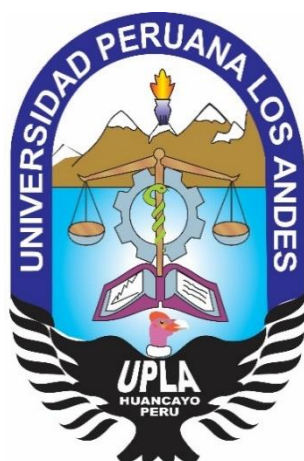


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Medicina Humana

Escuela Académico Profesional de Medicina Humana



TESIS:

- Título** : “Relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes del HNRPP, 2018”
- Para optar** : Título Profesional de Médico Cirujano
- Autora** : Bach. Cuba Arroyo, Mitzy Mireya
- Asesor** : Mg. Santiago Angel Cortez Orellana
- Línea de Investigación** : Salud y Gestión de la Salud
- Fecha de Inicio** : 1 de setiembre de 2019
- Fecha de Culminación** : 30 de marzo de 2021

Huancayo - Perú

Marzo, 2021

Asesor:

Mg. Santiago Angel Cortez Orellana

Dedicatoria

A mi madre por brindarme sus enseñanzas junto con su ejemplo me formó en valores y principios. A mis hermanas por el apoyo e incentivos durante la carrera. A mi padre, pese a no estar a mi lado, fue y será mi fortaleza y motivo de perseverancia.

Mitzy M. C. A.

Agradecimiento

A la Universidad Peruana Los Andes por brindarme un ambiente educativo donde pude desarrollar y fortalecer mi vocación de servicio.

A mis docentes de la facultad de medicina, por brindarme conocimientos, compartir experiencias y lecciones tanto dentro como fuera de las aulas, las cuales permitieron acrecentar mi desarrollo profesional al servicio de los demás.

Al personal de salud del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé por brindarme las facilidades para el desarrollo del presente estudio.

Presentación

El virus del papiloma humano (VPH) es el principal causante de cáncer de cuello uterino (CaCU), siendo los tipos 16 y 18, los relacionados al mismo, organismos internacionales relacionados a la salud mencionan que las personas se contagiarán con VPH al menos una vez en la vida; no obstante, cuando se convierte en una infección persistente y duradera se desarrollan lesiones premalignas que al no ser tratadas evolucionan en CaCU. Por ello, la presente investigación establece la relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesiones premalignas en pacientes atendidas en el Hospital Nacional Regional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP) durante el año 2018.

Consideramos de mayor importancia el diagnóstico temprano como medio de prevención del cáncer; asimismo, la difusión de información relacionada a los factores que incrementan la probabilidad de contraer una infección por VPH en las jóvenes y la aplicación de los métodos y técnicas de diagnóstico en el grupo etario de mujeres adultas.

La metodología empleada para el desarrollo de la investigación consistió en aplicar el método deductivo junto con el diseño no experimental (transeccional); el nivel del estudio fue correlacional clasificándose como una investigación aplicada. Se incluyeron 204 pacientes que fueron atendidas en el HNRPP en el año 2018, que tuvieron diagnóstico de displasia cervical (lesión premaligna) y que contaran con los 3 tipos de exámenes: PAP, Colposcopia y Biopsia. Cada paciente fue seleccionada mediante muestreo de tipo censal, de manera que se optó por considerar a todas las pacientes.

En base a la muestra de estudio se aplicó una ficha de recolección de información para luego desarrollar el procesamiento y análisis estadístico de los datos obtenidos.

La presente tesis está estructurada en seis capítulos: El primer capítulo alude al planteamiento del problema; el segundo capítulo corresponde a la revisión del marco

teórico; en el tercer capítulo se formula las hipótesis de investigación; en el cuarto capítulo se establece la metodología de investigación; en el quinto capítulo se encuentran los resultados; en el sexto capítulo se consigna el análisis y discusión de resultados. Finalmente se presentan las conclusiones, las recomendaciones y los anexos.

Contenido

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Presentación	v
Contenido	vii
Contenido de tablas	x
Contenido de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiv
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1. Descripción de la realidad problemática	14
1.2. Delimitación del problema	17
1.2.1. Delimitación Espacial	17
1.2.2. Delimitación Temporal	17
1.2.3. Delimitación Conceptual o Temática	17
1.3. Formulación del problema	17
1.3.1. Problema General	17
1.3.2. Problemas Específicos	17
1.4. Justificación	18
1.4.1. Justificación Social	18
1.4.2. Justificación Teórica	18
1.4.3. Justificación Metodológica	19
1.5. Objetivos	19
1.5.1. Objetivo General	19
1.5.2. Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Antecedentes Internacionales	20
2.1.2. Antecedentes Nacionales	21
2.2. Bases teóricas o científicas	22

2.2.1.	Cáncer de cuello uterino (CaCU).....	22
2.2.2.	Lesión premaligna de cuello uterino	23
2.2.3.	Factores de riesgo.....	25
2.2.4.	Fisiopatología.....	27
2.2.5.	Clínica.....	28
2.2.6.	Epidemiología.....	29
2.2.7.	Diagnóstico	30
2.2.8.	Manejo de lesiones premalignas.....	41
2.3.	Marco conceptual (de las variables y dimensiones)	42
CAPÍTULO III HIPÓTESIS		44
3.1.	Hipótesis general	44
3.2.	Hipótesis Específicas.....	44
3.3.	Variables (definición conceptual y operacional).....	44
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA		46
4.1.	Método de investigación.....	46
4.2.	Tipo de investigación	46
4.3.	Nivel de investigación	46
4.4.	Diseño de la investigación.....	46
4.5.	Población y muestra	47
4.6.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
4.6.1.	Técnicas de recolección de datos	48
4.6.2.	Instrumentos de recolección de datos	49
4.7.	Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	49
4.8.	Aspectos éticos de la investigación	49
CAPÍTULO V RESULTADOS		50
5.1.	Descripción de resultados.....	50
5.1.1.	Perfil de las pacientes.....	50
5.1.2.	Resultados del PAP actual	53
5.1.3.	Resultados colposcópicos.....	55
5.1.4.	Resultados de biopsia.....	55
5.2.	Contrastación de hipótesis.....	56

5.2.1.	Contraste de la hipótesis general.....	56
5.2.2.	Contraste de la primera hipótesis específica	57
5.2.3.	Contraste de la segunda hipótesis específica	59
5.1.1.	Contraste de la tercera hipótesis específica.....	60
5.1.2.	Contraste de la cuarta hipótesis específica.....	62
CAPÍTULO VI ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		644
CONCLUSIONES		677
RECOMENDACIONES		688
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		699
ANEXOS.....		778
Anexo 1 Matriz De Consistencia.....		789
Anexo 2 Matriz de operacionalización de variables.....		81
Anexo 3 Matriz de operacionalización del instrumento.....		812
Anexo 4 Instrumento de investigación y constancia de su aplicación		823
Anexo 5 La data de procesamiento de datos		845

Contenido de tablas

Tabla 1 Técnicas citológicas	32
Tabla 2 Operacionalización de variables	45
Tabla 3 Perfil de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018	50
Tabla 4 Resultados del uso de métodos anticonceptivos de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018.....	51
Tabla 5 Antecedentes familiares anticonceptivos de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018.....	51
Tabla 6 Antecedentes personales de citologías previas de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018.....	522
Tabla 7 Estadística de PAPs del HNRPP de Enero – Diciembre del 2018.....	54
Tabla 8 Resultados del PAP actual de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018	55
Tabla 9 Resultados del PAP – Clasificación Bethesda de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018.....	554
Tabla 10 Resultados colposcópicos de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018	575
Tabla 11 Resultados de Biopsia de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018	585
Tabla 12 Resultados de la Prueba Chi-cuadrado de la hipótesis general	597
Tabla 13 Resultados de la Prueba Chi-cuadrado de la primera hipótesis específica .	58
Tabla 14 Resultados de la Prueba Chi-cuadrado de la segunda hipótesis específica.	59
Tabla 15 Resultados de la relación entre PAP y el resultado de la biopsia.	61
Tabla 16 Resultados de la relación entre PAP y resultados de Biopsia.	61

Contenido de figuras

Figura 1. Casos reportados de cáncer de cuello uterino en Perú, 2006- 2011.	15
Figura 2. Clasificación de las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (NIC).	24
Figura 3. Factores de riesgo del CaCU.	26
Figura 4. Clínica del CaCU e infección por VPH.	29
Figura 5. Anomalías de las células epiteliales.	33
Figura 6. Cáncer cervical, imágenes tomadas mediante colposcopia.	36
Figura 7. Terminología colposcópica del cuello uterino.	37
Figura 8. Beneficios de los estudios colposcópicos.	39
Figura 9. Histograma de las edades de las pacientes	62

Resumen

Objetivos: Establecer la relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino en las pacientes que acuden al HNRPP en el año 2018.

Material y Métodos: El método deductivo junto con diseño no experimental (transeccional), un nivel correlacional y un tipo de investigación aplicada; considerando como tamaño muestral a 204 pacientes que fueron atendidas en el HNRPP en el año 2018, la muestra está conformada por pacientes con diagnóstico de displasia cervical (lesión premaligna) y que contaran con los 3 tipos de estudios: PAP, Colposcopia y biopsia. Cada paciente fue seleccionada mediante muestreo de tipo censal, de manera que se optó por considerar a todas las pacientes que cumpla los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: Se identificó que existe una relación significativa entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna al obtener un valor de $p = 0.015$ del estadístico Chi Cuadrado, lo que implica que ambas técnicas son complementarias para el diagnóstico y localización. Asimismo, se encontró una relación significativa entre PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales evidenciando que ambos coinciden en caso de que se identifique una anomalía. Finalmente, se estimó que PAP tiene una alta sensibilidad (90.36%) y una especificidad (93.51%).

Conclusiones: La correlación cito-colposcópica en lesiones premalignas del cuello uterino es significativa de manera que permiten identificar en similar línea; así como la relación entre la PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales. No obstante, no se encontró una relación significativa entre los resultados colposcópicos e histológicos.

Palabras clave: citología; colposcopia; histología; lesiones premalignas; cuello uterino.

Abstract

Objectives: To establish the relationship between cytological and colposcopic findings of premalignant cervical lesion in patients who attended the HNRPP in 2018.

Material and Methods: The deductive method together with non-experimental design (transectional), a correlational level and a type of applied research; Considering the sample size of 204 patients who were treated at the HNRPP in 2018, the sample is made up of patients undergoing screening for premalignant cervical lesions. Each patient was selected by census-type sampling, so it was decided to consider all patients.

Results: It was identified that there is a significant relationship between the cytological and colposcopic findings of premalignant lesion when obtaining a value of $p = 0.015$ of the Chi Square statistic, which implies that both techniques are complementary for diagnosis and localization. Likewise, a significant relationship was found between abnormal PAP and abnormal colposcopic findings, evidencing that both coincide in the event that an abnormality is identified. Finally, it was estimated that PAP has a high sensitivity (90.36%) and a specificity (93.51%)

Conclusions: The cyto-colposcopic correlation in premalignant cervical lesions is significant, so that they allow to identify in a similar line; as well as the relationship between abnormal PAP and abnormal colposcopic findings. However, no significant relationship was found between colposcopic and histological results.

Keywords: cytology; colposcopy; histology; premalignant lesions; cervix.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El cáncer del tracto genital inferior femenino constituye la segunda variedad de cáncer más recurrente en el mundo, esto se evidencia en el hecho de que, a nivel mundial, más de 500000 mujeres son diagnosticadas con dicha enfermedad cada año, falleciendo más de la mitad de las mismas (1). Así, este tipo de cáncer es globalmente, la segunda causa de muerte femenina, a nivel continental, la tasa más baja de mortalidad relacionada a este tipo de cáncer es la norteamericana.

Actualmente a nivel latinoamericano es la más frecuente causa de muerte femenina, ocasionando alrededor de 30 000 muertes por año (2). Cabe destacar que, de manera general, las más elevadas tasas de mortalidad femenina se encuentran presentes en países en desarrollo como Costa Rica, Perú, Bolivia, Colombia, Brasil y México. Sin embargo, países como Cuba y Puerto Rico constituyen la excepción debido a sus tasas inferiores (3).

La evidencia empírica señala que las lesiones del cuello uterino constituyen un modelo de múltiples etapas, las cuales, potencialmente, pueden culminar en carcinoma invasor. En este sentido, el hecho de que el desarrollo de dichas etapas suela requerir aproximadamente de 20 años se ha basado para la elaboración de programas de muestreo citológico ligados a la identificación de la enfermedad en cuestión en etapa pre invasora (4). Así, las evaluaciones de tipo preventivas regulares se han ido volviendo cada vez más comunes, hecho que estaría relacionado, de manera inversa, con el decaimiento de la incidencia de cáncer cérvico uterino (5).

