|---|---|---|---|
| <p>Problema General</p> <p>1 ¿Cuál es la correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016?</p> | <p>Objetivo general</p> <p>1 Determinar la correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.</p> | <p>Hipótesis General</p> <p>Existe correlación de las pruebas cito-histológica en el diagnóstico de cáncer de cuello uterino realizado en el consultorio externo del servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.</p> | <p>Variable Independiente</p> <p>Cáncer del cuello uterino.</p> <p>Indicadores:</p> <p>Si</p> <p>No</p> |

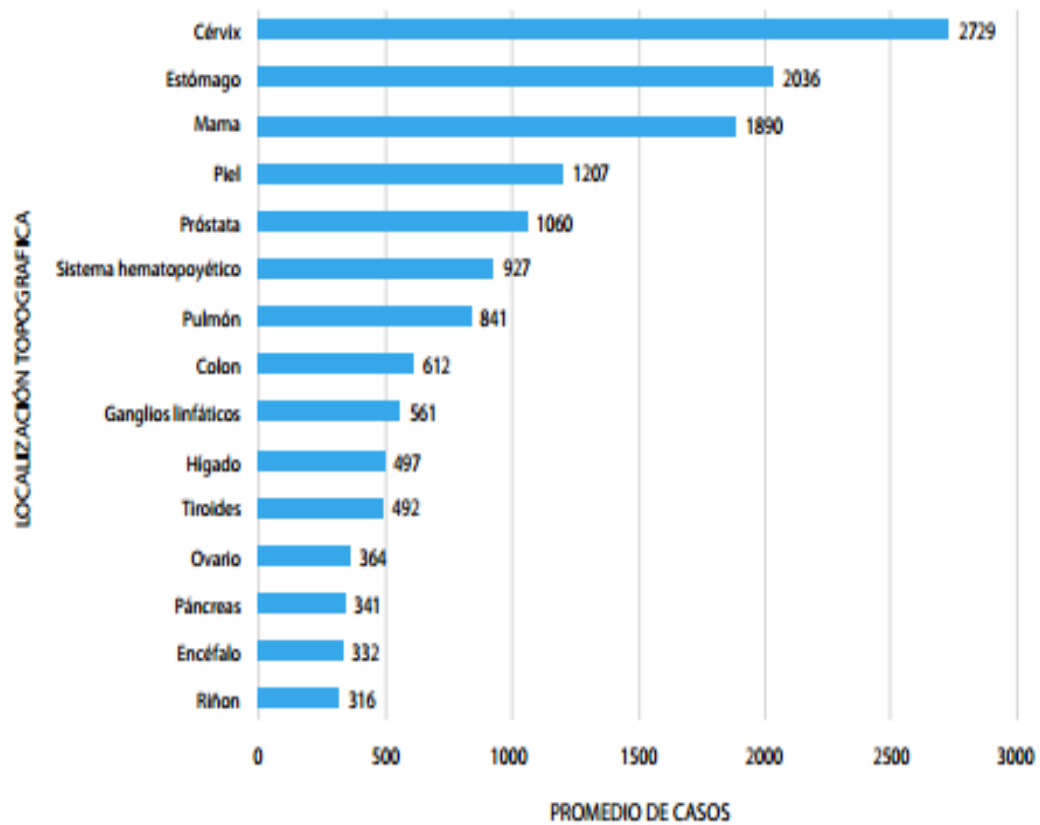
| Problemas Específicos | Objetivos Específicos | Hipótesis Específicas | Variable Dependiente |
|--|---|---|---|
| <p>1 ¿Cuáles son los grupos etarios de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>1 Indicar los grupos etarios de los pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>1 Existe relación de los grupos etarios con las pruebas de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>Papanicolaou Colposcopia. Biopsia. Indicadores. Para todos se utilizará la nomenclatura del Sistema Bethesda: 1 Negativo 2 ASCUS: Células escamosas atípicas indeterminado. 3 LIEBG: Lesión intraepitelial de bajo grado. 4 LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado. 5 Cáncer infiltrante.</p> |
| <p>2 ¿Cuál es la distribución de las edades de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>2 Indicar la distribución de las edades de los pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>2 Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | |
| <p>3 ¿Cuáles son los hallazgos citológicos de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>3 Determinar los hallazgos citológicos de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018</p> | | |
| <p>4 ¿Cuáles son los hallazgos colposcopia de las pacientes en el servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>4 Determinar los hallazgos colposcopia de las pacientes del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>3 Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>5 ¿Cuáles son los hallazgos de las biopsias de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>5 Determinar los hallazgos de las biopsias de las pacientes en el consultorio externo Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>4 Existe correlación entre los hallazgos de Colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | |
| <p>6 ¿Cuál es la relación de los grupos etarios con las pruebas de Papanicolaou, colposcopia y biopsia en el consultorio externo de las pacientes del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>6 Determinar la relación de los grupos etarios con las pruebas de Papanicolaou, colposcopia y biopsia en el consultorio externo de las pacientes del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>5 Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | |
| <p>7 ¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>7 Determinar la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y colposcopia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | <p>5 Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | |
| <p>8 ¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en Enero-Junio 2018?</p> | <p>8 Determinar la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue en Enero-Junio 2018.</p> | <p>5 Existe correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>9 ¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>9 Determinar la correlación entre los hallazgos de Colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | | |
| <p>10 ¿Cuál es la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018?</p> | <p>10 Determinar la correlación entre los hallazgos de Papanicolaou, colposcopia y biopsia de las pacientes en el consultorio externo del servicio Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2018.</p> | | |

