

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA RECIDIVA DE DISPLASIA  
DE CÉRVIX EN PACIENTES POST OPERADAS DEL HOSPITAL CARLOS  
LANFRANCO LA HOZ, PERIODO 2010-2017.**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**RODRIGUEZ ACOSTA KATHERINE ADRIANA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE**

**MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA-PERÚ**

**2018**

**ASESOR**

Dr. Bryson Malca Walter

## **AGRADECIMIENTO**

Al Dr. Bryson Malca Walter, mi asesor, gracias por el tiempo, profesionalismo y enseñanza.

A todos mis docentes y compañeros que con mucha paciencia me han apoyado en el desarrollo mi tesis.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, hermanos y abuelos, por ser quienes me inspiran a luchar día a día y me motivan a lograr mis sueños. A mis tías por su apoyo y confianza en todo lo necesario para cumplir mis objetivos como persona y profesional.

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Se define como displasia cervical a los cambios anormales que se produce en las células del cuello uterino, a pesar de que no entran en la categoría de cáncer se consideran lesiones pre cancerosas. Entre los principales factores se encuentran la promiscuidad sexual, inicio temprano de la primera relación sexual, multiparidad, inmunodepresión, tabaquismo.

**OBJETIVO:** Determinar los factores de riesgo asociados a la recidiva displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** La presente investigación es de tipo analítico, de alcance observacional, de casos y controles con un nivel de investigación correlacional. Se utilizó como muestra a 11 casos y 22 controles.

**RESULTADOS:** Se encontró que del total de pacientes con recidiva, la mayoría (72.7%) tuvieron una edad de entre 16 a 18 años en que iniciaron sus relaciones sexuales; respecto a la paridad la mayoría (54.5%) fueron secundíparas; con relación al número de parejas sexuales se encontró que la mayoría (54.5%) tuvieron 2 parejas mientras; con respecto a la citología el (72.7%) de ellos se practicaron el papanicolaou con resultado ASGUS; respecto al uso de colposcopia se encontró que la mayoría (72.7%) presentó un NIC 1, asimismo un (72.7%) presentaron bordes comprometidos.

**CONCLUSIONES:** Se encontró una relación significativamente estadística entre la recidiva y la paridad, uso de papanicolaou, uso de colposcopia y la aparición de bordes comprometidos. Asimismo, el factor edad y el número de parejas sexuales no presentan una asociación de significancia.

**PALABRAS CLAVE:** *Papanicolaou, colposcopia, paridad, displasia.*

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Cervical dysplasia is defined as the abnormal changes that occur in the cells of the cervix, although they do not fall into the category of cancer are considered pre cancerous lesions. Among the main factors are sexual promiscuity, early onset of first sexual intercourse, multiparity, immunosuppression, smoking.

**OBJECTIVE:** To determine the risk factors associated with recurrence of cervical dysplasia in post-operated patients of the National Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, period 2010-2017.

**MATERIAL AND METHODS:** The present investigation is of analytical type, of observational scope, of cases and controls with a level of correlational investigation. We used 11 cases and 22 controls as a sample.

**RESULTS:** It was found that of the total number of patients with recurrence, the majority (72.7%) were between 16 and 18 years old when they began their sexual relations; Regarding parity, the majority (54.5%) were secondaries; in relation to the number of sexual partners it was found that the majority (54.5%) had 2 couples while; with regard to cytology, (72.7%) of them underwent pap smears with ASGUS results; Regarding the use of colposcopy, it was found that the majority (72.7%) presented a CIN 1, and one (72.7%) presented compromised borders.

**CONCLUSIONS:** A statistically significant relationship was found between recurrence and parity, use of pap smears, use of colposcopy and the appearance of compromised borders. Likewise, the age factor and the number of sexual partners do not present an association of significance.

**KEY WORDS:** *Papanicolaou, colposcopy, parity, dysplasia.*

## INTRODUCCIÓN

La displasia de cuello uterino es considerada un grave problema en la salud a nivel mundial, cuando se habla de ella se refiere a los cambios anormales producidas en las células en la superficie del cuello uterino. A pesar de no definirse como cáncer se puede considerar un estadio precanceroso. Entre sus principales factores de riesgo se encuentran la promiscuidad, el inicio temprano de la primera relación sexual, multiparidad, inmunodeficiencia, hábitos de fumar, etc.

El capítulo I se enfoca a exponer la problemática base de la investigación. En la cual se menciona la situación a nivel mundial, nacional y regional, además de observar los factores de riesgo que se presentan con mayor frecuencia en la actualidad.

El capítulo II plasma la bibliografía utilizada para sentar las bases teóricas y a su vez identifica los principales antecedentes que siguen una rama de investigación similar a la nuestra.

El capítulo III muestra el tipo de metodología que utilizamos para llevar a cabo nuestro estudio, así como especificar el nivel de la investigación y la muestra a utilizar. También se menciona los criterios de inclusión y exclusión utilizados para la elección de los sujetos del estudio.

El capítulo IV luego de la ejecución de la investigación se da a conocer los resultados, obteniendo respuesta a las interrogantes y objetivos de la investigación, así como también analizó las similitudes y discrepancias encontradas con nuestros antecedentes.

Para concluir, en el capítulo V luego del correspondiente análisis a la información encontrada se sugirió premisas e ideas clave para el manejo del problema.



## ÍNDICE

<b>CARÁTULA</b> .....	<b>I</b>
<b>ASESOR</b> .....	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>III</b>
<b>DEDICATORIA</b> .....	<b>IV</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>V</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>VII</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>VIII</b>
<b>LISTA DE TABLAS</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>X</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	<b>XI</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	1
1.2.1.Problema general .....	1
1.2.2.Problema específico .....	2
1.3. Justificación.....	2
1.4. Delimitación del área de estudio .....	3
1.5. Limitaciones de la investigación .....	3
1.6. Objetivos .....	3

1.6.1.Objetivo General .....	3
1.6.2.Objetivo Específico.....	3
1.7. Propósito .....	4
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes bibliográficos .....	5
2.2. Bases Teóricas .....	7
2.3. Marco Conceptual.....	16
2.4. Hipótesis .....	17
2.4.1.Hipótesis General.....	17
2.4.2.Hipótesis Específico .....	18
2.5. Variables.....	18
2.6. Definición operacional de términos.....	18
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
3.1. Diseño Metodológico .....	19
3.1.1.Tipo de Investigación.....	19
3.1.2. Nivel de Investigación.....	19
3.2. Población y muestra .....	19
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	20
3.4. Diseño de recolección de datos .....	20
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	21

**CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1. Resultados ..... 22

4.2. Discusión ..... 31

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1. Conclusiones ..... 34

5.2. Recomendaciones ..... 35

**BIBLIOGRAFÍA ..... 36**

**ANEXOS..... 43**

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 1 Factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.....</b>	<b>22</b>
<b>TABLA 2 Recidiva según edad .....</b>	<b>23</b>
<b>TABLA 3 Recidiva según paridad.....</b>	<b>24</b>
<b>TABLA 4 Recidiva según inicio de relaciones sexuales .....</b>	<b>25</b>
<b>TABLA 5 Recidiva según número de parejas.....</b>	<b>26</b>
<b>TABLA 6 Recidiva según resultados de papanicolaou .....</b>	<b>27</b>
<b>TABLA 7 Recidiva según resultados de colposcopia .....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 8 Frecuencia de recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.....</b>	<b>29</b>
<b>TABLA 9 Recidiva según bordes comprometidos.....</b>	<b>30</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b>	<b>Recidiva según edad.....</b>	<b>23</b>
<b>GRÁFICO 2</b>	<b>Recidiva según paridad .....</b>	<b>24</b>
<b>GRÁFICO 3</b>	<b>Recidiva según inicio de relaciones sexuales .....</b>	<b>25</b>
<b>GRÁFICO 4</b>	<b>Recidiva según número de parejas .....</b>	<b>26</b>
<b>GRÁFICO 5</b>	<b>Recidiva según resultados de papanicolaou .....</b>	<b>27</b>
<b>GRÁFICO 6</b>	<b>Recidiva según resultados de colposcopia .....</b>	<b>28</b>
<b>GRÁFICO 7</b>	<b>Frecuencia de recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.....</b>	<b>29</b>
<b>GRÁFICO 8</b>	<b>Recidiva según bordes comprometidos .....</b>	<b>30</b>

## LISTA DE ANEXOS

<b>ANEXO 1 Operacionalización de variables.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO 2 Instrumento .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXO 3 Validez de instrumentos .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO 4 Matriz de consistencia .....</b>	<b>53</b>

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El cáncer está considerado como una enfermedad no transmisible y es una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En la población femenina el cáncer cérvico uterino ocupa el segundo lugar en número de muertes solo después del cáncer de mama <sup>(1)</sup>.

En el Perú del año 2012 hubo 463 613 casos y 1715 muertes por cáncer de cuello uterino lo que hace de esta patología una brutal amenaza para la salud de la mujer peruana, convirtiéndola así en un problema de salud pública en nuestro medio <sup>(2)</sup>.

La displasia de cuello uterino es la lesión pre maligna para el desarrollo de este tipo de cáncer, y tiene como etiología el virus del papiloma humano, específicamente los serotipos 16,18 31 y 45 <sup>(3)</sup>.

Si bien la utilización de la conización del cuello uterino como método diagnóstico definitivo y a la vez terapéutico es ampliamente utilizada existen discrepancias, especialmente en cuanto a la enfermedad residual tras la realización del cono, siendo esta uno de los principales factores que se nombra como riesgo para la recidiva de la enfermedad a corto, mediano y largo plazo <sup>(4)</sup>.

Por lo expuesto se plantea la necesidad de realizar un estudio donde se examine a fondo la recidiva de la lesión displásica tras la realización del procedimiento de conización del cuello uterino y los factores a considerar de riesgo para que ocurra este evento.

### **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL**

- ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?

### 1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?
- ¿Cuál es la frecuencia de recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?
- ¿Cuál es el compromiso de los márgenes endocervicales y exocervicales en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

**Social:** El número de muertes que cobra año a año el cáncer de cuello uterino en nuestra población es elevado, identificar la lesión en sus estadios pre malignos como es el caso de a displasia, ha ayudado a disminuir el número de casos , sin embargo permanecen elevadas pese a todos los esfuerzos realizados , una posible arista que podría influir en esto sería la recidiva de la lesión luego de los procedimientos instaurados, es ahí la importancia de realizar este estudio, investigar los posibles factores de riesgo para después de aplicar medidas correctivas a los protocolos ya existentes y mejorar el pronóstico de las pacientes en este diagnóstico.