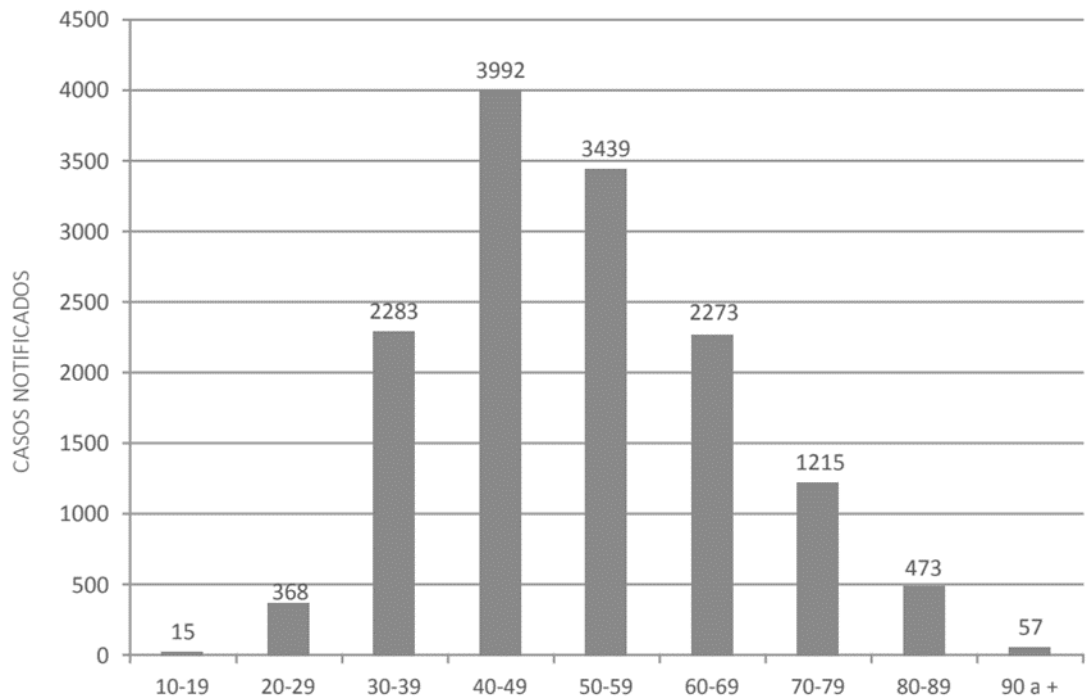


Figura 1. Casos reportados de cáncer de cuello uterino en Perú, 2006- 2011. Adaptado de “Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino”, por MINSA (5), Lima: Ministerio de Salud.

En esta línea de análisis, se considera que el cáncer del tracto genital inferior femenino requiere de un lapso comprendido entre los 10 y 20 años para transformarse en un cáncer invasor por lo que es más frecuente en grupos etarios de edades superiores a los 30 años de edad (5), esto se puede constatar en la Figura 1.

Así, dada la sencillez para la realización de exámenes físicos por observación directa y en adición, el estudio citológico e histológico del cuello uterino, se tiene que el diagnóstico temprano o precoz de las lesiones premalignas que suelen preceder a las lesiones invasoras del cuello uterino es relativamente sencillo y efectivo para la reducción de muertes femeninas asociadas al tema en cuestión (6).

Sin embargo, problemas relacionados a limitantes en cuanto a recursos, seguro de salud y la atención médica representan barreras significativas. De esta manera, en países como el Perú, la carencia de regulares exámenes ginecológicos

constituye un serio problema que limita la identificación prematura de la enfermedad, lo cual decanta en muertes que pudieron haber sido evitadas (1).

Así, de manera general, se estima que la aplicación de métodos de diagnóstico precoz, como la citología y colposcopia, pueden ayudar en la prevención, mediante la identificación de lesiones premalignas, de al menos el 40% de los casos de CaCU (7).

En este sentido, cabe destacar que la citología constituye un método de screening recomendado para el posible diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales y carcinomas invasores que, a su vez, requiere de estudios complementarios como la biopsia y colposcopia (8). La prueba más difundida entre los métodos de screening viene a ser la prueba de Papanicolau (PAP), que consiste en un procedimiento empleado para obtener células procedentes del cuello uterino, con la finalidad de someterlas a observación con un microscopio y detectar cáncer o precáncer.

Por otro lado, la colposcopia constituye un examen orientado a la localización de lesiones, previamente detectadas mediante el examen de PAP, mediante la utilización de un lente de aumento. Todo esto para realizarse una biopsia posterior y, finalmente, establecer un diagnóstico definitivo (9).

Finalmente, se considera que las dos técnicas de diagnóstico previamente mencionadas se vienen empleando para la identificación de infecciones tanto malignas como premalignas del tracto genital inferior femenino. Sin embargo, se han identificado discordancias entre los resultados de las mismas (10), lo cual constituye el objeto de interés de la presente investigación académica. Cabe destacar que finalmente son los estudios histológicos quienes resultan concluyentes al momento de establecerse el diagnóstico definitivo del CaCU (10).

1.2. Delimitación del problema

La población investigada fueron las pacientes del HNRPP del consultorio de ginecología, entre el periodo enero a diciembre del 2018, pacientes que en las cuales se realizaron exámenes citológicos y colposcópicos de cuello uterino, los cuales se vincularon con lesiones premalignas.

1.2.1. Delimitación Espacial

El estudio comprendió a las pacientes que recibieron atención en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP) ubicado en el distrito de El Tambo, provincia de Huancayo de la Región Junín.

1.2.2. Delimitación Temporal

El estudio se delimitó temporalmente en el año 2018, específicamente aquellas pacientes que se atendieron entre enero a diciembre.

1.2.3. Delimitación Conceptual o Temática

La delimitación conceptual comprende los hallazgos citológicos, colposcópicos e histológicos relacionados a la identificación de las lesiones premalignas de cuello uterino que se hallaron en las pacientes tratadas.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018?

- ¿Cuál es la relación entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018?
- ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad de la toma de PAP en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018?
- ¿Cuál es la incidencia y grupo etario que es más afectada por las lesiones premalignas en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación Social

La presente investigación pone en relevancia que toda paciente que presente lesión premaligna, no solo se le realice PAP, sino que también se le solicite colposcopia y que ambos estudios sean de inicio para así aumentar la sensibilidad y especificidad cuando se realice el diagnóstico de las lesiones premalignas. Nuestro resultado puede servir como elemento bibliográfico o referencial a ser considerado con el fin de poder por parte de las instituciones pertinentes planificar campañas de orden preventivo para prevenir cáncer de cuello de cérvix.

1.4.2. Justificación Teórica

Esta tesis produjo conocimiento, partiendo de datos del año 2018 se establecerá la sensibilidad y especificidad para diagnosticar lesiones premalignas en nuestro medio y partiendo de ello poder plantear alternativas de mejora para la detección de estas lesiones. Es necesario que se desarrollen estudios sobre lesiones premalignas de cuello uterino en nuestro medio de manera que sea posible actuar de forma adecuada frente a los hallazgos en la población vulnerable. Asimismo, los resultados servirán como base para estudios posteriores que enfatizen el tema de investigación, brindado los criterios de sensibilidad y especificidad correspondientes a los hallazgos citológicos e histológicos.

1.4.3. Justificación Metodológica

En el desarrollo de la tesis y posterior alcance de los objetivos previamente propuestos, se requiere de unos instrumentos de recopilación de la información. En este caso los mismos fueron formulados tomando como paradigma los aportes del MINSA (11) y EsSalud (12). Las mediciones se centraron en determinar la sensibilidad y especificidad al momento de hacer el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Establecer la relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.
- Determinar la relación entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.
- Determinar la sensibilidad y especificidad de la toma de PAP en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.
- Determinar cuál es el grupo etario que es más afectada por las lesiones premalignas en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Medina, E. et al. (2014 - México) concluyen que entre el cáncer cervicouterino y la enfermedad pre invasiva del cérvix existen similares factores de riesgo. Asimismo, identifica que un factor necesario para la progresión a cáncer invasor es el Virus del Papiloma Humano (VPH); no obstante, no es el único. Finalmente, para los diagnósticos de lesiones de alto grado, verdaderos precursores del cáncer, los estudios histopatológicos de la biopsia cervical constituyen elementos muy importantes (13).

Cordero, J. (2014 - Cuba) concluye que en las pacientes que comenzaron tempranamente su vida sexual y son mayores de 35 años, suelen predominar citologías de cuello uterino alteradas. En adición, la incidencia de cáncer cérvico uterino suele ser más alta en pacientes con diagnósticos de lesiones intraepiteliales. Por último, las correlaciones colpo-citológicas suelen ser adecuadas tanto para lesiones intraepiteliales bajas como altas (14).

Cordero, J. et al. (2015 - Cuba) concluyen que, por su posición anatómica, el cérvix uterino, como órgano, permite su estudio y evaluación tanto histológico como citológico, así también el examen de tipo físico por observación directa, todo esto de forma relativamente sencilla. De esta manera, hace posible significativamente la identificación temprana de lesiones de tipo premalignas que preceden a lesiones uterinas invasoras (15).

Lima, M. et al. (2017 - Venezuela) concluyen que los reportes de Lesiones Intraepiteliales Escamosas de Bajo Grado (LIEBG) suelen manifestarse junto a variaciones clínicas como atipias o inflamaciones tanto leves como severas. Simultáneamente, hallazgos de biopsias con persistencia y

variabilidad clínica suelen asociarse, frecuentemente, al VPH. Por último, resaltan la existencia de una asociación entre el cambio colposcópico anormal del epitelio acetoblanco y las LIEBG (16).

Ciendua, G. et al. (2019 - México) concluyen que la indicación principal de la colposcopia lo constituye el reporte de atipia de células de tipo escamoso de significado indeterminado, después de esta, suelen venir las lesiones intraepiteliales de bajo grado. De esta manera, se tendría que la colposcopia constituye una herramienta importante, a la vez decisiva, para la identificación de lesiones premalignas en el cuello uterino (17).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Ayala, Y. (2016 - Lima) concluyó que los hallazgos, de tipo citológicos, principales en el cuello uterino, en casos de mujeres gestantes, fueron lesiones de clase intraepitelial de bajo grado. Así mismo, advierte la existencia de una relación significativa entre los hallazgos tanto colposcópicos como citológicos de cuello uterino en mujeres en proceso de gestación (18).

Ramírez, V. (2016 - Lima) concluye que la correlación existente entre la evaluación citológica y la colposcópica en lesiones premalignas del cuello uterino es débil en contraste a la existente entre la evaluación histológica y la colposcópica, que puede considerarse como muy buena. Asimismo, señala que el valor predictivo negativo a la par de la sensibilidad de la citología es bajo, lo que no cumple para el valor predictivo positivo ni para la especificidad, de esta manera la colposcopia constituye una opción más favorable (19).

Huayhua, S. (2016 - Cajamarca) concluye que, en mujeres con sospecha de lesión precursora de cáncer de cérvix, la citología evidencia una negatividad más significativa, por su parte, la colposcopia suele evidenciar más frecuentemente anormalidad; finalmente, la biopsia de cuello cervical suele demostrar carcinomas de tipo tanto invasor como in situ (9).

Lozada, N. (2018 - Trujillo) concluye que, en pacientes con lesiones premalignas de cérvix, el grado de concordancia de los hallazgos citológicos, colposcópicos e histopatológicos es elevado para mujeres de edades entre 20 y 39 años, con más de dos compañeros sexuales y con edades prematuras de inicio de actividad sexual. Así la correlación colposcopia–histopatología, citología–colposcopia y citología–histopatología fue significativa (20).

Gallegos, D. (2019 - Cusco) concluye que la manifestación de lesiones premalignas de CaCU se encuentra vinculada estrechamente a la edad de inicio de relaciones sexuales, así mismo, entre otros factores de riesgo están la cantidad de parejas sexuales junto a la edad del primer parto. Por último, entre algunos factores intervinientes que no constituyen factores de riesgo se identifican a antecedentes de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y de infecciones vaginales (21).

2.2. Bases teóricas o científicas

2.2.1. Cáncer de cuello uterino (CaCU)

El cáncer de cuello uterino, es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal (71).

Enfermedad prevenible desarrollada gradualmente, comenzando con cambios celulares anormales llamados displasia que podría retroceder o avanzar a lo largo de los años. Estos cambios precancerosos se pueden detectar con la prueba de PAP y la enfermedad puede ser prevenida antes de que se produzca (22).