| Diseño metodológico | Población y Muestra | Técnicas e Instrumentos |
|---|---|---|
| <p>1 Nivel. Correlación.</p> <p>2 Tipo de Investigación. Observacional. Descriptivo. Retrospectiva. Tranversal.</p> | <p>Población: Pacientes del consultorio externo de Ginecología-obstetricia de Hospital Nacional Hipólito Unanue Enero-Junio 2016.</p> <p>N: 225 pacientes (total).</p> <p>Criterios de Inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes con sospecha o diagnóstico clínico de lesión premaligna o cáncer del cuello uterino. - Pacientes con antecedente de un Papanicolaou anormal. - Pacientes que se realizan las pruebas de citología, Papanicolaou y biopsia. <p>Criterios de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se considera a las pacientes que solo se realiza una prueba. - No se toma en cuenta aquellas historias clínicas de las pacientes cuyos resultados no son legibles. <p>N: 217 (Población objetiva).</p> <p>Tamaño de muestra: 217 casos.</p> | <p>Técnica. Análisis documental.</p> <p>Instrumento. Ficha de recolección de datos.</p> |

ANEXO 5 CASOS DE CÁNCER EN PERÚ 2006-2011.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

ANEXO 6: SISTEMA BETHESDA.

Anormalidades de las células epiteliales escamosas:

- A. Células escamosas atípicas (ASC).
 - 1. Células escamosas atípicas de significancia no Determinadas (ASC-US).
 - ASC-US (Atypical squamous cells of undetermined Significance) células escamosas atípicas de significado Indeterminado o incierto.
 - No puede excluirse HSIL (ASC-H).
 - 2. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (L-SIL o LIEBG).
 - Virus papiloma humano.
 - Displasia leve (CIN 1 o NIC 1).
 - 3. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (H-SIL o LIEAG).
 - Displasia moderada (CIN 2 o NIC 2).
 - Displasia severa (CIN 3 o NIC 3).
 - Carcinoma in situ.
 - 4. Carcinoma escamoso o cáncer infiltrante.
- B. Células glandulares atípicas (AGC).
 - Endocervicales.
 - Endometriales.
 - Glandulares.

Fuente: Salomon D, et al. The 2001 Bethesda System. JAMA. 2002.

ANEXO 7: CATALOGO DE DESCUBRIMIENTOS ANÓMALOS DE COLPOSCOPIA SEGÚN ÍNDICE DE REID.