**Teórica:** La presente investigación se justifica ya que, si bien esta patología ya es estudiada ampliamente, no se cuentan con muchos estudios que muestren datos de poblaciones que acuden a centros de salud privados, quedando así en el sesgo estadístico de la mayoría de las investigaciones.

**Clínica:** Realizar un estudio de los factores de riesgo asociado a la recidiva de lesiones displásicas de cérvix ayudaría tanto a mejorar la



toma de decisiones en el día a día de la práctica médica y a dar una mejor orientación en cuanto al pronóstico de aquellas pacientes que acudan a la consulta y que tengan este diagnóstico.

#### **1.4. DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO**

- **Delimitación espacial:** Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- **Delimitación temporal:** Periodo comprendido entre el año 2010 hasta el 2017.
- **Delimitación social:** Pacientes post operadas del servicio de ginecología oncológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.
- **Delimitación conceptual:** Recidiva de displasia de cuello uterino.

#### **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La única y latente limitación que se tuvo fue el estado de las historias clínicas ya que no había legibilidad de lo registrado en las historias clínicas y si se encuentran todos los datos necesarios para la presente investigación.

#### **1.6. OBJETIVOS**

##### **1.6.1. GENERAL**

- Determinar los factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.

##### **1.6.2. ESPECÍFICOS**

- Identificar antecedentes gineco-obstétricos asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas.
- Calcular la frecuencia de recidiva de la lesión en las pacientes post operadas.

- Identificar el compromiso de los márgenes endocervicales y exocervicales posteriores al procedimiento quirúrgico.

### **1.7. PROPÓSITO**

El principal propósito de la presente tesis es contribuir al conocimiento ya obtenido de esta patología que anualmente cobra muchas vidas de mujeres a nivel mundial, brindando información de una población tal vez poco estudiada como es aquella que acude por servicios de salud a centros especializados privados.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS**

#### **2.1.1. INTERNACIONALES**

Nicaragua (2015) se evaluó la persistencia de lesiones intraepiteliales de alto grado, de los cuales el grupo predominante fue entre los 30 a 40 años, siendo multíparas y con inicio de relaciones sexuales a edad temprana. Así también se correlacionó el compromiso de márgenes endocervicales y exocervicales como predictor residual y el seguimiento del paciente siendo esto positivo en un 50%, por tal motivo tras la realización de la conización se observó una baja persistencia de dicha patología (6.66%) <sup>(5)</sup>.

En el mismo país durante el año 2016, se llevó a cabo un estudio retrospectivo, transversal. Donde la edad promedio de las pacientes fue de 33 años, así también el 57% de ellas tenía un grado de instrucción superior y el 75% provenía de zona urbana. El 70% de las pacientes del estudio inició su vida sexual antes de los 18 años. De todas ellas el 73% presentó NIC grado I de las cuales el 41% se encontraba entre los 18-25 años. De este porcentaje con diagnóstico de NIC I, el tratamiento brindado fue: 77% crioterapia, 17% conización (18-25 años) y 6% histerectomía (26-35 años) <sup>(6)</sup>.

Otro estudio realizado en Nicaragua en el mismo año, donde se evidenciaron una serie de factores de riesgo asociados a la recurrencia y/o persistencia de NIC de alto grado como: cono biopsia (OR: 3.67;  $p < 0.01$ ); afectación de ambos márgenes

(OR: 3.31;  $p > 0.009$ ); afectación del margen endocervical solo (OR: 2.75;  $p < 0.012$ ); sin embargo, otros factores como edad, gesta y partos no hubo relación significativa <sup>(7)</sup>.

En el 2016, en Ecuador, se llevó a cabo con pacientes que presentaron diagnóstico de LIE bajo grado y sometidas a tratamiento quirúrgico, así como con manejo observacional. Donde se evidenció como punto de corte 30 años, menores a esta edad no presentaron persistencia de la lesión caso contrario con las mayores a esa edad. Este último grupo presentó menor persistencia tras electro fulguración, sin embargo, algunos factores como multiparidad, edad de inicio relaciones sexuales, número de parejas sexuales y tabaquismo se asociaron a persistencia de la lesión <sup>(8)</sup>.

Ese mismo año en México, donde el 21.1% de los pacientes que participaron en el presente estudio presentaron recidiva durante el primer año de seguimiento. De todos ellos, la edad promedio fue de  $36.1 \pm 7.49$  años para el grupo de recidiva, mientras los que no lo presentaron fue de  $39.1 \pm 7.58$  ( $p = 0.025$ ), asociándose de esta manera el grupo etáreo con la posibilidad de recidiva <sup>(9)</sup>.

Como último estudio internacional se tiene el realizado en El Salvador, en el año 2017, donde se obtuvo que el 41.7% de las pacientes comprende entre los 15-25 años con LIE bajo grado, el 66.7% inició relaciones sexuales entre los 16 a 19 años, el número de parejas sexuales fue de 41.7% para 2 parejas y 29.2% para 3 parejas. Se concluyó que la incidencia de LIE bajo grado fue de 5.5%, en las cuales se evidenció relación con

infecciones cérvico vaginales a repetición en un 87.5% y dolor pélvico en 79.2% <sup>(10)</sup>.

### **2.1.2. NACIONALES**

En Puno en el año 2015 se observó que el 32% tiene una edad entre 34-42 años, las cuales presentaron cáncer de cérvix estadio IA y IB con un 10% en ambos casos mientras el estadio IIB fue de un 34%. Se evidenció significancia estadística entre la edad y el cáncer de cérvix ( $p= 0.000$ ), así también se evaluó el número de parejas sexuales donde el 50% de la población presentó 2 parejas, evidenciándose también significancia estadística entre esta variable y el desarrollo de cáncer de cérvix ( $p= 0.000$ ) <sup>(11)</sup>.

En Lima en el año 2017, un estudio realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, se realizó un estudio retrospectivo, observacional y analítico con pacientes con NIC sometidos a resección con asa LEEP, los cuales fueron divididos en 2 subgrupos: margen comprometido y margen negativo. De este último el 1.96% presentó recurrencia. Así también no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos con respecto a la recurrencia de NIC ( $p <0.201$ ) <sup>(12)</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA**

El cáncer, es con mayor frecuencia, una de las enfermedades que más vidas cobra en los últimos años. Esta enfermedad es bien establecida en ambos géneros, siendo en el femenino el cáncer cérvico uterino el que se encuentra a la cabeza en los países en vías de desarrollo. Es la

segunda razón por la que la tasa de mortalidad en el género femenino sigue siendo elevada (250 000 muertes/año) estimándose que seguirá en ascenso si no se toman las medidas preventivas <sup>(13)</sup>.

Gran parte de la población femenina que fallece a causa de esta enfermedad, se encuentran entre los 30-40 años, sobre todo en los países en los que aún se presenta inequidad para el acceso a los servicios de salud debido a que no existe, a su vez, una cultura de prevención ya que se ha demostrado que el cáncer cérvico uterino es totalmente prevenible debido a la gran cantidad de pruebas control (screening) para la identificación de esta. Lamentablemente por los factores sociales mostrados con anterioridad, el hallazgo de dicha enfermedad es en estadios avanzados <sup>(14)</sup>.

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una alteración que se presenta con características malignas, en etapas previas al desarrollo del cáncer de cuello uterino <sup>(9)</sup>. El cérvix como tal, se divide en dos partes: la parte visible al examen físico mediante la especuloscopia es el exocervix, el cual se caracteriza porque su epitelio es escamoso; así también tenemos el endocervix que incluye a su vez al canal cervical, siendo su epitelio para ambos, de tipo glandular. Para tener una orientación clara del tema en discusión en la presente tesis, puntualizaremos que cuando hablamos de Lesión Intraepitelial, hablamos sobre la afectación a nivel de tejido escamoso, mientras el Adenocarcinoma hace mención al tejido glandular <sup>(16)</sup>.

Pero ante la frecuencia del Cáncer Cervical, se incluyen métodos de apoyo al diagnóstico, pruebas de screening, como la citología cervical e identificación de alguna variante productora de neoplasia del Virus de Papiloma Humano (VPH). Tras esto, se debe hacer el seguimiento correspondiente de las pacientes, y según el informe histológico de las pruebas de control tomar la acción terapéutica, siendo la prueba de

Papanicolaou, la citología en base líquida, la colposcopia y la biopsia del cuello uterino quienes nos dan la certeza de Neoplasia de Cuello Uterino <sup>(10,11)</sup>.

La Neoplasia Intraepitelial Cervical, se diferencia en las de bajo y alto grado, siendo la primera quien tiene una posibilidad limitada, más no imposible, para desarrollar Neoplasia Maligna a nivel del Cuello Uterino. Las pacientes con LIE de alto grado, presentan una posibilidad más elevada de desarrollar a futuro neoplasias agresivas <sup>(15)</sup>.

A pesar de hacer el diagnóstico oportuno y realizar el manejo que corresponde existe la posibilidad de recurrencia de dicho cuadro nosológico, en el presente estudio se identificaran los factores que influyen en la reaparición de LIE posterior al tratamiento. Pero ¿cuándo hablamos de recurrencia? Se empleará dicho término cuando los síntomas clínicos vuelven a presentarse tras 12 meses de tratamiento, incluyendo en ello citología positiva cuando previamente a ello presentó controles negativos en un lapso de 6 meses <sup>(11)</sup>.

Así también podemos hablar de persistencia de la enfermedad, es decir que pese al tratamiento los controles semestrales nunca fueron negativos y finalmente podemos hablar de remisión de la enfermedad cuando todos los controles que presenta son negativos tras el manejo oportuno, que consiste en la realización de Cono Leep el cual brinda buenos resultados en más de 95% de los casos <sup>(11,13)</sup>.

En lo que a América respecta, se evidencia que un 4% de la población presenta NIC I mientras que un 5% corresponde a NIC II, III <sup>(8)</sup>. En función del grado de estas lesiones, se ha evidenciado que en las pacientes que cursan entre la 3ra y 4ta década de vida presentan lesiones de alto grado, es a partir de la 5ta década en adelante donde se puede evidenciar cáncer invasivo, tras una década de haber hecho el diagnóstico de LIE de alto grado. En lo que respecta al cáncer

invasivo, a nivel mundial, representó 528,000 nuevos casos a nivel mundial y 266,000 muertes en los últimos 4 años <sup>(9)</sup>.

Muchos de los datos epidemiológicos en función al cáncer cervical estarán sujetos a diversos programas preventivos que ya se encuentran disponibles en muchos países desarrollados y es por ello que en estos países se ha presentado en los últimos 50 años un descenso del 75% de incidencia y mortalidad por esta patología <sup>(10)</sup>.