2.2.2. Lesión premaligna de cuello uterino

Cambios caracterizados como anormales que suelen originarse en fases tempranas del desarrollo de cáncer. En ausencia de tratamiento, las mismas suelen tener potencial para progresar hacia el desarrollo de cáncer invasivo (23).

Las lesiones premalignas de cuello uterino constituyen lesiones pre neoplásicas, de esta manera, constituyen alteraciones diferenciadas en las células epiteliales del área de transformación concerniente al cuello uterino (7).

Estas son una especie de lesiones microscópicas que se caracterizan por mostrar, antes de progresar a carcinoma invasor, manifestaciones como Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) o atipia celular a diversos grados de displasia (24).

Las lesiones premalignas de cuello uterino suelen ser conocidas también como neoplasias cervicouterinas intraepiteliales. Cabe destacar que las mismas, en ausencia de tratamiento, pueden cursar los tres estadios de las NIC (25). En la práctica clínica dentro del diagnóstico ha de requerir imperativamente la aplicación de citología, colposcopia y biopsia para confirmar el tratamiento (25).

Las NIC constituyen una nomenclatura vinculada a lesiones premalignas de CaCU, es decir, son los cambios epiteliales de las zonas de transformación (26). Cabe destacar que las mismas se encuentran frecuentemente asociadas al VPH (27).

Los cambios atípicos que se suelen dar en la zona de transformación pueden ser leves, moderados o severos, según la profundidad (13). De esta manera se tiene la clasificación presente en la Figura 2.

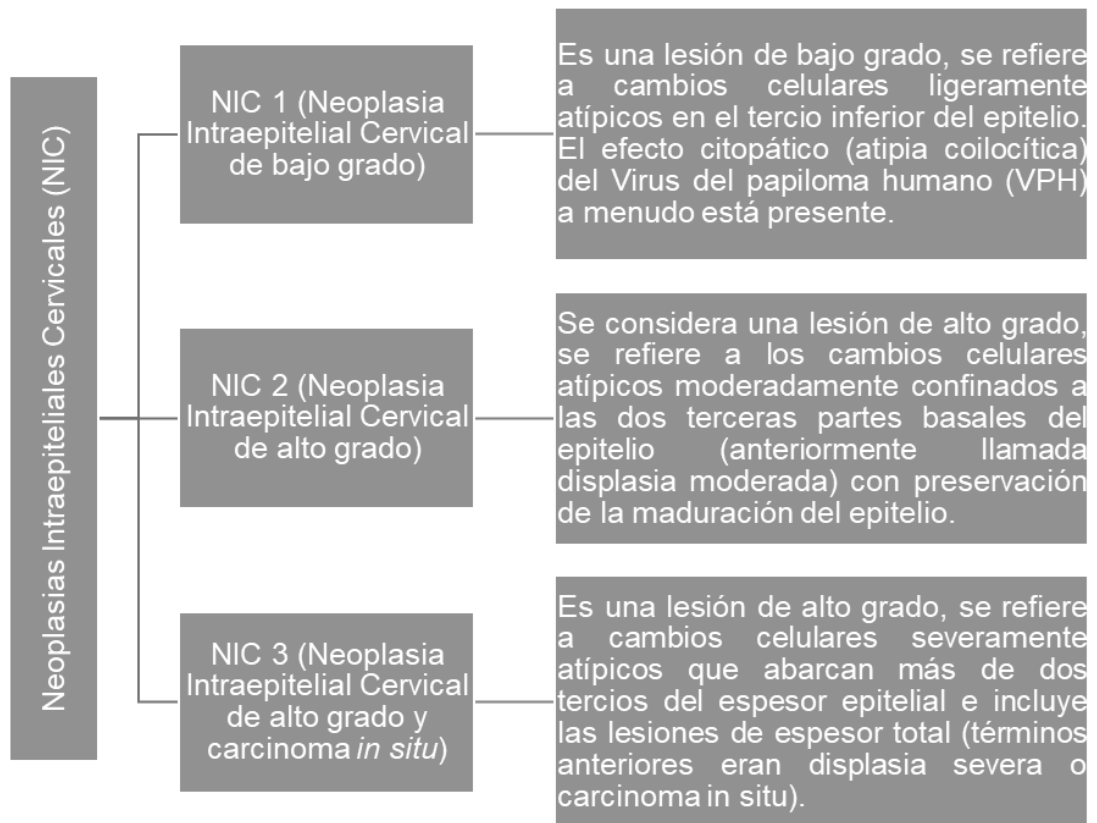


Figura 2. Clasificación de las Neoplasias Intraepiteliales Cervicales (NIC). Adaptado de “Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas/Gaceta Mexicana de Oncología”, por Medina, E. et al. (13).

Posterior al establecimiento de las NIC, se estableció una nueva nomenclatura orientada a la descripción de alteraciones citológicas, la cual, además, contempla conceptos nuevos relacionados a infecciones por VPH (28). De esta manera se tiene la clasificación siguiente:

- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado (LIEBG). Incluyen NIC 1 (28).
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LIEAG). Incluyen NIC 2 y 3 (28).

2.2.3. Factores de riesgo.

La infección asintomática del VPH es la principal causa de lesiones premalignas de cuello uterino, y luego cáncer, habiendo, además, susceptibilidad genética entre la población con presencia de Antígeno Leucocitaria Humano (HLA) (7). En esta línea de análisis, se identifica que diversos estudios señalan que la infección con el VPH se constituye en una causa necesaria; sin embargo, no suficiente para el desarrollo de CACU, así, se aconseja la existencia de factores de riesgo adicionales que suelen actuar conjuntamente con el VPH (29).

Algunos de los factores mencionados en el párrafo anterior se muestran en la Figura 3, a continuación, serán apropiadamente descritos los más importantes.

- Multiparidad.

Las alteraciones hormonales que acontecen durante el desarrollo del embarazo como la elevación de los niveles tanto de progesterona como de estrógeno pueden modular la respuesta inmune al VPH, influyendo en el riesgo de progresión o persistencia (30). De esta manera, “se ha planteado la hipótesis de que los mecanismos hormonales son explicaciones biológicamente plausibles de la asociación entre paridad y NIC o cáncer cervical en mujeres infectadas” (30). Embarazos múltiples suelen estar correlacionados con múltiples lesiones cervicales, cérvico-vaginales, infecciones que incluyen el VPH, por lo tanto, se considera como una justificación teórica, aunque no existe una conclusión general sobre el tema (31).

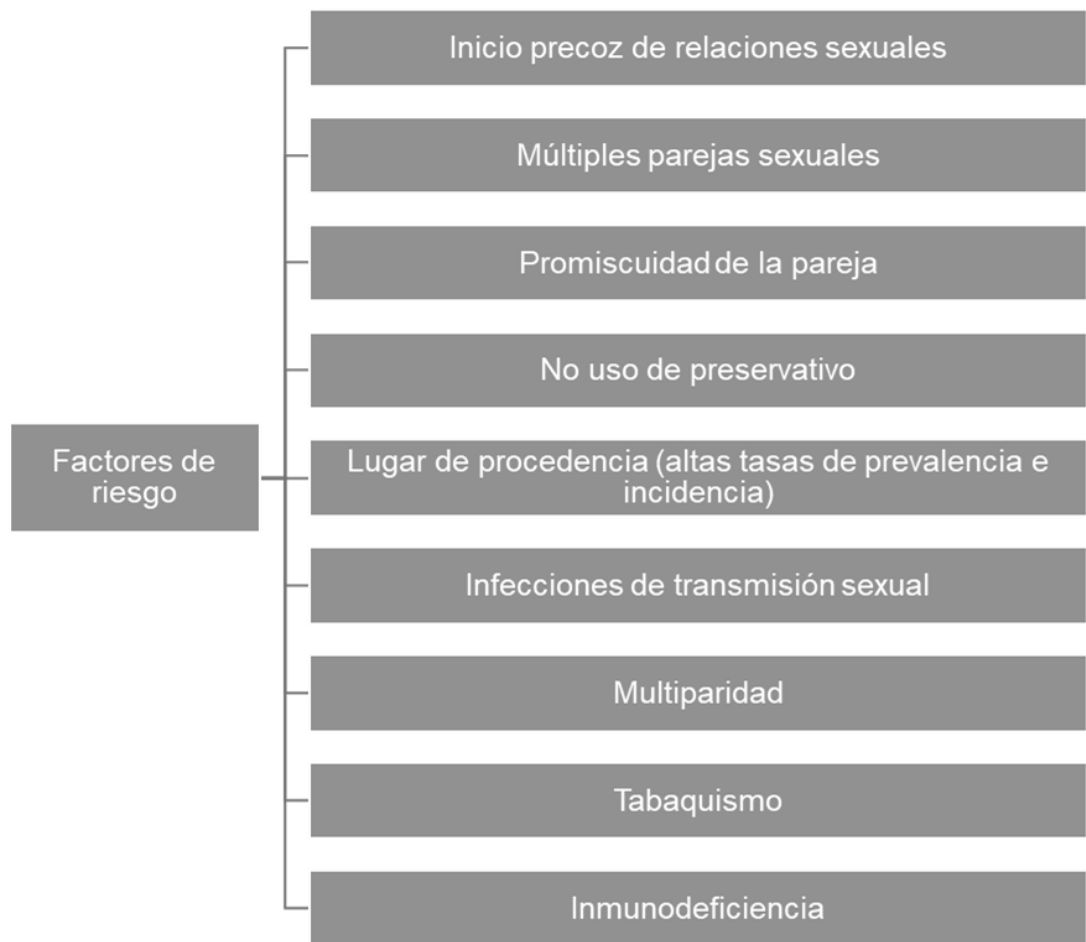


Figura 3. Factores de riesgo del CaCU.

Adaptado de “Detección temprana del cáncer de cuello uterino en ESSALUD”, por EsSalud (12).

- Inicio temprano de relaciones sexuales.

La temprana edad como comienzo del desarrollo de actividades sexuales constituye un factor relevante de riesgo para el desarrollo de CaCU, lo que obedece al hecho de que diferentes estudios ginecobstétricos señalan la existencia de correlación entre mujeres que tuvieron su primera relación sexual en la adolescencia (antes de los 20 años) y el desarrollo de cáncer (32). Corresponde a un factor de riesgo para el desarrollo de CaCU y se da cuando la mujer es sexualmente activa a temprana edad, esta característica se relaciona con tener muchas parejas sexuales (33).

- Número de parejas sexuales.

Existe evidencia empírica que muestra que el hecho de tener dos o más parejas con las que se tiene encuentros de tipo sexual se encuentra estrechamente relacionado al desarrollo de lesiones de tipo precanceroso cervical, lo cual podría obedecer al hecho de que los números elevados de parejas sexuales elevan los riesgos vinculados a contraer una infección por VPH (34).

- Métodos anticonceptivos.

La utilización de anticonceptivos con progestágeno, en conjunción con otros componentes, se encuentra asociada a mayores riesgos de hallazgos citológicos anormales (35). Algunos informes señalan que existen mayores riesgos de desarrollar tanto carcinomas como adenocarcinomas cervicales después del uso prolongado de anticonceptivos de tipo oral (36). El riesgo de desarrollar CaCU es directamente proporcional al tiempo de uso de píldoras anticonceptivas por parte de la mujer. Sin embargo, el riesgo se reduce al suspender su uso requiriendo 10 años aproximadamente para volver a usarlas (37).

- Infección por el VPH.

Esta constituye el factor principal de riesgo para el desarrollo de CaCU. Los genotipos del virus del papiloma humano como el VPH 16 y 18 se determinaron como potenciales oncogénicos, estando relacionados a casi el 50% de las NIC 3 (38).

2.2.4. Fisiopatología.

Para el desarrollo del CaCU, el primer paso es la aparición de lesiones premalignas debido al ingreso del VPH oncogénico en las células epiteliales del cuello uterino, subsiguiente a esto acontecen interferencias en las funciones celulares normales (7).

Gran parte de las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente, persistiendo; no obstante, solo algunas. En dichos casos, las células epiteliales evolucionan a células premalignas, ulteriormente, a carcinoma e invasión de la membrana basal (5), al respecto Torres, F. señala:

“El gen p16 es una proteína codificada por el gen supresor tumoral CDKN2A, localizado en el cromosoma 9, y actúa como inhibidor de las cinasas dependientes de ciclinas que desacelera el ciclo celular actuando en el punto de control fase G1 - fase S mediante la inactivación de la proteína codificada por el gen del retinoblastoma (pRb). Existe, por tanto, una relación recíproca entre pRb y p16. Se ha demostrado que la expresión de los productos de los genes virales E6 y E7 determinan una inactivación tanto de p53 como de pRb. Esta inactivación corresponde con una sobreexpresión del gen p16”. (39).

Cabe destacar que los tipos de VPH de más alto riesgo son los que más suelen persistir. Así el VPH de tipo 16 y 18 son los responsables de casi el 70% del cáncer cervical (5).