| CARACTERÍSTICA | 0 PUNTOS | 1 PUNTO | 2 PUNTOS |
|---|---|---|---|
| Color del área acetoblanca (AB). | Acetoblanqueo de baja intensidad; AB indistinto; AB Transparente; AB que excede la zona de transformación. | AB blanco grisáceo con superficie brillante. | Blanco nacarado mate; gris. |
| Margen de la lesión AB y configuración superficial. | Bordes en forma de pluma; lesiones angulosas, melladas; lesiones planas con bordes mal definidos; superficie microcondilomatosa o micropapilar. | Lesiones regulares, de contornos netos y rectilíneos. | Bordes dehiscentes, enrollados; demarcación internas (área central de cambio de alto grado y zona periférica de cambio de bajo grado). |
| Vasos. | Vasos fino/uniformes; patrones escasamente formados de punteado fino o mosaico fino; vasos que exceden el borde de la zona de transformación; vasos finos dentro de las lesiones microcondilomatosa o micropapilar. | Vasos ausentes. | Mosaico o punteado bien definidos y gruesos. |
| Tinción del yodo. | Captación positiva de yodo que confiere al tejido un color castaño-caoba; captación negativa de lesiones calificadas de 3 puntos o menos en los tres criterios precedentes. | Captación parcial del yodo por una lesión calificada con 4 o más puntos en los tres criterios precedentes; aspecto moteado, jaspeado. | Captación de yodo negativa por una lesión calificada con 4 o más puntos en los tres criterios precedentes.. |
| NOTA. | 0-2: PUEDE SER NIC 1. | 3-4: PUEDE SER NIC 1-2. | 5-8: PUEDE SER NIC 2-3. |

Fuente: Adaptado de Copleson *et al.*, 199.

**ANEXO: 8 NOMENCLATURAS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA
CITOLOGÍA CERVICAL.**

| TERMINOLOGÍA DE DISPLASIA | TERMINOLOGÍA NIC | TERMINOLOGÍA NIC MODIFICADA | BETHESDA |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Normal. | Normal. | Normal. | Negativo para lesión intraepitelial. |
| Atipia. | Atipia coilocítica, condiloma plano. | NIC de bajo grado. | ASCUS/ASC-H. |
| Displasia leve. | NIC I. | NIC de bajo grado. | L-LIE o LIEBG. |
| Displasia moderada. | NIC II. | NIC de alto grado. | H-LIE o LIEAG. |
| Displasia severa. | NIC II. | NIC de alto grado. | H-LIE o LIEAG. |
| Carcinoma in situ. | NIC III. | NIC de alto grado. | H-LIE o LIEAG. |
| Carcinoma invasivo. | Carcinoma invasivo | Carcinoma invasivo. | Carcinoma epidermoide o escamoso invasivo. |

Fuente: Rosa y Mohammad; 2007:3.

ANEXO 9: ÍNDICE DE KAPPA. FUERZA O GRADO DE CONCORDANCIA.

| Coefficiente Kappa | Fuerza de la concordancia |
|---------------------------|----------------------------------|
| 0,00 | Pobre (Poor). |
| 0,01-0,20 | Leve (Slight). |
| 0,21-0,40 | Aceptable (Fair). |
| 0,41-0,60 | Moderada (Moderate). |
| 0,61-0,80 | Considerable (Substantial). |
| 0,81-1,00 | Casi perfecta (Almost perfect). |

Fuente: Landis J, Koch G: The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977.

ANEXO 10: SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE PAPANICOLAOU Y COLPOSCOPIA.

| | | | |
|-----------|---------------|---------------|-----|
| Biopsia \ | Positivo PAP. | Negativo PAP. | |
| Positivo. | 63 | 8 | 71 |
| Negativo. | 32 | 6 | 38 |
| | 95 | 14 | 109 |

| | | | |
|-----------|-----------------------|----------------------|-----|
| Biopsia \ | Positivo Colposcopia. | Negativo Colposcopia | |
| Positivo. | 68 | 3 | 71 |
| Negativo. | 38 | 0 | 38 |
| | 106 | 3 | 109 |

Fuente: Datos estadísticos de la investigación

| Estado respecto a la enfermedad según el estándar de oro | a la enfermedad según el estándar de oro | |
|--|--|--------------------------|
| | Enfermo. | Sano. |
| Resultado de la prueba de estudio. | | |
| Positivo. | Verdadero positivo (VP). | Falso positivo (FP). |
| Negativo. | Falso negativo (FN). | Verdadero negativo (VN). |

Sensibilidad:

$$VP / (VP + FN)$$

Especificidad:

$$VN / (FP + VN)$$

Fuente: Medina María Camila. Generalidades de las pruebas diagnósticas. rev.colomb.psiquiater. 201; 40(4).