Más de las tres cuartas partes de la población con cáncer de cuello uterino (84%) provienen de zonas en vías de desarrollo, siendo en estas áreas el segundo tipo de cáncer más frecuente (15.7 por 100 000 mujeres) <sup>(11)</sup>. En lo que respecta a los continentes africano y centro americano, corresponde a la causa principal de muerte entre su población femenina en relación al cáncer <sup>(12)</sup>.

Existen 4 mecanismos para el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino:

**Virus de Papiloma Humano (VPH):** Se considera el agente etiológico más importante, el principal para el desarrollo del Cáncer Cérvico Uterino <sup>(12,13)</sup>. En la actualidad se ha demostrado que los otros factores asociados al desarrollo de esta patología son altamente dependientes de la pre existencia del VPH. Sin embargo, también va a depender del serotipo que infecte a la paciente y la persistencia de este agente en el organismo para desarrollar Cáncer <sup>(14-25)</sup>.

Existen en promedio 40 serotipos de VPH causantes de producir cambios a nivel de epitelio genital con potencial de malignidad muy variable<sup>26</sup>. También existe la posibilidad que, pese a una primera infección con un serotipo, se pueda agregar otro. <sup>(23,24)</sup>. Así pues, la eliminación o remisión de un serotipo y la persistencia de otro son eventos que ocurren de manera independiente una de la otra. Dentro de los tipos de VPH tenemos el serotipo 6 y 11 los cuales al no producir



interacción con el genoma humano solo producen lesiones locales como la condilomatosis y en el peor de los casos NIC grado I; estos serotipos representan el 90% de las lesiones verrucosas y un 10% de las LIE bajo grado <sup>(25, 26,27)</sup>. Sin embargo, existen 2 serotipos agresivos los cuales se encuentran íntimamente relacionados con los NIC grado II y III así como a la persistencia de estos y su poder invasivo. Estos representan el 25% de las lesiones de bajo grado, hasta un 60% lesiones de alto grado y en un 70% a las neoplasias invasivas <sup>(28)</sup>.

Aun así, el potencial oncogénico es diferente en las variantes de VPH de alto riesgo <sup>(29,30)</sup>. En últimos estudios se ha evidenciado que el serotipo 16 de VPH es el que se encuentra íntimamente relacionado con lesiones oncológicas <sup>(31)</sup>. A esto podemos agregar que el VPH es el responsable de los 2 principales tipos histológicos de neoplasias presentes a nivel de Cuello Uterino: Escamoso (69%) y Adenocarcinoma (25%), sin embargo, la frecuencia con la que los serotipos 16 y 18 producen estas lesiones son muy variables (59 y 13% para Carcinoma Escamoso respectivamente, 36% y 37% para Adenocarcinoma respectivamente) <sup>(32,33)</sup>.

Existen otros factores que son dependientes de la primo infección por virus de VPH de tal manera que potencia el desarrollo y en algunos casos la persistencia del cuadro nosológico. Entre ellos tenemos la edad avanzada debido a que la mitad de los casos de infección por VPH de alto riesgo se da en pacientes que se encuentran en la 6ta década de vida <sup>(34)</sup>. Otro factor es el subtipo de VPH oncogénico alto ya que estos tienen mayor probabilidad de persistencia pese al tratamiento. Posterior a la infección viral o inoculación de la vacuna contra el VPH, se desencadena respuesta inmune del huésped ante el antígeno en cuestión. Pese a que la respuesta no se conoce del todo, esta evita la reinfección con el mismo serotipo <sup>(35)</sup>.

**Transmisión sexual:** Es sabido que la transmisión del VPH se da por contacto sexual, ya que en las pacientes que aún no han iniciado relaciones sexuales no existe evidencia de VPH y/o sus precursores. Otros autores lo asocian al número de parejas sexuales, que si bien es cierto podría aumentar el riesgo de adquirir el VPH, no es el causante principal el desarrollo de Cáncer Cérvico Uterino. Algo que juega en contra con el desarrollo de dicha enfermedad es su curso asintomático, que en estadios avanzados suele manifestarse con verrugas genitales o lesiones neoplásicas <sup>(36,37)</sup>.

**Zona de transformación del cuello uterino:** La zona de transformación del cuello uterino es considerado como el sitio de la carcinogénesis debido a que de manera dinámica se evidencia metaplasia ya que el tejido glandular es sustituido por epitelio escamoso a lo largo de la vida de las mujeres. Siendo esto lo que lo diferencia claramente de la unión escamocolumnar ya que esta última es la zona de transición del epitelio cilíndrico del endocérvix con el escamoso del ectocérvix. A pesar de ello, se plantea que el sitio de acción de NIC inicia en las células cuboidales en la unión escamocolumnar <sup>(38)</sup>.

**Mecanismo molecular:** Dentro del desarrollo de esta patología podemos considerar algunos escenarios como la infección latente, la cual se produce en un 90% de los casos infectados por VPH, con un curso asintomático. El otro escenario es la infección activa, donde se produce replicación provocando cambios celulares, pero sin integrar el genoma <sup>(42)</sup>. El tiempo que transcurre para la producción de estos cambios es entre 2 a 8 meses tras la primoinfección <sup>(43)</sup>. La involución de los cambios celulares da como consecuencia la resolución de la infección esto debido a la producción de anticuerpos y toda la cadena inmunológica teniendo a la cabeza las células NK y los T CD4+ <sup>(34)</sup>.

<sup>39,40</sup>). Debido a su conducta epitelio trópico del virus, este puede persistir en el citoplasma provocando solo lesiones de bajo grado, sin embargo, si llega a integrar al genoma da pie a las lesiones de alto grado y cáncer <sup>(47)</sup>.

Para el desarrollo de estas lesiones es imprescindible el estado inmunológico del paciente, la unión entre el virus y el genoma desencadenan una serie de alteraciones entre ellos, la pérdida de regulación de la transcripción de E6 y E7, conllevado a una expresión incrementada de proteínas oncológicas, teniendo como exponente HPV E6 se une a p53 induciendo a la degradación de esta última, en simultáneo E7 se asocia con retinoblastoma (Rb) lo cual da como finalidad una progresión del ciclo celular. La proteína HPV E6 se une a p53 e induce la degradación celular de p53, mientras que E7 interactúa con la proteína retinoblastoma (Rb), lo que conduce a la disociación del factor de transcripción E2F y promoción de la progresión del ciclo celular, y ante la inactivación de estas 2 proteínas, la perpetuación de la lesión oncológico <sup>(48)</sup>.

Para poder realizar el correcto u oportuno diagnóstico de esta patología se debe tomar en cuenta:

**Manifestaciones Clínicas:** Como ya es conocido el cáncer cérvico uterino en estadios tempranos, es de carácter asintomático, por ello es que toda paciente que haya iniciado vida sexual debería hacerse un cribado. Pese a eso puede evidenciarse sangrado vaginal abundante y/o post coital. Otras pacientes, pueden presentar flujo vaginal con diversas características, sin embargo, no es específico y podría hacerse el diagnóstico diferencial con vaginitis o cervicitis. Estadios avanzados cursan con dolor pélvico o lumbar, incluso pueden presentar hematuria, hematoquezia <sup>(44)</sup>.

**Examen físico:** El cual es fundamental para llegar al diagnóstico o al menos sospecharlo. Para ello se debe realizar especuloscopia con el cual se puede evidenciar alguna lesión sugestiva o presencia de masas que ocupen toda la región cervical reemplazando esa zona. Toda lesión sospechosa debe ser biopsiada así la citología previa sea de carácter benigno <sup>(45)</sup>.

El carcinoma de cuello uterino se presenta con mayor frecuencia en la zona de transformación, por lo que puede manifestarse como ulceraciones superficiales, tumores en el exocervix (los cuales son indurados liso, dando un aspecto de barril al cuello uterino) o infiltraciones en el endocervix. Otra característica que siempre está presente es el compromiso de ganglios regionales que en el presente caso se daría en la ingle <sup>(46)</sup>.

**La citología cervical:** Constituye el método de elección para detección precoz de cáncer de cuello uterino, pese a su rol en la identificación de celularidad anormal, no determina malignidad <sup>(44)</sup>.

**Biopsia cervical y colposcopia:** La finalidad de realizar una biopsia es complementar a estudios previos definiendo la existencia o no de cáncer cérvico uterino. Esta a su vez debe realizarse ante la presencia de una lesión sospechosa de cáncer, a nivel cervical la muestra debe ser en sacabocado y curetaje. En caso de lesiones macroscópicas se podría presentar sangrado profuso al realizar este procedimiento por lo cual se debe estar preparado para esta situación. El manejo que se le puede brindar a una paciente con NIC va desde la cirugía, la radioterapia o estas combinadas; sin embargo, esto dependerá del estadio clínico en el que se encuentre, tal como los estadios I Y IIA en las que cualquiera de las 2 opciones mencionadas anteriormente puede ser altamente eficaces. Cuando estas lesiones son de alto grado, habiéndose extendido por encima del cuello uterino, la cirugía se torna

ineficaz por lo que se recurre a la radioterapia como opción inmediata (44, 45)

El uso de la radioterapia puede realizarse de manera combinada (uso externo e intracavitaria) sobretodo en estadios avanzados IIB y III ya que brinda mejores resultados que el emplear una de estas. En los casos de neoplasia micro invasora, el manejo es quirúrgico netamente haciéndose uso del cono (en sus 2 variantes), histerectomía radical (como en las pacientes en estadio II B y II A) agregándose linfadenectomía pélvica o radioterapia intracavitaria (45).

Si la lesión es menor de 2 cm se realiza cervicectomía radical agregándose la linfadenectomía laparoscópica como forma de preservación de la función reproductiva de la paciente. Estas opciones terapéuticas por sí solas dan buenos resultados en estadios iniciales, en estadios avanzados la combinación de radioterapia (externa e intracavitaria) es lo más aconsejable (45, 46).

Finalmente, en pacientes con estadio IV se da un manejo paliativo con radioterapia externa, quimioterapia o la combinación de ambas. A esto se agrega el manejo con quimioterapia coadyuvante con cisplatino, dando así un mejor efecto a la radioterapia. Se ha logrado evidenciar mejoría en la supervivencia de los pacientes que han recibido este tipo de tratamiento, así como la disminución de la recurrencia (44, 45).

En función a esto, se sugiere que el manejo con radioterapia y quimioterapia coadyuvante es ideal para carcinoma cervicouterino avanzado ya que se ha logrado obtener hasta un 16% de supervivencia tras este esquema terapéutico (45).