2.2.5. Clínica.

Las mujeres deben ser sometidas a un tamizaje mediante citología, específicamente por medio de la aplicación de la prueba PAP. Si los resultados de esta prueba son confirmatorios, el diagnóstico de neoplasia intraepitelial requiere de la aplicación de colposcopia. En adición, se debe tomar una biopsia de las lesiones para el posterior establecimiento del tratamiento correspondiente, esto último siempre y cuando se haya confirmado el diagnóstico mediante histología (25). En la figura 4 se presenta la clínica del CaCU e infección por VPH.

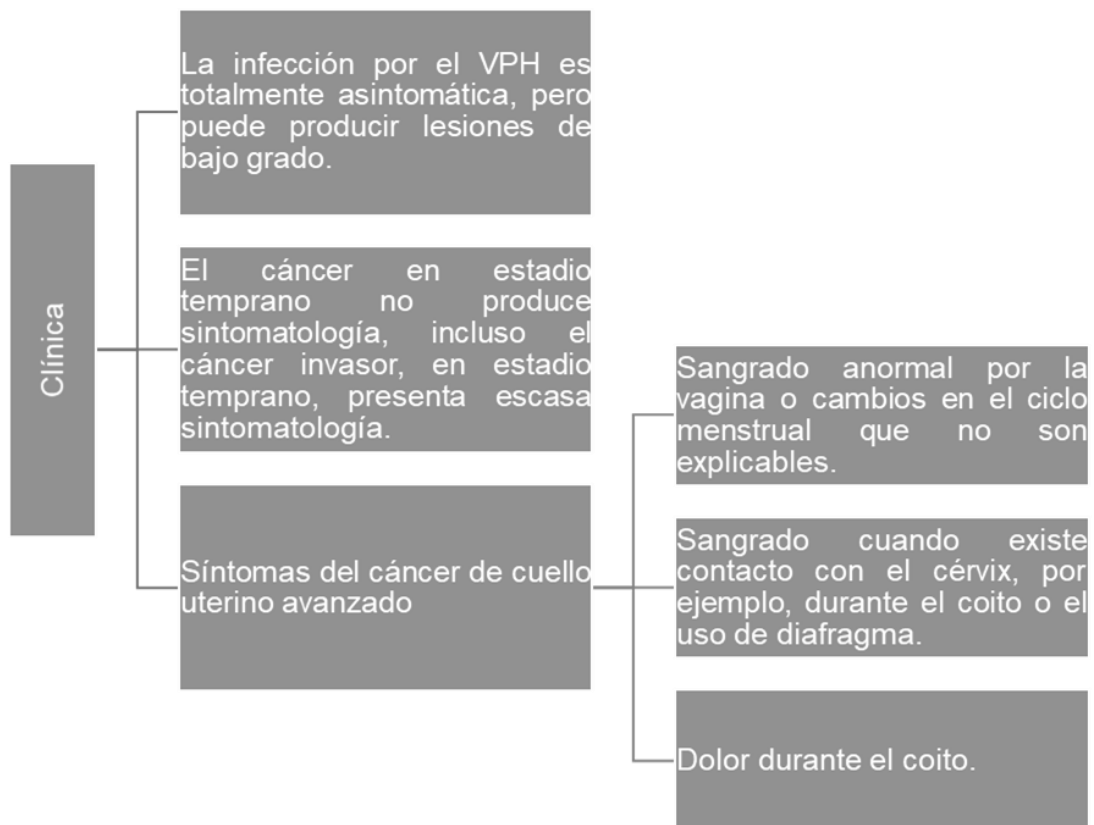


Figura 4. Clínica del CaCU e infección por VPH.

Adaptado de “Cervical premalignant lesions and their management/*Journal of the Turkish German Gynecological Association*”, por Kose-Naki FM (25).

2.2.6. Epidemiología.

De manera general, la incidencia anual estimada de NIC es de 4% para NIC 1 y 5% para NIC 2 y 3. Lesiones de alto grado son frecuentemente diagnosticadas en pacientes de edades entre los 25 y 35 años, a la vez, el cáncer invasivo es frecuentemente diagnosticado en mujeres mayores de 40 años de edad (40).

En Perú, en promedio, muere una persona por cáncer cervical cada 5 horas. En adición, de todos los tipos cáncer existentes, el CaCU es el más notificado con el 24.1% de los casos de cáncer en poblaciones femeninas (5). En cuanto a su presencia en los diferentes departamentos del territorio, en orden de frecuencia es más común en Loreto con un 29% de todos los cánceres

reportados en Loreto, el 28.6% en Ucayali, el 28.5% en Madre de Dios y el 28.4% en Moquegua, en contraste con Junín donde el porcentaje promedio es de 12.6% de todos los cánceres reportados (41). Este tipo de cáncer afecta de forma desproporcionada y con mayor frecuencia a mujeres de países en desarrollo caracterizados por débiles sistemas de tamizaje, lo cual implica diagnósticos en estadios demasiado avanzados (42).

En cuanto a la infección por VPH, globalmente, la mayoría de casos son de tipo 16 y/o 18; asimismo, esta resulta ser más frecuente en mujeres con edades inferiores a 35 años y mayores a los 45 (43). En Perú, *“la infección por VPH (...) está presente en el 6.6% de mujeres con citología normal, en el 27.3% de mujeres con LIBG, en el 53.1% de LIAG (...)”* (5).

2.2.7. Diagnóstico

Los criterios de diagnóstico tanto para lesiones premalignas como para CaCU (5) son:

A. PAP o detección citológica

La citología cervical, gracias al desarrollo del PAP, constituye una prueba estándar de detección tanto para las lesiones cervicales premalignas como para el CaCU (44). Por lo que, la citología cervical constituye un análisis de células provenientes del cuello uterino de la paciente (19). La Organización Panamericana de la Salud comenta:

“Método de tamizaje de lesiones cervicales premalignas. Es la toma de muestra de células de la zona de transformación. Se requiere un espéculo y alumbrado para visualizar el cérvix, el personal sanitario extrae muestras del exocérvix y endocérvix y se transfiere a un portaobjetos o a un envase con solución conservante; posteriormente, la muestra se rotula y transporta al laboratorio para procesamiento e interpretación con microscopio” (45).

El PAP es visto como método de tamizaje orientado a la detección de anormalidades citológicas presentes en el cuello uterino (9). También, es una técnica de ayuda para el diagnóstico de carcinomas invasores y lesiones escamosas intraepiteliales, que a su vez requiere de estudios complementarios como la biopsia y colposcopia (8).

Los resultados de la citología cervical no son definitivos, excepto cuando se identifica una LIEAG. Por ello, se establece que su función es la de la identificación de anormalidades celulares asociadas a un mayor riesgo de desarrollo de cáncer (46).

a. Prueba de screening.

i. Citología convencional o PAP

Método citológico orientado a la detección de alteraciones a nivel celular vinculadas a lesiones tanto malignas como premalignas (12). Se ha establecido algunos parámetros para la realización de este examen:

- La citología convencional se debería realizar en las pacientes de 21 a 65 años.
- La citología convencional se debe realizar en las pacientes después de 3 años de inicio de la actividad sexual.
- Al realizar el examen este consiste en la Inspección Visual con Ácido Acético (IVAA) y se efectúa en pacientes de 30 a 50 años.

ii. Citología en base líquida (CBL).

Esta constituye un método de estudio citológico automatizado orientado a la detección de alteraciones de orden celular tanto malignas como premalignas. Se lleva a cabo en mujeres de edades de entre 21 y 65 años, o luego de tres años desde la primera relación

sexual. Consiste en la toma de una muestra del cuello uterino para su posterior colocación en un vial junto a un líquido fijador (12).

iii. Test de identificación de ADN para VPH.

Las pruebas orientadas a la identificación del VPH se llevan a cabo mediante el análisis de la presencia de secuencias de ADN de este virus, esto gracias a la reacción en cadena de polimerasa. Su utilización es bastante frecuente en poblaciones de difícil acceso y con elevadas incidencias de cáncer. Finalmente, cabe destacar que se encuentra indicado principalmente para mujeres de edades de entre 30 y 50 años (12).

A continuación, en la Tabla 1 se resume las principales técnicas citológicas, grupo etario y control por cada técnica.

Tabla 1

Técnicas citológicas

Técnica recomendada	Grupo etario	Control
Citología convencional	21-65 años.	Cada año
	A los 03 años del inicio de actividad sexual.	
Citología convencional + IVAA	30 - 50 años.	Cada 03 años
Citología de base líquida	21 - 65 años.	Cada 03 años
	A los 3 años del inicio de actividad sexual.	
Test de identificación de ADN para VPH	30 - 50 años.	Cada 05 años

Fuente: Tomado de “Detección temprana del cáncer de cuello uterino en ESSALUD”, por EsSalud (12)., Lima: EsSalud. IVAA = Inspección Visual con Ácido Acético; VPH = Virus del Papiloma Humano.

b. Anomalías de las células epiteliales.

En la figura 4 se detalla las anomalías de las células epiteliales.

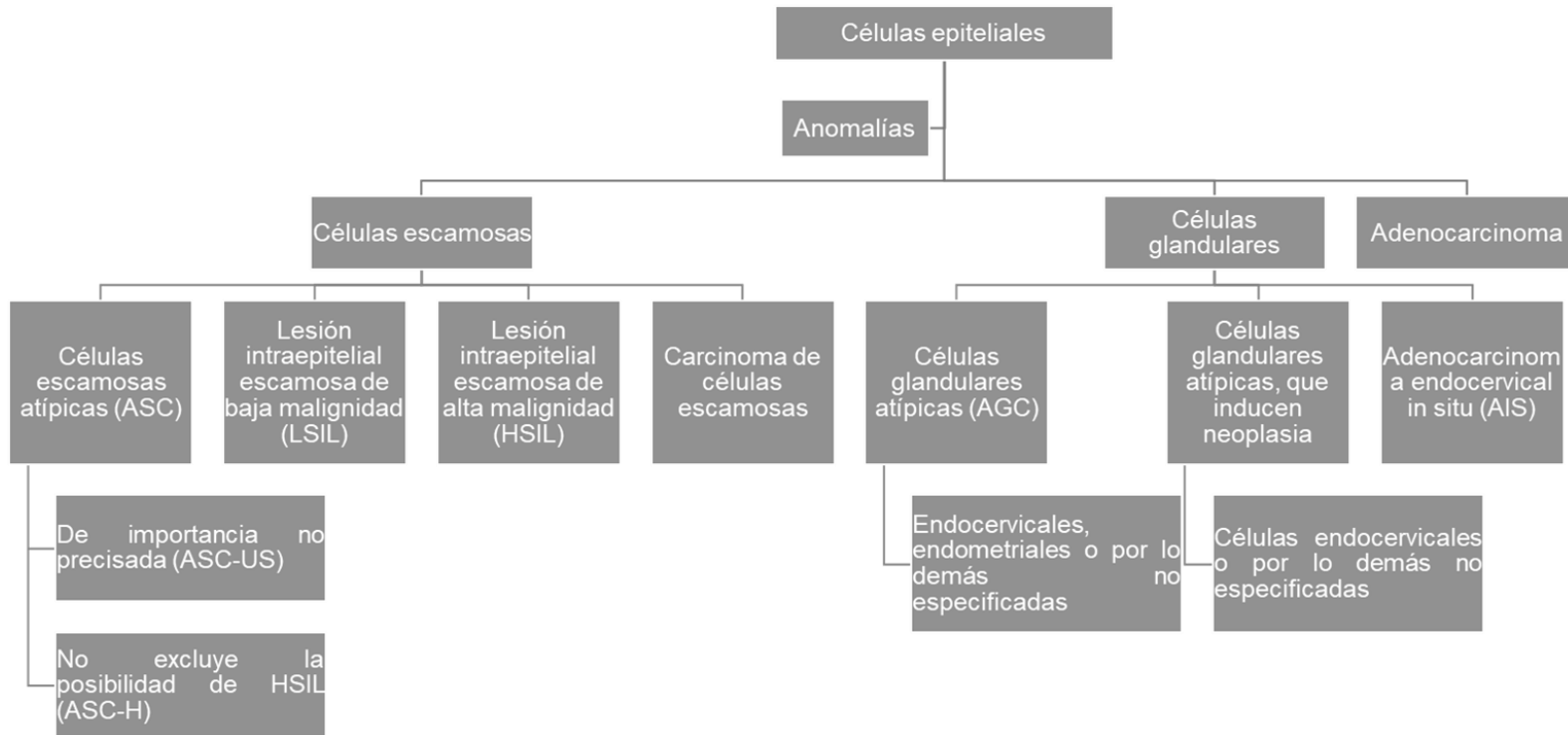


Figura 5. Anomalías de las células epiteliales.

Adaptado de “Ginecología de Williams”, por Hoffman, B. et al. (47)., España: McGraw-Hill.

c. Reporte de resultados.

A nivel mundial, los estudios citológicos contemplan la terminología del sistema Bethesda para el reporte de resultados derivados de su desarrollo (48). Cada uno de sus componentes se encuentra detallado a continuación:

- *Atipia de células escamosas de significado incierto (ASCUS). Anormalidad citológica más frecuente: 4,4%. El riesgo progresión a NIC 2-3 es de 6,4-11,9% y a cáncer es de 0,1-0,2% (48).*
- *Atipia de células escamosas de alto grado (ASCH). No supera el 5%, 68% de estas desarrollan NIC 2 (48).*
- *Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LSIL). Oscila en 7-8% en poblaciones de alto riesgo y presentación está general en un 2%, segunda anomalía citológica más frecuente. Aproximadamente, 15-30% progresan a NIC 2 (48).*
- *Lesión Escamosa Intraepitelial De Alto Grado (HSIL). Caracterizada por tener características de sospecha de invasión, donde pueden estar involucradas las glándulas endocervicales, tiene un 70-75% de presentar NIC 2,3 confirmado por biopsia de cuello uterino y un 1-2% de cáncer invasivo cervical (48).*
- *Atipias de Células Glandulares (AGC). Poco comunes con una tasa de reportes aproximadamente del 0,4% y hasta un 15-20% se vinculan a lesiones del endocérvix o del endometrio (48).*

d. Sensibilidad y especificidad.

La sensibilidad del PAP es baja (46%); concordando como se señala en el estudio de Di Bonito y Col. con un 76.3%. En tanto, la especificidad es alta (92%) equiparable al estudio de Di Bonito y col. con un 93% (49)

B. Colposcopía.

Esta constituye un examen orientado a la localización de lesiones previamente detectadas mediante el examen de PAP, en el cual se utiliza un lente de aumento para la observación directa del cuello uterino. Todo esto para realizarse una biopsia posterior y, finalmente, establecer un diagnóstico definitivo (9). El colposcopio se utiliza para observar las características del epitelio cervical, previo a esto se requiere efectuar la aplicación de una solución de ácido acético o una solución salina isotónica (7).

La colposcopia también se define como el examen tanto de la vagina como del cuello uterino y se lleva a cabo mediante la utilización del colposcopio, cabe destacar que este último hace posible la observación directa de los tejidos del cuello uterino para su estudio (12). También se considera una técnica cuyo objetivo es la localización de lesiones tanto premalignas como malignas frente a citología anormal (50).

Durante este procedimiento se coloca un espéculo al interior de la vagina, se lleva el colposcopio a aproximadamente 30 centímetros para una posterior inspección de las áreas superficiales de esos órganos mirando a través de los lentes de aumento. Para mejorar la probabilidad de un diagnóstico visual correcto, se suele utilizar también ácido acético para presentar las partes anormales del epitelio como manchas blancas sobre un fondo rojo (22). En la figura 6 se observa imágenes de una colposcopía.



Figura 6. Cáncer cervical, imágenes tomadas mediante colposcopia.
Tomado de “What every woman should know about cervical cancer”, por Markovic,
N. (22)., Maryland: Springer.

a. Hallazgos colposcópicos anormales.

En la figura 7 se detalla la terminología usada en la colposcopia del cuello uterino.

Terminología colposcópica del cuello uterino			
Evaluación general		<ul style="list-style-type: none"> Adecuada/inadecuada a causa de... (por ejemplo: cuello uterino no claro por inflamación, sangrado, cicatriz). Visibilidad de la unión escamocolumnar: completamente visible, parcialmente visible, no visible. Tipos de zona de transformación 1,2,3	
Hallazgos colposcópicos normales		Epitelio escamoso original: <ul style="list-style-type: none"> Maduro Atrófico Epitelio columnar <ul style="list-style-type: none"> Ectopia Epitelio escamoso metaplásico <ul style="list-style-type: none"> Quistes de Naboth Aberturas glandulares y/o criptas glandulares Deciduosis en el embarazo.	
Hallazgos colposcópicos anormales	Principios generales	Ubicación de la lesión: dentro o fuera de la zona de transformación, ubicación de la lesión según las agujas del reloj. Tamaño de la lesión número de cuadrantes del cuello uterino que cubre la lesión, tamaño de la lesión en porcentajes del cuello uterino.	
	Grado 1 (menor)	Epitelio acetoblancodelgado. Borde irregular	Mosaico fino, puntillado fino
	Grado 2 (mayor)	Epitelio acetoblancodenso, aparición rápida de epitelio acetoblancoglandulares abiertos con bordes engrosados.	Mosaico grueso, puntillado grueso. Bordes delimitados, signo del límite del borde interno, signo de cresta o sobreelevado.
	No específicos	Leucoplasia (queratosis, hiperqueratosis), erosión solución de Lugol (test de Schiller): positivo/negativo.	
Sospecha de invasión		Vasos atípicos signos adicionales: vasos delgados, superficie irregular, lesión exofítica, necrosis, ulceración (necrótica), tumoración nodular.	
Hallazgos varios		Zona de transformación congénita, condiloma, pólipo (exocervical /endocervical) inflamación.	Estenosis, anomalía congénita, anomalías post tratamiento, endometriosis.

Figura 7. Terminología colposcópica del cuello uterino.

Adaptado de “Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011 / Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior”, por Bornstein, J. et al. (51).

b. Exactitud del diagnóstico colposcópico.

La finalidad de la terminología colposcópica es la obtención de una correlación entre la lesión histológica y los cambios colposcópicos, de manera general, la colposcopia constituye una especie de técnica de valoración tanto operador dependiente como subjetiva, de esta manera, presenta una pobre correlación inter observador, inclusive entre expertos (52). Shaw, E. et al. comenta:

“El mayor grado de concordancia se consigue con la interpretación de las imágenes acetoblancas con un índice de kappa de 0.37. Sin embargo, si únicamente se evalúan los cambios acetoblancos la correlación es menor que si además se incluye la valoración del borde de la lesión y el patrón vascular” (52).

Existe evidencia que señala la existencia de buena correlación entre la clasificación colposcópica y la histología de la lesión, no obstante, el nivel de concordancia sigue dependiendo tanto de la experiencia como de la destreza del especialista que lleva a cabo el estudio, sin embargo, generalmente, el nivel de concordancia es superior en dos casos, cuando el epitelio sea normal y cuando las lesiones son de alto grado (53).

c. Beneficios.

Entre las ventajas principales de los estudios colposcópicos se encuentra el hecho de que restringen la infravaloración de la biopsia, permitiendo así la reducción de la ansiedad de la mujer sometida a evaluación. Otro de sus claros beneficios es que reduce los tratamientos en casos concretos en los cuales pueden presentarse regresiones de carácter espontáneo. Los beneficios adicionales a los ya mencionados se muestran en la Figura 8.

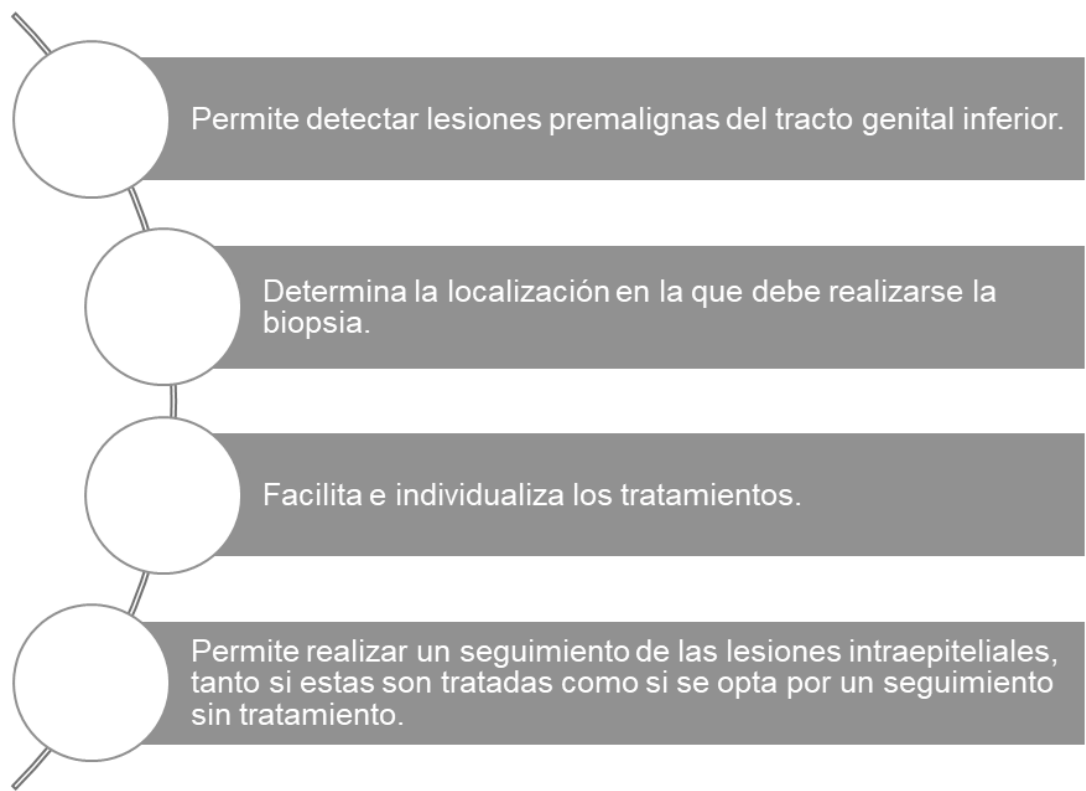


Figura 8. Beneficios de los estudios colposcópicos.

Adaptado de “Prevención del cáncer de útero”, por Torné, A. et al. (54)., New York: Guía APCC.

d. Daños potenciales.

La colposcopia como técnica de exploración no muestra contraindicaciones absolutas, de esta manera, tanto la movilidad como los riesgos asociados a dicho procedimiento se consideran extremadamente bajos (55). Entre los pocos inconvenientes están: el dolor entre las pacientes, aunque se considera poco significativo, y efectos psicológicos negativos como la ansiedad (56).

A la vez, cabe destacar que algunas investigaciones señalan que este tipo de estudio presenta un riesgo muy importante, el hecho de que se encuentra estrechamente vinculado al eminente porcentaje de conizaciones con histología negativa (54).

e. *Sensibilidad y especificidad.*

A nivel mundial, la colposcopia presenta una sensibilidad alta (96.2%); no obstante, posee un VPP muy bajo (33.9%); en tanto, la especificidad cambia en cuanto al PAP, esta es muy baja (28.1%) y posee un VPN alto (95.1%) (57).

C. Biopsia.

“El diagnóstico definitivo de lesiones premalignas o cáncer se hace con biopsia (...) no se requiere biopsias para tratar lesiones cervicales diagnosticadas por IVAA o colposcopia. La estrategia tamizar (...) recomienda tratar con crioterapia sin considerar la confirmación diagnóstica” (5).

D. Prueba del VPH

La infección por VPH es la ETS más común, para el caso de Estados Unidos afecta a millones de personas afectando tanto a hombres como mujeres; de modo que, gran parte de las personas no tienen conocimiento de que se han infectado, no muestran síntomas y/o problemas de salud (15).

Las infecciones por VPH se clasifican como de bajo o alto riesgo (15).

- De bajo riesgo: Pueden originar verrugas en el ano y la región genital incluso en la boca; en ciertos casos las verrugas se pueden localizar en brazos, manos, pies y pecho; de modo que, las verrugas no generan problemas graves de salud y desaparecen solas o al emplear un procedimiento menor por parte de un profesional de la salud.
- De alto riesgo: En su mayoría no generan síntomas y desaparecen en un lapso de 1 a 2 años; no obstante, aquellas que duran años, es decir, prolongadas son las que generan cáncer, siendo el VPH la causa de mayor parte de los casos de CaCU, asimismo, causan otros tipos de cáncer (ano, vagina, pene, garganta y boca).

La prueba de VPH se orienta en la detección de VPH de alto riesgo, siendo el diagnóstico en casos de VPH de bajo riesgo el examinar visualmente cada una de las verrugas. Si bien los hombres pueden contagiarse, gran parte se recupera sin ningún síntoma (12).

E. Examen físico.

“Debe realizarse un examen pélvico en toda mujer con síntomas sugestivos de cáncer de cuello uterino (...) Cualquier lesión elevada, friable, o que tenga la apariencia de condiloma debe ser biopsiada, independientemente de los resultados benignos anteriores de citología cervical” (57).