Sin embargo, esto dependerá mucho del estadio clínico en el que se encuentre la paciente al momento del diagnóstico, siendo un poco menor la supervivencia si la edad es muy avanzada, por ejemplo. El estado nutricional tiene gran influencia en la supervivencia, puesto que las pacientes con nivel de hemoglobina baja no tienen una adecuada respuesta al tratamiento. La supervivencia a los 5 años en un estadio

inicial es de aproximadamente el 75%, sin embargo, esto irá en descenso a medida que el estadio sea avanzado (<10% en estadio IV). Así también el compromiso ganglionar incrementaba a medida que progresaba la enfermedad actual (3% a 75% desde el estadio IA al IV A) <sup>(43,45)</sup>.

Tras la histerectomía radical, la supervivencia a 5 años puede variar entre 70 a 91% según el tamaño de la lesión, así como el estadio clínico. Finalmente, otros autores refieren a la colposcopia como opción quirúrgica de elección siempre y cuando exista una lesión visible la cual debe ser complementada con biopsia dirigida. Si a esto se agrega sintomatología con citología cervical anormal deben realizarse colposcopia, la cual para ser una muestra adecuada debe contener toda la unión escamocolumnar, más biopsia dirigida <sup>(40)</sup>.

Ante la sospecha de malignidad, debe realizarse conización cervical, tal es el caso de las pacientes con NIC de alto grado o que tienen una colposcopia inadecuada. Otra finalidad de este examen es de emplearse en casos de cáncer micro invasivo para la determinación de una cirugía radical. Otra modalidad es el estudio de imágenes, sin embargo, su principal función es la de estadiaje <sup>(45)</sup>.

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Papanicolaou:** prueba de rutina en el control ginecológico, empleado para el diagnóstico de lesiones a nivel cérvico-vaginal, donde se aprecian células mediante coloración.
- **Colposcopía:** examen de visualización ampliada a nivel del cérvix uterino haciendo uso del colposcopio.
- **Conización:** toma de muestra de tejido anormal del cérvix uterino, puede ser mediante congelación o con asa térmica.
- **Crioterapia:** tratamiento empleando nitrógeno líquido para eliminar células anormales en cérvix uterino.

- **Neoplasia Intraepitelial:** anormalidad en las células de transición de la unión escamo columnar del cérvix uterino, que se presenta en diferentes grados.
- **Recidiva:** reaparición de alguna neoplasia, tras un tiempo de no ser detectada posterior al tratamiento.
- **Márgenes:** límites de una biopsia, que se mide en centímetros con lo cual puede evaluarse compromiso extenso o no de una neoplasia.
- **Escala de Bethesda:** sistema de evaluación empleado en citología cérvico-vaginal identificando células sin alteración, atipia o neoplásicas.
- **Bordes libres:** ausencia de compromiso neoplásico en la escisión de pieza operatoria vista bajo microscopio.
- **Neoplasia Intraepitelial bajo grado:** cambios celulares presentes en frotis de las muestras de PAP a causa del virus Papiloma Humano de forma leve.
- **Neoplasia Intraepitelial alto grado:** celularidad alterada de manera severa presente en el frotis de PAP de la muestra escamocolumnar del cérvix.
- **Recurrencia:** reaparición de la neoplasia en el organismo ya sea en su ubicación inicial u otra parte de este.

## 2.4. HIPÓTESIS

### 2.4.1. GENERAL

- **Hi:** Existen factores de riesgo para la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.
- **Ho:** No existen factores de riesgo para la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.

#### 2.4.2. ESPECÍFICOS

- Los antecedentes gineco-obstétricos están asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post-operadas.
- El compromiso de márgenes endo y exocervicales están asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post-operadas.
- La recidiva de displasia de cérvix en pacientes post-operadas no es elevada.

#### 2.5. VARIABLES

##### **Independientes:**

- Antecedentes gineco-obstétricos.
- Compromiso de márgenes cervicales en pieza operatoria.

##### **Dependiente:**

- Recidiva de displasia de cérvix.

#### 2.6. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **Antecedentes gineco-obstétricos:** datos obtenidos dentro de la historia clínica de la paciente
- **Compromiso de márgenes cervicales en pieza operatoria:** evaluación al microscopio realizado por el especialista, para evidenciar o no la existencia de lesión displásica en los bordes de la pieza quirúrgica extraída.
- **Recidiva de displasia de cérvix:** reaparición de lesión displásica en cérvix, sin evaluar el tiempo que demora, tras la realización de procedimiento quirúrgico.



## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio es de tipo diseño no experimental, de alcance observacional, retrospectivo, transversal, analítico, de tipo casos y controles.

#### **3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN**

El nivel de la presente investigación es analítico – relacional.

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población elegida para el estudio fueron las pacientes atendidas en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz entre el año 2010 al 2017 a quienes se realizó conización debido a una lesión intraepitelial premaligna y se incluyeron solo las pacientes en quienes se continuó el seguimiento citocolposcópico postratamiento, al menos durante el primer año.

La muestra en el estudio se eligió por conveniencia considerado como muestreo no probabilístico. El grupo que fue seleccionado como control lo conformaron pacientes de la misma edad por cada caso que se halló y se compararon los factores de riesgo asociados con recidiva de la lesión.

Para el cálculo de la muestra se aceptó un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisó 11 casos y 22 controles para detectar una odds ratio mínima de 0.3. Se asumió que la tasa de expuestos en el grupo control será del 0.6. Se estimó una tasa de pérdidas de seguimiento del 10%.

Además, se tuvo en consideración los siguientes criterios:

**Inclusión:**

- Diagnosticadas de NIC I, II, III en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Tratamiento con Cono Leep en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.
- Pacientes que realicen sus controles en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

**Exclusión:**

- Paciente gestante.
- Presencia de adenocarcinoma insitu.
- Pacientes sometidas a otros procedimientos anteriores en el cérvix.

**3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica que se empleó fue la documentación por medio de la historia clínica del paciente.

**3.4. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La planificación del diseño de la ficha de recolección de datos se realizó bajo el apoyo del médico perteneciente al staff de servicio de Ginecología Oncológica de la institución.

Para lograr la validación del instrumento se solicitó el apoyo de profesionales especialistas en investigación tanto en el campo clínico a tratar, como en la realización de diseños de métodos de investigación y de un estadista para poner a evaluación los diversos acápite, calificando aspectos como su claridad, precisión, y pertinencia con los objetivos planteados en la presente investigación. Tras recibir sus opiniones, sugerencias y aplicar las correcciones recomendadas, se procedió a la aplicación del instrumento final.

Después de haber obtenido los datos requeridos por medio de la ficha de recolección se continuó con la realización de un análisis cuantitativo de estos.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS**

Se empleó el programa estadístico informático IBM SPSS Statistics 22.0 para el procesamiento de los datos obtenidos de las fichas de recolección de datos a través de las historias clínicas de las pacientes que forman parte de nuestra muestra. Para la presentación de los resultados obtenidos se empleó gráficos de barras y tablas, para el análisis de la variables cualitativas, se halló frecuencias relativas, absolutas y su respectivo porcentaje, se empleó la prueba estadística no paramétrica de chi cuadrado, que se considerara n intervalo de confianza mayor al 95% y p valor menor al 0.05 para ver el grado de asociación de la variables de estudio, y posterior a esto se buscará el Odds Ratio (OR) a aquellas variables que han sido catalogadas como factores de riesgo mediante el análisis previo de la literatura.

## CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS

**Tabla 1. Factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.**

	grupo				OR	IC al 95%	
	Casos		Controles			Inferior	Superior
	n	%	n	%			
<b>EDAD</b>							
17 a 22	0	0.0%	4	18.2%			
23 a 28	1	9.1%	5	22.7%	5	0.4	64.4
29 a 34	3	27.3%	4	18.2%	1.3	0.2	10.3
35 a 40	3	27.3%	5	22.7%	1.7	0.2	12.2
<b>41 a 46</b>	4	36.4%	4	18.2%	2.6	0.5	13.2
<b>PARIDAD</b>							
Nulípara	0	0.0%	4	18.2%			
Primípara	2	18.2%	7	31.8%	5.3	0.5	56.8
<b>Secundípara</b>	6	54.5%	9	40.9%	2.3	0.3	17.8
Múltipara	3	27.3%	2	9.1%	3.8	0.5	26.8
<b>EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES</b>							
<b>16 a 18</b>	8	72.7%	16	72.7%	1	0.2	5.1
19 a 21	3	27.3%	6	27.3%			
<b>NÚMERO DE PAREJAS</b>							
1	3	27.3%	10	45.5%	2.2	0.2	20.2
2	6	54.5%	9	40.9%	1	0.1	7.9
3	2	18.2%	3	13.6%	1.4	0.2	10.0
<b>RESULTADOS DE PAPANICOLAOU</b>	n	%	n	%			
ASCUS	3	27.30%	0	0.0%			
LIEBG	0	0.0%	14	63.6%			
<b>LIEAG</b>	8	72.70%	8	36.4%			
<b>RESULTADOS DE COLPOSCOPIA</b>							
NIC1	3	27.30%	19	86.4%			
NIC2	0	0.00%	3	13.6%			
<b>NIC3</b>	8	72.70%	0	0.0%			
Total	11	100.00%	22	100.0%			

*Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz*

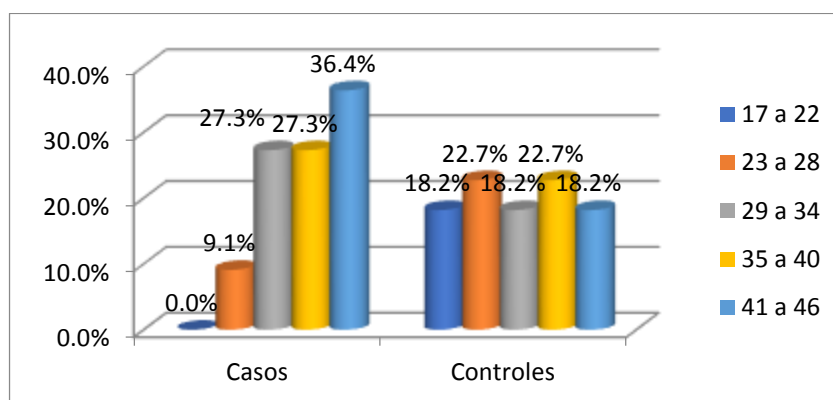
**Interpretación:** De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 36.4% tienen edad de 41 a 46 años; el 27.3% tienen edad de 35 a 40 años; el 54.5% son secundíparas; el 27.3% son multiparas; el 72.7% iniciaron su primera relación sexual entre los 16 a 18 años; el 54.5% tuvieron 2 parejas mientras que el 27.3% tuvieron una pareja; el 72.7% se realizaron la prueba de papanicolaou con resultado LIEAG; el 72.7% se hicieron la prueba de colposcopia con resultado NIC3.