Sobre el diagnóstico diferencial de cáncer cervical, destacar que contempla condiciones adicionales que originan flujo vaginal, sangrado vaginal fuerte o irregular, o presencia de lesiones cervicales visibles (5). Así mismo, es preciso señalar que las lesiones de tipo tumoral benignas confundibles con cáncer de cuello uterino son: endometriosis, pólipos, cambios glandulares reactivos de la inflamación, quistes de Naboth y úlceras asociadas a infecciones de transmisión sexual (5).

Finalmente, existen una serie de exámenes auxiliares para diagnóstico tanto para lesiones premalignas como para CaCU, estas son: (a) colposcopia; (b) citología cervical o PAP; (c) Pruebas moleculares para la detección del VPH; y (d) IVAA (5)

2.2.8. Manejo de lesiones premalignas.

Generalmente, los tratamientos se encuentran orientados a la destrucción o eliminación de la totalidad de la lesión de ser posible (58). En este sentido, se identifican dos maneras de manejar propiamente las lesiones premalignas, estas son: la escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP) y la terapia por ablación (crioterapia y termo coagulación) (5).

- Escisión electro quirúrgica con asa de la zona de transformación (LEEP).

Consiste en la utilización de un asa de alambre delgado, accionado por una unidad electro quirúrgica, para cortar y coagular, simultáneamente. La finalidad de este procedimiento es la extracción de la lesión junto a la totalidad de la zona de transformación (5).

- Ablación.

Mediante la técnica de ablación conocida como crioterapia se descartan áreas precancerosas del cuello uterino a través de la congelación. Así, la crioterapia *“consiste en aplicar un disco metálico extremadamente frío sobre el cuello uterino y congelar las áreas anormales cubiertas (...) Después de la crioterapia, el área congelada se regenera como epitelio normal”* (5).

Cabe mencionar que, además del método de la crioterapia, existen otras técnicas de ablación, por ejemplo, la termo coagulación, que consiste en la eliminación de tejido mediante elevadas temperaturas (59).

2.3. Marco conceptual (de las variables y dimensiones)

- **Ablación.** *“En el campo de la medicina, extracción o destrucción de una parte del cuerpo o tejido o de su función. La ablación se puede realizar mediante cirugía, hormonas, medicamentos, radiofrecuencia, calor u otros métodos”* (60).
- **Biopsia.** *“Extracción de células o tejidos para ser examinados por un patólogo. Es posible que el patólogo estudie el tejido con un microscopio o realice otras pruebas con las células o el tejido”* (60).
- **Cáncer de cuello uterino.** Enfermedad prevenible desarrollada gradualmente, comenzando con cambios celulares anormales llamados displasia que podría retroceder o avanzar a lo largo de los años.

- **Citología.** Es una técnica de ayuda para el diagnóstico de carcinomas invasores y lesiones escamosas intraepiteliales, que, a su vez, requiere de estudios complementarios como la biopsia y colposcopia (8).
- **Colposcopia.** Constituye un examen orientado a la localización de lesiones, previamente detectadas mediante el examen de PAP, mediante la utilización de un lente de aumento. Todo esto para realizarse una biopsia posterior y, finalmente, establecer un diagnóstico definitivo (9).
- **Crioterapia.** Técnica quirúrgica mediante la cual se descartan áreas precancerosas del cuello uterino por congelación. Aplicando un disco metálico extremadamente frío sobre el cuello uterino y congelando las áreas anormales cubiertas, después de la crioterapia, el área congelada se regenera como epitelio normal (5).
- **Inicio de relaciones sexuales.** Factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical y se da cuando la mujer es sexualmente activa a temprana edad, esta característica se relaciona con tener muchas parejas sexuales (61).
- **Lesiones premalignas de cuello uterino.** Cambios caracterizados como anormales en los tejidos uterinos en fases tempranas del desarrollo de cáncer. En ausencia de tratamiento, las mismas suelen tener potencial para progresar hacia el desarrollo de cáncer invasivo (23).
- **PAP.** Constituye un método citológico orientado a la detección de alteraciones a nivel celular vinculadas a lesiones premalignas (12).
- **Promiscuidad.** Consiste en tener muchas parejas sexuales debido a que el contacto sexual permite la transmisión fácil del virus VPH y este al ser el factor más recurrente para que se dé el cáncer cervical la promiscuidad se constituye como factor de riesgo consecuente (61).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

Existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.

3.2. Hipótesis Específicas

- Existe una relación positiva entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.
- Existe una relación positiva entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.
- La toma de PAP en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018 tiene una baja sensibilidad y una alta especificidad.
- El grupo etario más afectado por las lesiones premalignas en las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018 son las mujeres adultas.

3.3. Variables (definición conceptual y operacional)

- a. Variables de interés
 - Hallazgos citológicos
 - PAP
 - Hallazgos colposcópicos
- b. Variables de caracterización
 - Resultado de biopsia o histológicos

La operacionalización de las variables puede apreciarse en la Tabla 2.

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Tipo de Variable	Ítems
Prueba citológica	Técnica de ayuda para el diagnóstico de carcinomas invasores y lesiones escamosas intraepiteliales, que, a su vez, requiere de estudios complementarios como la biopsia y colposcopia (8).	Prueba de soporte para el diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales y carcinomas.	Hallazgos citológicos	Resultado positivo (ASC-US, ASC-H, LIE.BG, LIE.AG, Carcinoma in Situ)	Nominal	10
				Resultado negativo	Nominal	
			PAP	Resultado positivo	Nominal	10
				Resultado negativo	Nominal	
			Resultados histológicos	Resultado positivo	Nominal	13
				Resultado negativo	Nominal	
Prueba colposcópica	Examen orientado a la localización de lesiones, previamente detectadas mediante el examen de PAP, mediante la utilización de un lente de aumento. Todo esto para realizarse una biopsia posterior y, finalmente, establecer un diagnóstico definitivo (9).	Prueba orientada a la localización de lesiones mediante la utilización de un lente de aumento.	Hallazgos colposcópicos	Resultado positivo	Nominal	11
				Resultado negativo	Nominal	

CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

El método aplicado fue el deductivo, el cual, según Hernández, R. et al., se encuentra orientado a la comprensión de fenómenos desde la perspectiva de los participantes y en relación con el contexto de dicho fenómeno de manera que se generalizan los datos a partir de evidencias particulares (62).

4.2. Tipo de investigación

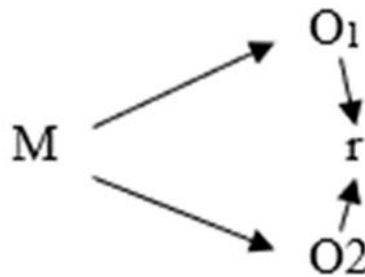
Para Arias, F., las investigaciones de tipo aplicadas buscan construir, conocer y modificar una determinada realidad problemática, además, los conocimientos que se obtienen mediante su aplicación hacen posible la resolución de problemas específicos (63). De esta manera, se ha visto por conveniente su utilización.

4.3. Nivel de investigación

Dada la configuración de los objetivos del presente documento, se identifica al nivel correlacional como conveniente para su desarrollo. Sobre este Espinoza, C. menciona que poseen el propósito de realizar una evaluación de la relación existente entre dos o más variables sujetas de análisis (64).

4.4. Diseño de la investigación

Se usó el diseño no experimental transeccional correlacional, el cual, según Hernández, R. et al., estudia únicamente el o los fenómenos de interés sin manipular las variables involucradas (62). Cabe destacar que, para este tipo de diseño se recolectó la información en un periodo determinado de tiempo desde enero a diciembre al 2018.



Donde:

- M: Pacientes sometidas a tamizaje para análisis de lesión premaligna de cuello uterino del HNRPP, 2018.
- r : Grado de relación
- O_1 : Hallazgos colposcópicos
- O_2 : Hallazgos citológicos

4.5. Población y muestra

La población es un conjunto de individuos o cosas de los cuales se necesita la información necesaria para el desarrollo de una investigación (65). Para el desarrollo de la presente tesis se determinó como población las historias clínicas del consultorio de ginecología desde enero a diciembre del 2018 con el diagnóstico de displasia cervical, siendo 312 historias clínicas.

Simultáneamente, la muestra constituye una parte adecuada y representativa de la población, es decir, la muestra reúne las principales características de la población y guarda relación con las particulares condiciones que se estudian (66). En este caso, estará conformada por pacientes con diagnóstico de displasia cervical (lesión premaligna) y que contaran con los 3 tipos de exámenes: PAP, Colposcopia y Biopsia. Cabe destacar que cada una de

ellas fueron seleccionadas mediante muestreo de tipo censal, de manera que se optó por considerar a todas las pacientes.

Asimismo, se han definido criterios de inclusión y exclusión para delimitar la muestra. Los criterios de inclusión fueron:

- Pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del HNRPP con historia clínica activa durante el año 2018 y con diagnóstico de displasia cervical en cualquiera de sus grados.
- Historia clínica con resultado de PAP.
- Historia clínica con resultado de colposcopia.
- Historia clínica con resultados de biopsia.

Mientras que los criterios de exclusión fueron:

- Historias clínicas que solo cuenten con uno de los resultados, ya sea PAP o colposcopia.
- Historias clínicas que tengan resultados no legibles.

Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, el tamaño muestral fue de 204 pacientes.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

4.6.1. Técnicas de recolección de datos

Son aquellos medios a través de los cuales procedemos a la recopilación de la información necesaria de un fenómeno, esto en base a los objetivos planteados para la investigación (67). De esa manera, para el desarrollo de la presente tesis se vio por conveniente emplear la revisión documental de historial clínico.

4.6.2. Instrumentos de recolección de datos

Asimismo, se ha visto por conveniente la utilización de la ficha de recolección de información como instrumento correspondiente. Cabe destacar la misma se basó en los documentos presentados por el MINSA (11) y EsSalud (12). La ficha de recolección de datos fue elaborada de forma específica para la investigación.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los datos fueron recopilados, se procesaron y analizaron, según los respectivos objetivos previamente establecidos, con la ayuda y manejos de los programas informáticos “IBM SPSS Statistics 26.0”.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

En el estudio se tomó en cuenta los procedimientos adecuados, al cumplir con los principios de ética sobre el inicio y culminación de los procedimientos detallados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes.

Tanto la información como los datos a incluir en el trabajo de investigación serán fidedignos. Para ello, se gestionó el permiso institucional del HNRPP, con el fin de acceder a las historias clínicas. De modo que, para evitar cometer faltas éticas (plagio, falsificación de datos, omitir la citación de fuentes bibliográficas, entre otras) se toma en cuenta para la presentación del proyecto y posterior sustentación.

Finalmente, la investigación fue aprobada para su desarrollo por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes.

CAPÍTULO V RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

Se detallan los resultados de la aplicación de la estadística descriptiva incluyendo cada uno de los estadísticos de tendencia central respecto al perfil de las pacientes sobre la sexualidad (edad de inicio de relaciones, número de parejas sexuales), asimismo, la edad y el número de citologías previas; sobre cada uno de estos datos se incluyen valores mínimos, máximos, media y desviación estándar. En total fueron 204 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de displasia cervical (lesión premaligna) y que tuvieron los 3 exámenes: PAP, Colposcopia y Biopsia.

5.1.1. Perfil de las pacientes

Para esta sección, se consideran las características personales como la edad actual de la paciente, la edad a la que inició las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales y el número de citologías previas; dado que, son datos cuantitativos se detallan los estadísticos descriptivos.

En la Tabla 3 se detalla el perfil de las pacientes atendidas en el HNRPP.

Tabla 3
Perfil de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Nivel	Min.	Max.	Media	D.E.
Edad	19	82	44.41	11.627
Edad de inicio de relaciones sexuales	14	34	17.77	2.626
Número de parejas sexuales	1	6	2.63	1.157
Número de citologías previas	0	7	1.08	1.255

Fuente. Datos recopilados con el instrumento “Ficha de recolección de datos”.
(*) Min=Valor mínimo; Max=Valor máximo; D.E.=Desviación estándar

Interpretación.

Nuestro estudio demostró que la media de las pacientes presento una edad de 44.41 años, mientras que el inicio de relaciones sexuales se ubicó

alrededor de los 17.77 años de edad, en relación al número de parejas sexuales esta fue de 2.63 en promedio, mientras que el número de citologías previas realizadas en otras consultas antes de su ingreso a la presente investigación fue de 1.08.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se muestran los resultados del uso de métodos anticonceptivos de las pacientes.

Tabla 4
Resultados del uso de métodos anticonceptivos de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Método Anticonceptivo	N	%
No usa	124	60.8
Inyectable hormonal	31	15.2
Preservativos	24	11.8
Bloqueo tubárico bilateral	11	5.4
Anticonceptivos orales	10	4.9
DIU	4	2.0
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento “Ficha de recolección de datos”.