**Tabla 2. Recidiva según edad**

Edad	Grupo				Total		P Valor
	Casos		Controles		n	%	
	n	%	n	%			
17 a 22	0	0.0%	4	18.2%	4	12.1%	X <sup>2</sup> =4.09 p=0.39
23 a 28	1	9.1%	5	22.7%	6	18.2%	
29 a 34	3	27.3%	4	18.2%	7	21.2%	
35 a 40	3	27.3%	5	22.7%	8	24.2%	
41 a 46	4	36.4%	4	18.2%	8	24.2%	
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 1. Recidiva según edad**



**Interpretación:**

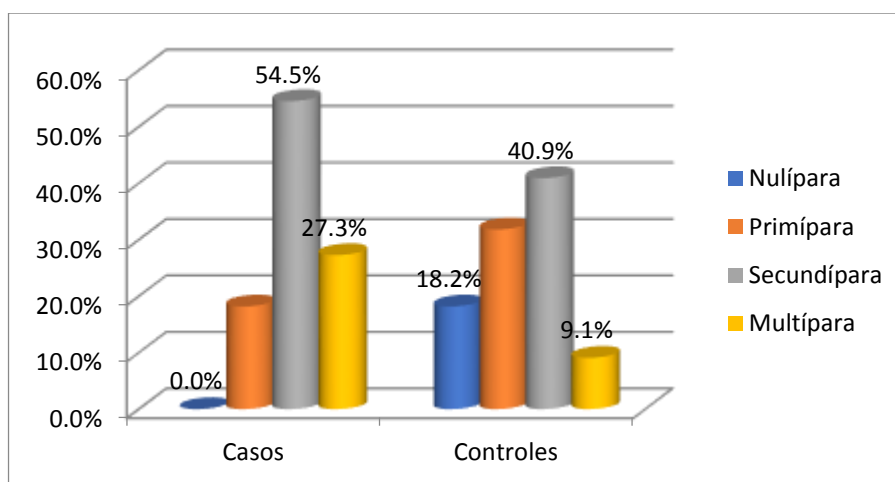
De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 36.4% tienen edad de 41 a 46 años; el 27.3% tienen edad de 35 a 40 años. No se encontró relación estadísticas  $p > 0,05$ .

**Tabla 3. Recidiva según paridad**

Paridad	Grupo				Total		P valor
	Casos		Controles		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
Nulípara	0	0.0%	4	18.2%	4	12.1%	X <sup>2</sup> =4.25 p=0.03
Primípara	2	18.2%	7	31.8%	9	27.3%	
Secundípara	6	54.5%	9	40.9%	15	45.5%	
Múltipara	3	27.3%	2	9.1%	5	15.2%	
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 2. Recidiva según paridad**



**Interpretación:**

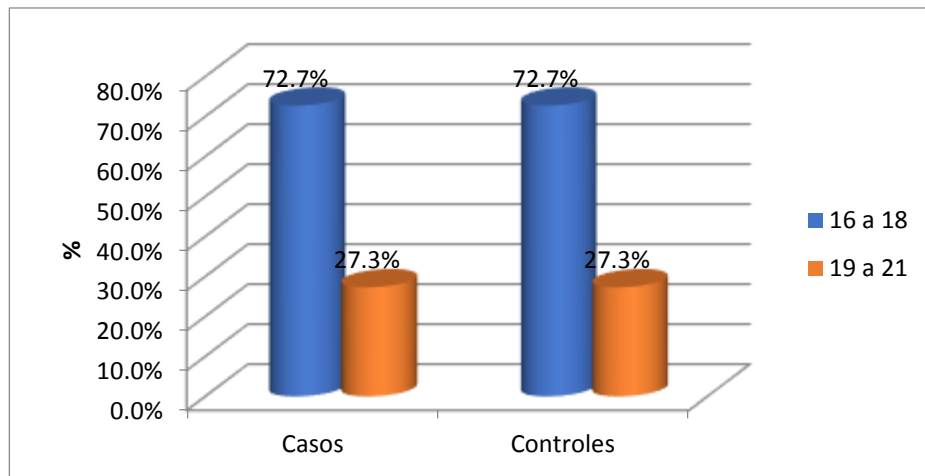
De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 54.5% son secundíparas; el 27.3% son múltiparas, se encontró relación estadística  $p < 0,05$ .

**Tabla 4. Recidiva según inicio de relaciones sexuales**

Edad de inicio de relaciones sexuales	grupo				Total		P Valor
	Casos		Controles		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
16 a 18	8	72.7%	16	72.7%	24	72.7%	X <sup>2</sup> =1 p=0.99
19 a 21	3	27.3%	6	27.3%	9	27.3%	
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 3. Recidiva según inicio de relaciones sexuales**



**Interpretación:**

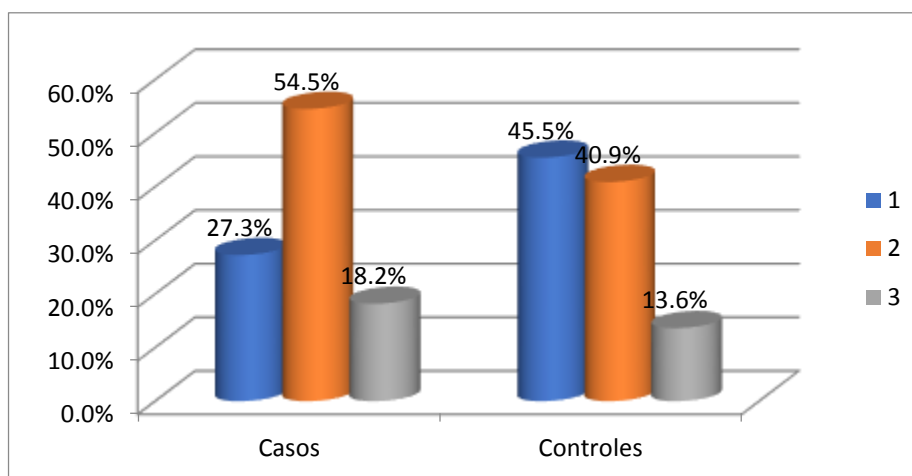
De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% tienen edad de 16 a 18 años, no se encontró relación estadística  $p > 0,05$ .

**Tabla 5. Recidiva según número de parejas**

Número de parejas	grupo				Total		P Valor
	Casos		Controles				
	n	%	n	%	n	%	
1	3	27.3%	10	45.5%	13	39.4%	$X^2=1.01$
2	6	54.5%	9	40.9%	15	45.5%	$p=0.60$
3	2	18.2%	3	13.6%	5	15.2%	
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 4. Recidiva según número de parejas**



**Interpretación:**

De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 54.5% tuvieron 2 parejas mientras que el 27.3% tuvieron una pareja, no se encontró relación estadística  $p>0,05$ .

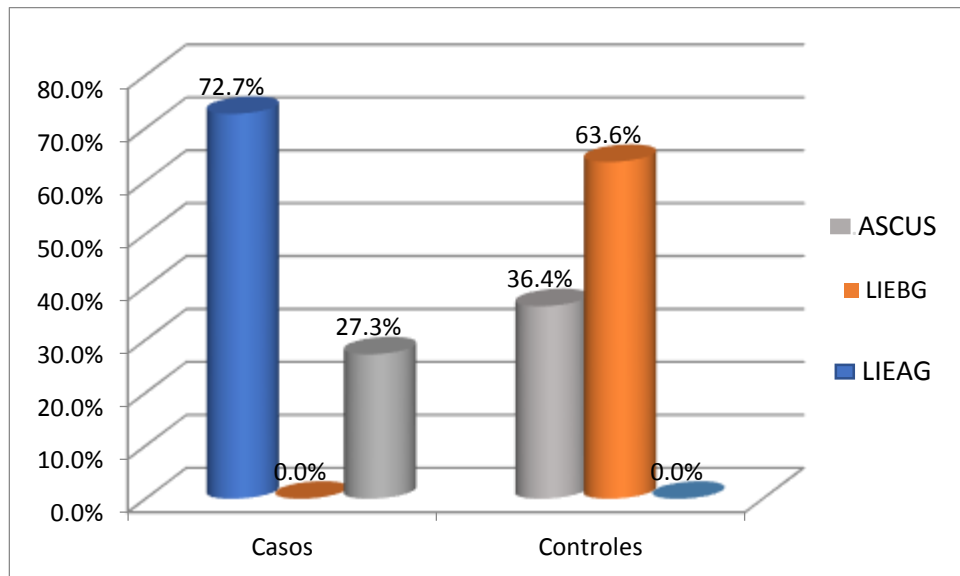


**Tabla 6. Recidiva según resultados de Papanicolaou**

Papanicolaou	grupo				Total		P Valor
	Casos		Controles		Nº	%	
	Nº	%	Nº	%			
ASCUS	3	27.3%	8	36.4%	16	48.5%	X <sup>2</sup> =15 p=0.001*
LIEBG	0	0.0%	14	63.6%	14	42.4%	
LIEAG	8	72.7%	0	0.0%	3	9.1%	
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 5. Recidiva según resultados de Papanicolaou**



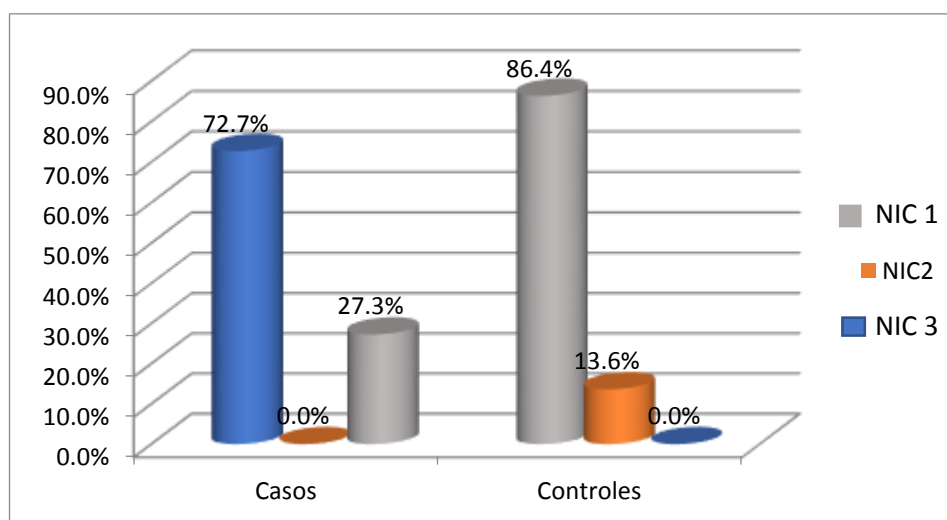
**Interpretación:** De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% se hicieron la prueba de Papanicolaou con resultado LIEAG, se encontró relación estadística  $p < 0,05$ .

**Tabla 7. Recidiva según resultados de Colposcopia**

Colposcopia	grupo				Total		P Valor
	Casos		Controles		n	%	
	n	%	n	%			
NIC1	3	27.3%	19	86.4%	27	81.8%	
NIC2	0	0.0%	3	13.6%	3	9.1%	$\chi^2=7.6$
NIC3	8	72.7%	0	0.0%	3	9.1%	$p=0.002^*$
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 6 Recidiva según resultados de Colposcopia**



**Interpretación:**

De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% se hicieron la prueba de colposcopia con resultado NIC3, se encontró relación estadística  $p<0,05$ .

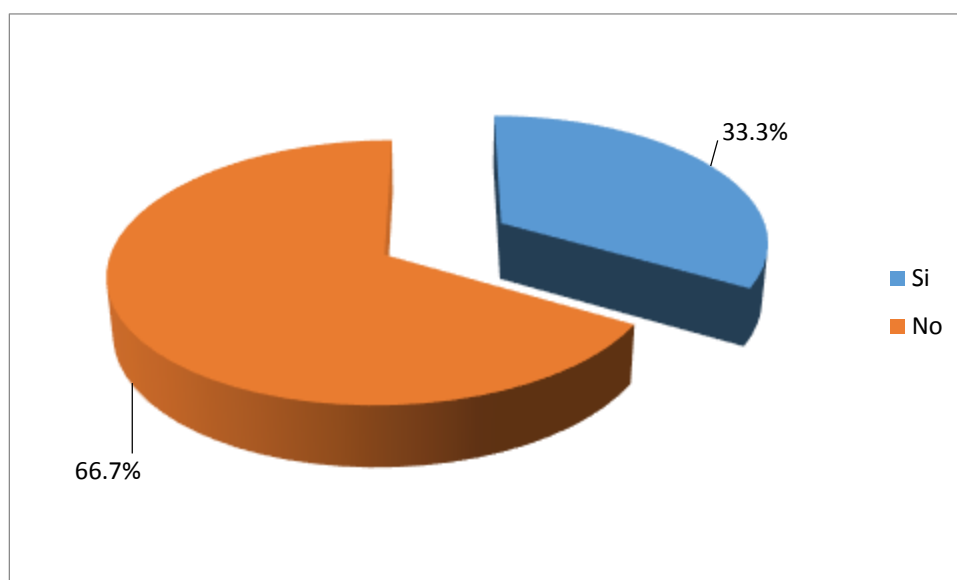
**Tabla 8. Frecuencia de recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.**

	Cantidad	Porcentaje
<b>Sí</b>	11	33.3
<b>No</b>	22	66.7
<b>Total</b>	33	100

*Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz*

**Interpretación:** De la tabla se aprecia que del total de pacientes el 33.3% presentaron recidiva de displasia de cérvix.

**Gráfico 7. Frecuencia de recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.**

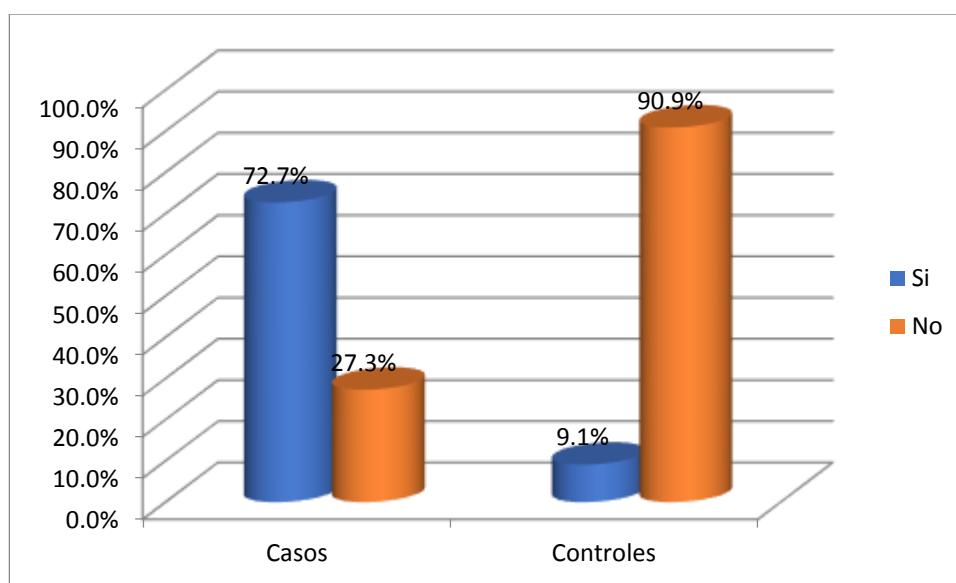


**Tabla 9. Recidiva según Bordes comprometidos**

Bordes comprometidos	grupo				Total		OR ( IC 95
	Casos		Controles				
	n	%	n	%	n	%	
Sí	8	72.7%	2	9.1%	10	30.3%	26.7(3.7, 190.8)
No	3	27.3%	20	90.9%	23	69.7%	
Total	11	100.0%	22	100.0%	33	100.0%	

Fuente: Estadística Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

**Gráfico 8. Recidiva según Bordes comprometidos**



**Interpretación:**

De la tabla se aprecia que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% tuvieron bordes comprometidos, asimismo se aprecia que las pacientes con bordes comprometidos tienen 26.7 más chance de desencadenar recidiva en relación a las pacientes que no tienen bordes comprometidos.

## 4.2. DISCUSIÓN

Los estudios epidemiológicos han buscado diversas explicaciones que han ayudado a comprender el inicio y evolución del cáncer cervicouterino.

Nuestros resultados reportan que total de pacientes con Recidiva el 36.4% tienen edad de 41 a 46 años; el 27.3% tienen edad de 35 a 40 años. No se encontró relación estadística  $p > 0,05$ , este resultado se aproxima a la investigación de García (2015) <sup>1</sup> quien concluye que la persistencia de lesiones intraepiteliales de alto grado, de los cuales el grupo predominante fue entre los 30 a 40 años.

Nuestros resultados también reportan que total de pacientes con Recidiva el 54.5% son secundíparas; el 27.3% son múltiparas, se encontró relación estadística  $p < 0,05$ , coincide con la investigación de García (2015) <sup>1</sup> la persistencia de lesiones intraepiteliales de alto grado, mayor prevalencia en múltiparas, también coincide con la investigación de Berrú (2016) <sup>4</sup> quien encontró que los factores como multiparidad se asociaron a persistencia de la lesión<sup>4</sup>.

También nuestros resultados reportan que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% tienen edad de 16 a 18 años en que iniciaron sus relaciones sexuales no se encontró relación estadísticas  $p > 0,05$ , este resultado se aproxima a las encontradas por Callejas (2016) <sup>2</sup> quien encontró que el 70% de las pacientes del estudio inició su vida sexual antes de los 18 años, también coincide con la investigación de Gómez

De Paz(2017) <sup>6</sup> quien encontró que presencia de LIE bajo grado, el 66.7% inició relaciones sexuales entre los 16 a 19 años , nuestros resultados se aproximan a la investigación de Lima Berrú(2016) <sup>4</sup> quien encontró que el factor edad de inicio relaciones sexuales, número de parejas sexuales se asociaron a persistencia de la lesión, también coincide con la investigación de García (2015) <sup>1</sup> quien demostró que la persistencia de lesiones intraepiteliales de alto grado, con inicio de relaciones sexuales a edad temprana.

El comportamiento sexual de la mujer aumenta el riesgo de lesión intraepitelial cervical y su progresión a cáncer (edad al primer coito, número de parejas sexuales, relaciones sexuales con hombres que tienen o han tenido múltiples parejas sexuales, paridad, uso de hormonas). Respecto de estas variables sí se encontró relación con un alto porcentaje de pacientes con infección por VPH, factor importante para el inicio de lesión intraepitelial pre maligna y progresión a cáncer.

Nuestros resultados se aprecian que del total de pacientes con Recidiva el 54.5% tuvieron 2 parejas mientras que el 27.3% tuvieron una pareja, no se encontró relación estadística  $p > 0,05$  este resultado coincide con la investigación de Berrú (2016) <sup>4</sup> quien encontró que el factor número de parejas sexuales se asociaron a persistencia de la lesión.

Nuestros resultados reportan que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% se hicieron la prueba de Papanicolaou con resultado LEIAG. Se encontró relación estadística  $p < 0,05$ .

Asimismo, nuestros resultados evidencian que del total de pacientes con Recidiva el 72.7% se hicieron la prueba de colposcopia con resultado NIC3, se encontró relación estadística  $p < 0,05$  este resultado se aproxima a la investigación de Pérez (2014) donde se evidenciaron una serie de factores de riesgo asociados a la recurrencia y/o persistencia de NIC de alto grado. La lesión NIC I se considera de bajo grado y su porcentaje de regresión es de 61% en un año. Las lesiones NIC II y III son de alto grado y de cáncer in situ. La mayoría de los casos se registran en población joven con deseos reproductivos, de ahí que el objetivo del tratamiento de la lesión intraepitelial sea conservador y que permita extirparla en su totalidad, prevenir el cáncer invasor y preservar la fertilidad futura de las pacientes.<sup>7,8</sup>

Nuestros resultados evidencian que el 72.7% se tuvieron bordes comprometidos, se encontró relación estadística  $p < 0,05$ .

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

- En el estudio de investigación, concluyo que existen factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cuello uterino posterior al tratamiento quirúrgico, encontrando como uno de los factores más importantes al compromiso de los bordes quirúrgicos y a los antecedentes gineco-obstétricos.
- Los antecedentes gineco-obstétricos se asocian a la recidiva de la lesión, tales como la edad, la paridad, el inicio de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales, los resultados de Papanicolaou y colposcopia.
- En mi estudio concluyo que del total de pacientes el 33.3% presentaron recidiva de displasia de cérvix.
- Uno de los factores de riesgo que se asocian a la recidiva de displasia de cérvix en mi estudio es el compromiso de los márgenes endocervicales y exocervicales; el 72.7% presentó bordes comprometidos, asimismo identifiqué que las pacientes con bordes comprometidos tienen 26.7 más chance de desencadenar recidiva en comparación a las pacientes que no tienen bordes comprometidos.