Interpretación.

En la Tabla 44 se muestran los resultados respecto al uso de método anticonceptivos, resalta que el 60.8% no emplea ningún método; en tanto, un 15.2% utiliza ampollas hormonales, un 11.8% preservativos, el 5.4% bloqueo tubárico bilateral, el 4.9% anticonceptivos orales, y el 2% dispositivos intrauterinos como la T cobre. Sobre estos resultados, el dato más resaltante es el 11.8% que no usa preservativo, con lo cual se incrementan las probabilidades de contraer una infección por VPH; lo mismo que ha deberse a falta de información.

Tabla 5
Antecedentes familiares de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Antecedentes familiares	N	%
Negativo	161	78.9
Positivo	43	21.1
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento “Ficha de recolección de datos”.

Interpretación.

Como se puede apreciar en la Tabla 5, el 78.9% de la población indicó que no presentan antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino, mientras que el 21.1% indicó que sí tenían familiares que alguna vez padecieron cáncer de cuello uterino.

Tabla 6

Antecedentes personales de citologías previas de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Antecedente	N	%
No se realizaron	83	40.7
Si se realizaron	121	59.3
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento “Ficha de recolección de datos”.

Interpretación.

En la Tabla 6 se muestran los resultados respecto a las citologías previas; el 40.7% indicó que no realizó citologías previas; por lo que, sería la primera vez que se realiza esta técnica para diagnosticar carcinomas invasores y lesiones escamosas; en tanto, superior al 59.3% indicó que se había realizado una o más citologías previas; por lo que, habría sospechas de carcinomas o lesiones en ocasiones anteriores.

5.1.2. Resultados de PAP del HNRPP de Enero – Diciembre, 2018

Respecto a los resultados de PAP del HNRPP de Enero – Diciembre 2018 se clasificaron de acuerdo al diagnóstico encontrado, presentándose en una tabla de frecuencia y porcentaje.

Tabla 7

Estadística de PAPs del HNRPP de Enero – Diciembre del 2018.

Resultado	N	%
Negativo a células neoplásicas malignas	24 559	94.04
ASC-US	304	1.16
ASC-H	108	0.41
LIE BG	166	0.63
LIE AG	120	0.46
Carcinoma Escamoso	13	0.05
AG-US	9	0.03
Escasa celularidad	526	2.01
Proceso inflamatorio	310	1.21
Total	26, 115	100.0

Fuente. Bases de datos del HNRPP.

Interpretación.

En la Tabla 7 se aprecia que de todos los PAPs realizados entre Enero – Diciembre del 2018 en el HNRPP, el 94.04% presento un resultado negativo a células neoplásicas malignas; el 1.16% presento resultado de ASC-US; el 0.41% presento resultado de ASC-H; el 0.63% presento resultado de LIE BG; el 0.46% presento resultado de LIE AG; el 0.05% presento resultado de Carcinoma escamoso; el 0.03% presento resultado de AG-US; el 2.01% presento resultado de Escasa celularidad y el 1.21% presento resultado de Proceso inflamatorio.

5.1.3. Resultados del PAP actual

Respecto a los resultados de la aplicación del PAP se clasificaron en positivo y negativo, presentándose en una tabla de frecuencias y porcentajes.

Tabla 8

Resultados del PAP actual de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Resultado	N	%
Negativo	10	4.9
Positivo	194	95.1
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento “Ficha de recolección de datos”.

Interpretación.

En la Tabla 8 se aprecia que el 95.1% de las pacientes presento algún grado alteración citológica a nivel de cuello uterino; en tanto, un 4.9% de las pacientes presento resultado negativo.

5.1.4. Resultados del PAP – Clasificación Bethesda

Respecto a los resultados de la aplicación del PAP se clasificaron de acuerdo a la clasificación de Bethesda, presentándose en una tabla de frecuencias y porcentajes.

Tabla 9

Resultados del PAP – Clasificación Bethesda de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesión Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Resultado	N	%
Negativo	10	4.9
ASC-US	31	15.2
ASC-H	35	17.2
LIE BG	45	22.1
LIE AG	83	40.6
Carcinoma in Situ	0	0
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento “Ficha de recolección de datos”.

Interpretación.

La Tabla 9 muestra que el 4.9% de las pacientes presento resultado de PAP negativo; el 15.2% presento ASC – US; el 17.2% presento ASC – H; el 22.1% presento LIE BG y el 40.6% presento LIE AG.

5.1.5. Resultados colposc6picos

Sobre los resultados colposc6picos que permiten la localizaci3n de las lesiones, anteriormente detectadas con el PAP, clasificados en negativo y positivo detallando las frecuencias y porcentajes en cada caso.

Tabla 10

Resultados colposc6picos de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesi3n Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Resultado colposc6pico	N	%
Negativo	19	9.3
Positivo	136	66.7
Insatisfactorio	49	24
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento "Ficha de recolecci3n de datos".

Interpretaci3n.

La Tabla 10 muestra que el 66.7% de las pacientes indic3 que los resultados colposc6picos indicaron que sus resultados fueron positivos; el 9.3% que fueron negativos; y el 24% que fueron insatisfactorios.

5.1.6. Resultados de biopsia

Los resultados de biopsia se determinaron a partir del resultado de negativo/positivo de la biopsia, considerando como positivo (displasia leve, moderada, severa y c6ncer in situ).

Tabla 11

Resultados de Biopsia de las pacientes atendidas en el HNRPP, por sospecha de Lesi3n Premaligna de Enero – Diciembre, 2018

Resultados de biopsia	N	%
Negativo	1	1.0
Displasia leve	67	32.8
Displasia moderada	61	29.9
Displasia severa	57	27.9
C6ncer in Situ	18	8.8
Total	204	100.0

Fuente. Datos recopilados con el instrumento "Ficha de recolecci3n de datos".

Interpretación.

La Tabla 11 expone que, de los resultados de biopsia, solo el 1% presento resultados negativos; el 32.8% presento displasia leve, el 29.9% presento displasia moderada, y el 27.9% presento displasia severa; además se pudo conocer que el 8.8% fue diagnosticada con cáncer.

5.2. Contrastación de hipótesis

Para el contraste de las hipótesis se empleó la prueba de Chi-cuadrado, dicha prueba nos permitió establecer relaciones entre las variables de estudio; en tanto, para estimar la sensibilidad y especificidad de la PAP se consideró como guía lo planteado por Fernández y Díaz estimándose la capacidad predictiva de la prueba respecto a los resultados colposcópicos (69).

5.2.1. Contraste de la hipótesis general

En el estudio se planteó como hipótesis general: Existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.

i. Hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna.

H_1 : Existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna.

ii. Nivel de riesgo: $\alpha = 5\% = 0.05$

iii. Regla de decisión:

Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se acepta la hipótesis nula; contrario, se acepta la alterna.

iv. Prueba de contraste y análisis:

Tabla 12

Resultados de la Prueba Chi-cuadrado de la hipótesis general

Prueba	Valor	df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	5.862	1	0.015

Fuente. Datos del procesamiento de datos.

Análisis.

Según los resultados de la Tabla 12 Al aplicar la prueba se evidenció que el nivel de significancia (1.5%) es inferior al nivel de riesgo (5%); por lo que se acepta la hipótesis alterna que sostiene que existe una relación entre los hallazgos al aplicar la citología para la detección de lesiones premalignas y los hallazgos de colposcopia; ambas se complementan para la detección y localización de lesiones.

v. Conclusión estadística:

Se concluye: de las pacientes que acuden al HNRPP se identificó que existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino en el año 2018.

5.2.2. Contraste de la primera hipótesis específica

En el estudio se planteó como primera hipótesis específica: Existe una relación positiva entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.

i. Hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe una relación positiva entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales.

H_1 : Existe una relación positiva entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales.

ii. Nivel de riesgo: $\alpha = 5\% = 0.5$

iii. Regla de decisión:

Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se acepta la hipótesis nula; contrario, se acepta la alterna.

iv. Prueba de contraste y análisis:

Tabla 13

Resultados de la Prueba Chi-cuadrado de la primera hipótesis específica

Prueba	Valor	df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	8.766	1	0.013

Fuente. Datos del procesamiento de datos.

Análisis.

Según los resultados de la Tabla 3 se acepta que existe una relación entre el PAP anormal (resultado positivo) y los hallazgos colposcópicos anormales (positivo); la relación entre ambas es directa como lo indica el valor $p = 0.013$, que resulta inferior al valor de significancia. Respecto a los hallazgos del PAP anormal, estos correspondieron a ASC-US y ASC-H, ambas consideradas como atipias de células escamosas. Entre los hallazgos colposcópicos se identifica la ubicación de lesión, la cual puede localizarse dentro o fuera de la zona de transformación, así como el tamaño y cantidades; asimismo, el grado de cada uno.

v. Conclusión estadística:

Del procesamiento de datos, se abordó como conclusión que de las pacientes que acuden al HNRPP se evidenció una relación positiva entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales en el 2018.

5.2.3. Contraste de la segunda hipótesis específica

Se planteó como segunda hipótesis específica: Existe una relación positiva entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.

i. Hipótesis estadísticas:

H_0 : No existe relación positiva entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico.

H_1 : Existe relación positiva entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico.

ii. Nivel de riesgo: $\alpha = 5\% = 0.05$

iii. Regla de decisión:

Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se acepta la hipótesis nula; contrario, se acepta la alterna.

iv. Prueba de contraste y análisis:

Tabla 44

Resultados de la Prueba Chi-cuadrado de la segunda hipótesis específica

Prueba	Valor	df	Sig.
Chi-cuadrado de Pearson	5.504	1	0.064

Fuente. Datos del procesamiento de datos.

Análisis.

Según la Tabla 44, al contrastar el nivel de riesgo (0.05) y el nivel de significancia (0.064), se identifica que el segundo es mayor al primero; por lo que, se acepta la hipótesis nula que plantea que no existe relación entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico.

v. Conclusión estadística:

Del procesamiento de datos, se concluye que no existe una relación positiva entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que acuden al HNRPP en el 2018.

5.1.1. Contraste de la tercera hipótesis específica

En el estudio se planteó como hipótesis general: La toma de PAP en nuestro medio tiene una baja sensibilidad y una alta especificidad.

i. Hipótesis:

H_0 : La toma de PAP en nuestro medio no tiene una baja sensibilidad y una alta especificidad.

H_1 : La toma de PAP en nuestro medio tienen una baja sensibilidad y una alta especificidad.

ii. Nivel de riesgo: $\alpha = 5\% = 0.05$

iii. Regla de decisión:

Si la significancia es mayor al nivel de riesgo se acepta la hipótesis nula; contrario, se acepta la alterna.

iv. Prueba de contraste y análisis:

En la Tabla 55 se presentan los resultados de la relación entre la prueba diagnóstica PAP y el diagnóstico final donde los resultados correctos a obtener son verdadero positivo y verdadero negativo; en tanto, como incorrecto un falso positivo y un falso negativo, siendo el análisis de validez de la prueba medido a través del cálculo de los valores de sensibilidad y especificidad.

Tabla 55

Resultados de la relación entre PAP y el resultado de la biopsia.

		Biopsia		Total
		Positivo	Negativo	
Resultados del PAP actual	Positivo	86.88%	0.25%	87.13%
	Negativo	9.27%	3.60%	12.87%
Total		96.15%	3.85%	100.0%

Fuente. Datos del procesamiento de datos.

Tabla 16

Resultados de la relación entre PAP y resultados de Biopsia

		Biopsia					Total
		Negativo	Displasia Leve	Displasia Moderada	Displasia Severa	Cáncer in Situ	
Prueba PAP	Negativo	3.60%	2.00%	3.85%	3.42%	0.0%	12.87%
	Positivo	0.25%	30.9%	26.05%	22.40%	7.53%	87.13%
	Total	3.85%	32.90%	29.90%	25.82%	7.53%	100.0%

Fuente. Datos del procesamiento de datos.

Análisis.

A partir de la Tabla 55 se observa que la prueba PAP tiene una alta sensibilidad al 90.36%, teniendo en cuenta que la PAP permite identificar la presencia de lesiones premalignas, considerando una comparación con la biopsia. Por otro lado, se obtuvo una especificidad de 93.51% dado que no se encontraron casos en los cuales la biopsia y la PAP hayan salido negativos. La Tabla 55 se ve reforzada con la Tabla 6, en donde se toma en cuenta los diferentes diagnósticos finales para la biopsia, como se observa solo una pequeña proporción tiene cáncer in Situ, pero la gran mayoría tiene displasia, entre leve y moderada.

v. Conclusión:

A partir de la estimación de los valores de especificidad y sensibilidad, se concluye que: la toma de PAP, en la muestra de estudio, tienen una alta sensibilidad y una nula especificidad, esto demuestra que los estudios que se realizaron tienen alta precisión para la identificación de lesiones premalignas; no obstante, la información no permite concluir respecto a la precisión de los verdaderos negativos.