## 5.2. RECOMENDACIONES

Luego de revisar el producto obtenido y analizar respectivamente punto por punto se recomienda que:

- Respecto a los antecedentes gineco obstétricos se recomienda realizar una revisión general cada cierto tiempo para llevar un correcto control de su estado de salud ginecológico, en caso de encontrar alguna lesión sospechosa o sugerente de lesión precancerosa se debe de ser inquisitivos para que el paciente se realice pruebas de apoyo al diagnóstico como lo son la colposcopia o de marcadores tumorales, en caso el manejo sea difícil en los centros de primer nivel de atención de debe de referir.
- Respecto a la frecuencia de recidiva se recomienda hacer un seguimiento estricto llevado a cabo en el servicio de ginecología y obstetricia en el caso de todas aquellas pacientes que realicen una prueba de tamizaje PAP u alguna otra prueba y el resultado sea sugerente o en el caso de pacientes que se pronostica un curso desfavorable.
- En caso de encontrar un compromiso de los márgenes se recomienda biopsiar las lesiones encontradas además de solicitar la ayuda de un médico patólogo para analizar y pronosticar el curso que presente la lesión.
- Con respecto al seguimiento que se debe de brindar se debe de realizar un seguimiento cada 12 meses, de ser el caso de presentarse una lesión pre neoplásica se debe de realizar exámenes de apoyo al diagnóstico en periodos regulares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Datos y cifras. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
2. Instituto Catalán de oncología. Actualización 2014. Disponible en: [http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis\\_i\\_programes/prec/unitat\\_d\\_infeccions\\_i\\_cancer\\_unic/](http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/prec/unitat_d_infeccions_i_cancer_unic/)
3. Trigos J, Torres A. Principales factores de riesgo asociados a lesiones precancerosas de cuello uterino en mujeres atendidas en el Centro de Salud Morales, octubre 2016 – febrero 2017. Título profesional de obstetra. Perú, Tarapoto. Universidad Nacional de San Martín, 2017.
4. Lafalla O, García R, Gascón E, Laguna M, Abad C, Carazo B et al. Comparación entre las técnicas de cribado de patología cervical y las conizaciones de tres hospitales en España. Rev Chil Obstet Ginecol; 82(3):265-270.
5. García H. Persistencia de las Lesiones Intraepiteliales Escamosas de alto grado de cérvix, posterior a tratamiento con Electrocirugía - Asa (leep), en la Clínica de Colposcopia Del Hospital Bertha Calderón del período del enero 2013 a diciembre del 2015 [Tesis de Grado]. Nicaragua: Servicio de Publicaciones, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
6. Callejas V, Evolución y post seguimiento de mujeres con lesiones pre malignas de cérvix enero 2012-marzo 2016 Hospital Alemán [Tesis de grado]. Nicaragua: servicio de publicaciones, Universidad Autónoma de Nicaragua; 2016.
7. Pérez D. Factores clínicos e histopatológicos asociados a Neoplasias Intraepiteliales persistentes y recurrentes del cérvix, en pacientes que se les realiza conización cervical en el Heodra, en el período comprendido entre septiembre 2014 a septiembre 2016 [Tesis de

- grado]. Nicaragua: servicio de publicaciones, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN-León; 2017
8. Lima G, Vaca D. Recurrencia de la Lesión Intraepitelial de bajo grado en pacientes entre 15 a 45 años de edad del Servicio de Colposcopia del Hospital Enrique Garcés de la Ciudad de Quito, sometidos a terapia observacional, tratamiento con electro fulguración, y crioterapia entre los meses de Diciembre 2012 a Diciembre 2015 [Tesis de Grado]. Quito: Servicio de publicaciones, Pontificia Universidad Católica de Ecuador; 2016.
  9. Merlos A, Vargas J, González G, Martínez G, Sereno J. Recidiva de lesión intraepitelial cervical en pacientes post resección de cono con asa diatérmica. *GinecolObstet Mex* 2016; 84(2): pp 104.
  10. Gómez De Paz G; Orellana B. Factores de riesgo que conllevan la incidencia de Lesión Intraepitelial Escamosa de bajo grado, en mujeres de 15 a 60 años Unidad de Salud San Luis La Herradura de Enero-Mayo 2017 [tesis doctoral], El salvador: servicio de publicaciones, Universidad Del Salvador; 2017
  11. Amaro S. Factores que influyen en el riesgo de Cáncer de Cérvix en mujeres que acuden al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón durante el año 2015 [tesis doctoral] Perú: Servicio de Publicaciones, Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2016.
  12. Venegas G, Cardoza K, Álvarez M et al. Recurrencia/persistencia de neoplasia intraepitelial cervical posterior a cono LEEP en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Horiz. Med.* 17(1): 1 – 4
  13. Rojas L, García L, Bautista M. Recidivas de lesiones pre-malignas de cérvix en pacientes tratadas con cono leep Servicio de Oncología Ginecológica y Mama Hospital Nacional Arzobispo Loayza [tesis de grado] servicio de publicaciones, universidad Cayetano Heredia; 2010.

14. Globocan.iarc. Cáncer de cuello uterino. Incidencia estimada, mortalidad y prevalencia en todo el mundo en 2012. [Sede Web]. Francia: 2015 [Actualizada el 18 de marzo del 2015; acceso el 17 de agosto del 2018] disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Pages/factsheetscancer.aspx>.
15. Massad L, Einstein M, Huh W et al. Actualización las pautas de consenso para el manejo de las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino anormales y los precursores del cáncer. J Low Genit Tract Dis. 2013; 14 (2): pp 1 - 3
16. Montz J. Manejo de neoplasia intraepitelial cervical de alto grado y lesión intraepitelial escamosa de bajo grado y posibles complicaciones. Clin Obstet Gynecol, 2000; 43(3): pp 394.
17. Insinga P, Glass G, Rush B. Diagnósticos y resultados en el cribado del cáncer de cuello uterino: un estudio basado en la población. Am J Obstet Gynecol 2004.
18. Willoughby J, Faulkner K, Sello C, Whitaker J. Estudio descriptivo de la disminución de las tasas de cobertura de detección cervical en las regiones Nordeste y Yorkshire y Humber del Reino Unido desde 1995 hasta 2005. J PublicHealth (Oxf), 2006; 104(18): pp 1 – 4.
19. Torre A, Bray F, Siegel L et al. Estadísticas globales de cáncer, 2012. CA Cáncer J Clin, 2015; 20(4): pp 3
20. Organización Mundial de la Salud. Centro de información de la OMS / ICO sobre el VPH y el cáncer de cuello uterino (Centro de información sobre el VPH). Virus del papiloma humano y cánceres relacionados en el mundo. [Página Web]. Estados Unidos: 2010. [Actualizado el 19 de septiembre de 2011; Acceso el 19 de agosto del 2018] Disponible en: <http://www.who.int/hpvcentre/en/>

21. Schiffman H, Bauer M, Hoover N et al. La evidencia epidemiológica muestra que la infección por el virus del papiloma humano causa la mayoría de las neoplasias intraepiteliales cervicales. *J Natl Cancer Inst* 1993; 32(6): pp 15.
22. Moscicki B, Hills N, Shiboski S et al. Riesgos de infección por virus del papiloma humano incidente y desarrollo de lesión intraepitelial escamosa de bajo grado en mujeres jóvenes. *JAMA* 2001, 17(3): pp 4 – 8
23. Ylitalo N, Sørensen P, Josefsson M et al. Constante alta carga viral del virus del papiloma humano 16 y el riesgo de carcinoma de cuello uterino in situ: un estudio anidado de casos y controles. *Lancet* 2000; 24(16): pp 12
24. Castellsagué X, Díaz M, Sanjosé S et al. La etiología del adenocarcinoma cervical humano en el virus del papiloma humano en todo el mundo y sus cofactores: implicaciones para el cribado y la prevención. *J Natl Cancer Inst* 2006, 53(11): pp 8 – 11.
25. Ylitalo N, Josefsson A, Melbye M et al. Un estudio prospectivo que muestra la infección a largo plazo con el virus del papiloma humano 16 antes del desarrollo del carcinoma cervical in situ. *Cáncer Res* 2000.
26. Böhmer G, Van den J, Brummer O et al. No hay casos confirmados de neoplasia intraepitelial cervical negativa al ADN del virus del papiloma humano grado 3 o cáncer primario invasivo del cuello uterino entre 511 pacientes. *Am J ObstetGynecol* 2003, 16 (3): pp 17.
27. Wright J, Denny L, Kuhn L et al. Pruebas de ADN del VPH de muestras vaginales auto combinadas en comparación con las pruebas de detección citológicas para detectar cáncer de cuello uterino. *JAMA*, 2000; 54 (12): pp 43 – 47

28. De Villiers M, Fouquet C, Broker R et al. Clasificación de papiloma virus. *Virology* 2004; 15(9): pp 12 – 14
29. Woodman B, Collins I, Young S. La historia natural de la infección cervical por VPH: problemas no resueltos. *NatRevCancer* 2007.
30. Plummer M, Schiffman M, Castle E, y col. Estudio prospectivo de dos años de la persistencia del virus del papiloma humano en mujeres con diagnóstico citológico de células escamosas atípicas de importancia indeterminada o lesión intraepitelial escamosa de bajo grado. *J InfectDis* 2007.
31. Bosch X, Harper D. Estrategias de prevención del cáncer de cuello uterino en la era de la vacuna contra el VPH. *Gynecol Oncol* 2006.
32. Castle PE, Solomon D, Schiffman M, Wheeler CM. Human papillomavirus type 16 infections and 2-year absolute risk of cervical precancer in women with equivocal or mild cytologic abnormalities. *J Natl Cancer Inst* 2005.
33. Ries L, Melbert D, Krapcho M et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004. National Cancer Institute; Bethesda MD, 2007; 12 (10): pp 4-7.
34. Li N, Franceschi S, Howell-Jones R et al. Human papillomavirus type distribution in 30,848 invasive cervical cancers worldwide: Variation by geographical region, histological type and year of publication. *Int J Cancer* 2011, 13(21): pp 12 – 16
35. Workowski A, Bolan A, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep* 2015, 15(12): pp 28
36. Herfs M, Yamamoto Y, Laury A, et al. A discrete population of squamocolumnar junction cells implicated in the pathogenesis of cervical cancer. *ProcNatl Acad Sci U S A* 2012, 34(46): 14

37. Nucci R, Crum P. Redefining early cervical neoplasia: recent progress. *Adv Anat Pathol* 2007, 43(23): pp 7 – 12
38. Pett M, Coleman N. Integration of high-risk human papillomavirus: a key event in cervical carcinogenesis, *J Pathol* 2007, 33(2): pp 11 – 17
39. Snijders PJ, Steenbergen D, Heideman A, Meijer CJ. HPV-mediated cervical carcinogenesis: concepts and clinical implications. *J Pathol* 2006, 27(4): pp 4 – 5.
40. De Villiers EM. Relationship between steroid hormone contraceptives and HPV, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *Int J Cancer* 2003, 29(23): pp 11.
41. Duerr A, Kieke B, Warren D, et al. Human papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 2001; pp 184-195.
42. Castellsagué X, Muñoz N. Cofactors in human papillomavirus carcinogenesis--role of parity, oral contraceptives, and tobacco smoking. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2003, 17(2): pp 4.
43. Castle E, Wacholder S, Lorincz T et al. A prospective study of high-grade cervical neoplasia risk among human papillomavirus-infected women. *J Natl Cancer Inst* 2002, 23(2): pp 3 – 4.
44. Plummer M, Herrero R, Franceschi S et al. Smoking and cervical cancer: pooled analysis of the IARC multi-centric case--control study. *Cancer Causes Control* 2003, 20(9): pp 7 – 9.
45. Deacon M, Evans D, Yule R et al. Sexual behaviour and smoking as determinants of cervical HPV infection and of CIN3 among those infected: a case-control study nested within the Manchester cohort. *Br J Cancer* 2000, 17(21): pp 3.

46. Luhn P, Walker J, Schiffman M, et al. The role of co-factors in the progression from human papillomavirus infection to cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2013, 16(3): pp 18.
47. DiSaia J, Creasman T. Invasive cervical cancer. In: *Clinical Gynecologic Oncology*, 7th ed., Mosby Elsevier, Philadelphia 2007. Pp 55.
48. Partridge E, Abu-Rustum R, Campos M et al. Cervical cancer screening. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010, 12(2): pp 5.
49. Sellors J; Sankaranarayanan R; Colposcopia y el tratamiento de la neoplasia cervical intraepitelial; Centro Internacional de Investigación sobre el Cánc. Ly. Francia. 2003, 14(5): pp 11.
50. Calculadora de Tamaño muestral GRANMO, IMIM, [Pagina Web]. Fehade 2015 [actualizada el 7 de enero del 2018; acceso: 10 de julio ,2018]. Disponible en: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>.



## **ANEXOS**

## ANEXO N°1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TEMA: Factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: 1. ANTECEDENTES GINECO - OBSTÉTRICOS</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 16</li> <li>• 17</li> <li>• 18</li> <li>• 19</li> <li>• 20</li> <li>• 21</li> </ul>	Cuantitativa Discreta	Ficha de recolección de datos
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1</li> <li>• 2</li> <li>• 3</li> <li>• 4</li> <li>• 5</li> <li>• 6</li> </ul>	Cuantitativa Discreta	
PARIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestaciones</li> <li>• Cesáreas</li> <li>• Partos</li> <li>• Pérdidas</li> </ul>	Cualitativa Nominal	
RESULTADOS DE PAPANICOLAOU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASCUS</li> <li>• LIEBG</li> </ul>	Cualitativa Nominal	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LIAG</li> </ul>		
RESULTADOS DE COLPOSCOPIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NIC 1</li> <li>• NIC 2</li> <li>• NIC 3</li> </ul>	Cualitativa Nominal	

<b>VARIABLE INDEPENDIENTE: 2. BORDES COMPROMETIDOS</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
BORDES COMPROMETIDOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>	Cualitativa Nominal	Ficha de recolección de datos

<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICION	INSTRUMENTO
Recidiva de displasia de cérvix	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si</li> <li>No</li> </ul>	Cualitativa nominal	Ficha de recolección de datos

## ANEXO N°2: INSTRUMENTO

EDAD	
EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES	
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	
PARIDAD	Gestaciones
	Cesáreas
	Partos
	Pérdidas
RESULTADOS DE PAPANICOLAOU	Ninguno
	ASCUS
	LIEBG
	LIEA
RESULTADOS DE COLPOSCOPIA	Ninguno
	NIC 1
	NIC 2
	NIC 3
BORDES COMPROMETIDOS	Sí
	No
RECIDIVA	Sí
	No

## ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS

### Informe de Opinión de Experto

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **JARA AGUIRRE, CHANTAL JUAN**  
 1.2 Cargo e institución donde labora: **UNIVERSIDAD DE LIMA**  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**  
 1.5 Autor (a) del instrumento: **RODRIGUEZ ACOSTA, KATHERINE ADRIANA**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					95
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					95
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.					95
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					95
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					95
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación de antecedentes gineco-obstétricos, bordes comprometidos con la recidiva de displasia de cérvix.					95
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					95
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					95
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica de tipo casos y controles.					95

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

95%

Lugar y Fecha: Lima, ~~29 Octubre~~ 2018

  
Dr. Chantel JARA AGUIRRE  
Firma del Experto  
D.N.I Nº 25451905  
Teléfono 980126736

### Informe de Opinión de Experto

**I.- DATOS GENERALES:**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto: **HERNANDEZ GUERRA, WILFREDO**  
 1.2 Cargo e institución donde labora: **HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ**  
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico   
 1.4 Nombre del instrumento: **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**  
 1.5 Autor (a) del instrumento: **RODRIGUEZ ACOSTA, KATHERINE ADRIANA**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.					90
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los items.					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación de antecedentes gineco-obstétricos, bordes comprometidos con la recidiva de displasia de cérvix.					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					90
COHERENCIA	Entre los indices e indicadores.					90
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica de tipo casos y controles.					90

**III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

90%

Lugar y Fecha: Lima, 10 ~~de~~ Octubre de 2018

Firma del Experto

D.N.I. Nº 21443835

Teléfono 945591473



**ANEXO N°3: VALIDEZ DE INSTRUMENTOS-CONSULTA DE EXPERTOS**

Informe de Opinión de Experto

**I.- DATOS GENERALES:**

1.1. Apellidos y nombre del informante: **BRYSON MALCA, WALTER**

1.2. Cargo e institución donde labora: **UPSTB**

1.3. Tipo de experto: Metodólogo  Especialista  Estadístico

1.4. Nombre de instrumento: **FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

1.5. Autor del instrumento: **RODRIGUEZ ACOSTA, KATHERINE ADRIANA**

**II.- ASPECTOS DE VALIDACION:**

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 - 20%	Regular 21 - 40%	Buena 41 - 60%	Muy Buena 61 - 80%	Excelente 81 - 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					80
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					80
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.					80
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					80
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					80
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer la relación de antecedentes gineco-obstétricos, bordes comprometidos					80

	gineco-obstétricos, bordes comprometidos con la recidiva de displasia de cérvix.					80
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos.					80
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					80
METODOLOGIA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítica de tipo casos y controles.					80

III.- OPINION DE APLICABILIDAD:

*Aplauso*

IV.- PROMEDIO DE VALORACION

80%

Lugar y Fecha: Lima, 29 de Octubre del 2018

*[Firma manuscrita]*

Firma del Experto Informante  
 D.N.I Nº *[Firma]*  
 Médico Asistente de Unidad  
 de Terapias Intelectivas  
 C.N.P. N° 14355 - R.N.E. N° 1209  
 Hospital Nacional Hospital Umanu

## ANEXO N°4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TEMA: Factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e Indicadores
<p><u>General:</u></p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?</p>	<p><u>General:</u></p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.</p>	<p><u>General:</u></p> <p>Existen factores de riesgo para la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017.</p>	<p><u>Variables independientes:</u></p> <p>1. Antecedentes gineco-obstétricos</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Edad de inicio de relaciones sexuales</li> <li>• Número de parejas sexuales</li> <li>• Paridad</li> <li>• Resultados de papanicolaou</li> <li>• Resultados de colposcopia</li> </ul>
<p><u>Específicas:</u></p> <p>¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos asociados a la</p>	<p><u>Específicas:</u></p> <p>Identificar antecedentes gineco-obstétricos asociados a la recidiva de</p>	<p><u>Específicas:</u></p> <p>Los antecedentes gineco-obstétricos están asociados a la recidiva de displasia de</p>	

<p>recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?</p>	<p>displasia de cérvix en pacientes post operadas.</p>	<p>cérvix en pacientes post-operadas.</p>	<p>2.Bordes comprometidos Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>
<p>¿Cuál es la frecuencia de recidiva de displasia de cérvix en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?</p>	<p>Conocer la frecuencia de recidiva de la lesión en las pacientes post operadas.</p>	<p>El compromiso de márgenes endocervicales y exocervicales está asociados a la recidiva de displasia de cérvix en pacientes post-operadas.</p>	<p><u>Variable Dependiente:</u> Recidiva de displasia Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sí</li> <li>• No</li> </ul>
<p>¿Cuál es el compromiso de los márgenes endocervicales y exocervicales en pacientes post operadas del Hospital Carlos</p>	<p>Conocer el compromiso de los márgenes endocérvix y exocervicales posteriores al procedimiento quirúrgico.</p>	<p>La recidiva de displasia de cérvix en pacientes post-operadas no es elevada.</p>	

<p>Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?</p> <p>¿Cuáles son los resultados obtenidos en el seguimiento en pacientes post operadas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017?</p>	<p>Conocer los resultados obtenidos en el seguimiento posterior al procedimiento.</p>		
---	---	--	--

Diseño metodológico	Población y Muestra	Técnicas e instrumentos
<p><u>Nivel:</u></p> <p>Analítico - relacional.</p> <p><u>Tipo de Investigación:</u></p> <p>No experimental</p> <p>Observacional</p> <p>Retrospectivo</p> <p>Transversal</p> <p>Analítico: casos y controles</p>	<p>La población elegida para el estudio será toda paciente atendida en el servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, periodo 2010-2017. La muestra tomada será de 11 casos y 22 controles.</p> <p><u>Inclusión:</u></p> <p>Diagnosticadas de NIC I,II,III en la Institución en el cérvix.</p> <p>Tratamiento con Cono Leep en la Institución</p> <p>Pacientes que realicen sus controles en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.</p> <p><u>Exclusión:</u></p> <p>Paciente gestante.</p> <p>Presencia de adenocarcinoma in situ.</p> <p>Pacientes sometidas a otros procedimientos anteriores</p>	<p><u>Técnica:</u></p> <p>Documentación por medio de historias clínicas</p> <p><u>Instrumentos:</u></p> <p>Ficha de recolección de datos</p>