5.1.2. Contraste de la cuarta hipótesis específica

En el estudio se planteó como hipótesis general: El grupo etario más afectado por las lesiones premalignas en nuestro medio son las adultas.

i. Hipótesis.

H_0 : El grupo etario más afectado por las lesiones premalignas en nuestro medio no son las adultas.

H_1 : El grupo etario más afectado por las lesiones en nuestro medio son las adultas.

ii. Distribución de los grupos etarios:

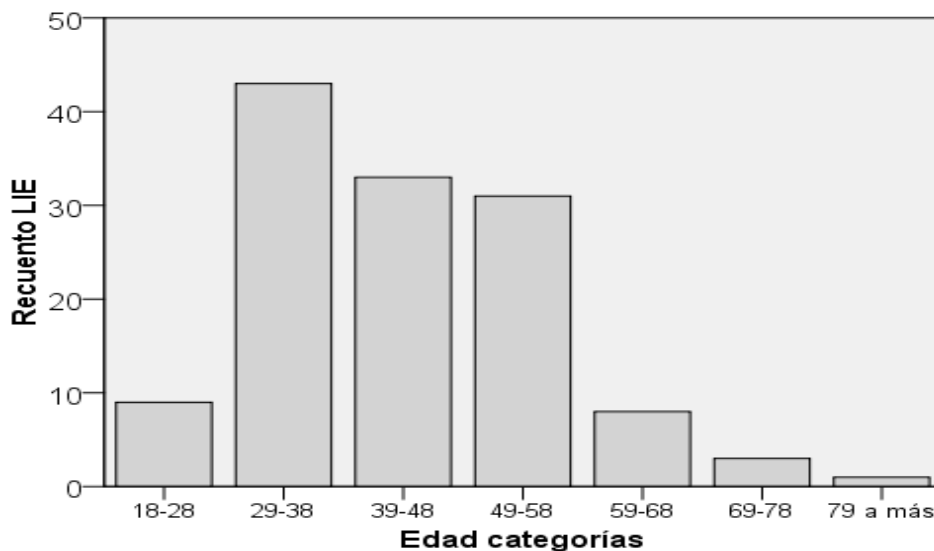


Figura 99. Histograma de las edades de las pacientes

Interpretación.

Como se muestra en la Figura 999, se concentran en el rango de edad de 29-38 años en mayor proporción (33.6%), seguido del rango 39-48 años (25.8%) y de 49-58 años (24.2%). A partir de ello, se puede considerar que las lesiones premalignas se han identificado en mayor proporción en las mujeres adultas (que comprende considerando las tres categorías de las edades empleadas en la investigación).

iii. Conclusión.

Del procesamiento de datos se concluye que, el grupo etario más afectado por las lesiones premalignas en nuestro medio son las adultas, pues en el 83.6% de las mujeres evaluadas se encontró lesiones premalignas (LIE).

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Del procesamiento de los datos se concluyó que existe relación directa entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de las lesiones premalignas de cuello uterino de las pacientes atendidas en el HNRPP durante el 2018, al identificarse un nivel de significancia de 0.015 inferior al nivel de riesgo (0.05). Como se menciona en Montz, F., las lesiones premalignas son cambios anormales que se originan en los tejidos uterinos durante fases tempranas del cáncer; por lo que, tienen el potencial para desarrollar el mismo. Además, estas lesiones microscópicas se manifiestan como NIC; así que, incluye LIEBG y LIEAG (23).

Medina, E. et al. indicó que las LIEAG constituyen elementos relevantes en los estudios histopatológicos, lo encontrado en el presente estudio coincide con Cordero, J. que señala que las correlaciones colpo-citológicas son adecuadas tanto para LIEBG y LIEAG; las mismas que se consideraron en la investigación. Asimismo, es similar a lo encontrado por Lima et al, que destacan la asociación entre un cambio colposcópico anormal y las LIEBG (16). A ello, Ciendua, G. et al. añaden que la colposcopia es una herramienta para identificar lesiones premalignas (13) (14) (17).

En ese sentido, Ayala, Y. indica que los resultados colposcópicos como citológicos de cuello uterino poseen una relación significativa y en el estudio de Ramírez, V. se evidenció que existe una correlación existente entre la evaluación citológica y la colposcópica en lesiones premalignas; sin embargo, es débil; también. En adición, Huayhua, S. indica que la citología muestra una negatividad más significativa; mientras que, la colposcopia una anomalía (9) (18) (20).

Respecto a la primera hipótesis específica se evidenció que existe una relación directa entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales (positivo) de los pacientes; esto debido a que se identificó un nivel de significancia de 0.013, que resulta inferior al nivel de riesgo (0.05). Este

resultado nos indica que se pudo detectar células anormales en el cuello uterino de las pacientes a tanto con las pruebas de papanicolaou como con las pruebas de colposcopia.

Lo anterior coincide con el resultado encontrado por Lozada, N. y Ramírez, V., el cual precisó que la relación fue débil. La prueba PAP o denominada citología convencional, al ser una prueba cervical, permite detectar lesiones cervicales premalignas, el cual se complementa con la aplicación de la colposcopia y biopsia (20) (19) (12) (44) (8).

Asimismo, se identificó que no hubo relación positiva entre la colposcopia y el resultado histológico; dado que, el nivel de significancia (0.04) fue inferior el nivel de riesgo (0.05), lo cual contradice lo que menciona Cordero, J., por la posición anatómica del cérvix uterino, tanto su estudio como evaluación se puede realizar en lo histológico como citológico, haciendo posible significativamente la identificación temprana de las lesiones premalignas. En ese mismo sentido Ramírez, V. indica que la correlación entre la evaluación histológica y la colposcópica es muy buena; en comparación con la relación colpo-citológica(15) (20).

Respecto a la estimación de los valores de especificidad y sensibilidad, se concluye que: la toma de PAP en nuestro medio tienen una alta sensibilidad y una baja especificidad, el valor sobre la primera se estimó en 90.36%; mientras que, sobre la segunda fue del 93.51%. Lo que se contradice con lo encontrado, la sensibilidad del PAP 46% es baja, incluso a lo publicado por Di Bonito y Col. 76.3%. Mientras que la especificidad es alta, 92.0%, comparable a la de Di Bonito y col. 93% (49).

En adición, se identificó que el grupo etario más afectado por lesiones premalignas en el ámbito de estudio fueron los adultos (30-59 años) de acuerdo a la clasificación por etapas de vida del Ministerio de Salud; específicamente el rango de edad más afectado fue de 29-38 años coincidiendo con Lozada, N., que encuentra que las mujeres con edades entre 20-39 años presentaron mayores

hallazgos citológicos, colposcópicos e histopatológicos de lesiones premalignas, caracterizadas por tener más de dos compañeros sexuales y haber iniciado la actividad sexual a edades prematuras, similar a Gallegos, D. que menciona que la aparición de lesiones premalignas se relaciona con la edad de inicio, el número de parejas sexuales y la edad del primer parto; siendo para el caso de las pacientes que acuden al HNRPP el promedio de parejas sexuales de 3 y la edad de inicio de la actividad sexual a los 18 años (20) (21).

Como señala Plummer, M; Peto, J; Franceschi, S. existe una correlación positiva entre aquellas mujeres que iniciaron su actividad sexual antes de los 20 y el desarrollo de cáncer, constituyéndose en un factor de riesgo. A ello, al poseer 2 o más parejas con las que se tienen encuentros del tipo sexual existe una mayor probabilidad de una infección y desarrollar lesiones. Al contrastar con lo que se plantea teóricamente en la epidemiología, las lesiones de alto grado se diagnostican en mujeres dentro de un rango de 25 a 35 años y siendo la infección del VPH correspondientes a los serotipos 16 y 18 los más frecuentes en mujeres de edades inferiores a 35 y mayores a 45 (32) (34) (40) (43).

CONCLUSIONES

- Se ha encontrado una relación significativa entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesiones premalignas de cuello uterino de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018, toda vez que el estadístico Chi Cuadrado arrojó un nivel de significancia $p = 0.013$. Esto indica que las pruebas citológicas y colposcópicas suelen arrojar resultados positivos y negativos bastante similares de manera que permite identificar la presencia de algún tipo de presencia premaligna o de cáncer cervicouterino.
- Se ha determinado una relación significativa entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales en las pacientes que acuden al HNRPP, 2018, dado que el estadístico Chi Cuadrado obtuvo un valor de $p = 0.013$.
- Se ha logrado determinar que no existe relación significativa ($p=0.064$) entre los resultados de la prueba citológica y la prueba histológica de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.
- Se ha determinado en las pacientes que acuden al HNRPP, 2018, que el nivel de sensibilidad es alto (90.36%) y una especificidad (93.51%).
- El grupo etario más afectado por cáncer de cuello uterino fue el grupo correspondiente a mujeres adultas entre los 29 y 58 correspondiente al 83.6% de las pacientes que son atendidas en el HNRPP, 2018.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las pacientes que se realicen las pruebas de PAP y la colposcopia debido a que la primera solo se enfoca en las células cancerígenas, y la segunda en toda el área cervical para la identificación de células cancerígenas. Ambas pruebas destacan por complementarse.
- Se tiene que sacar el máximo provecho a los exámenes de PAP por la alta sensibilidad que presenta para detectar de manera temprana probable lesión premaligna en etapas incluso incipientes.
- Al observar una relación significativa entre el examen citológico anormal y el examen colposcópico anormal, se recomienda que a todas las pacientes con un resultado citológico alterado se les realice un seguimiento, con el propósito de cerciorarse que se hayan realizado una evaluación por colposcopía, para un brindar tratamiento adecuado y precoz.
- Se recomienda a todas las mujeres hacerse revisiones periódicas en su juventud, a partir de los 21 años y luego anualmente sobre todo para evitar que el cáncer de cuello uterino se desarrolle y les afecte en su etapa adulta.
- Se recomienda la realización de un estudio de concordancia interobservador a manera de estimar hasta qué punto los profesionales de la salud coinciden en resultado ó diagnóstico definitivo en la evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spencer J. Cervical Cancer New York: World Health Organization; 2007.
2. Bosh L. Uses of date to plan cancer prevention and control programmes. Public Health Rew. 2001 Mayo; CV(4).
3. Novoa A, Echegollen A. Epidemiología del cáncer del cérvix en Latinoamérica. New England Journal of Medicine. 2007 Junio; CCCLXXV(5).
4. Sankaranarayanan R, Rajkumar R, Theresa R, Esmey P, Mahe C, Bagyalakshmi K, et al. Initial results from a randomized trial of cervical visual screening in rural south India. International journal of cancer. 2004 Abril; CIX(3).
5. MINSA. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino Lima: Ministerio de Salud; 2017.
6. Cabezas C. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvicouterino La Habana: Ciencia Médicas; 2001.
7. WHO. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practica. Segunda ed. Ginebra: World Health Organization; 2015.
8. Meza G. Colposcopia. Su importancia en el diagnóstico de la neoplasia cervical intraepitelial. Colom Med. 1995 Setiembre ; XXVI(2).
9. Huayhua S. Hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia cervical en ESSALUD Cajamarca en el año 2015-2016. Tesis de pregrado. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Facultad de Medicina Humana; 2017.
10. Lau D, Millán M, Fajardo Y, Sánchez C. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2012 Julio; XXXVIII(3).

11. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y el manejo del Cáncer de Cuello Uterino. Primera ed. Lima: Biblioteca central del ministerio de salud; 2017.
12. EsSalud. Detección temprana del cáncer de cuello uterino en ESSALUD Lima: EsSalud; 2016.
13. Medina E, Oliver P, Neyra E, Pérez J, Sánchez J, Contreras N. Neoplasia intraepitelial cervical, análisis de las características clínico-patológicas. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014 Junio; XIII(1).
14. Cordero J. Correlación cito-colpo-histológica en la consulta de patología de cuello. Revista de ciencias médicas. 2014 Junio ; XX(2).
15. Cordero J, Maestri I, Gil R. Métodos actuales de diagnóstico del cáncer de cuello uterino. Revista de ciencias médicas. 2015 Julio; XXI(1).
16. Lima M, Herrera M, Graterol I. Seguimiento clínico de pacientes con diagnóstico de lesiones intraepiteliales de bajo grado de cérvix. Ambulatorio maría teresa toro, Maracay, Venezuela. Comunidad y Salud. 2017 Enero; XV(2).
17. Ciendua G, Ortiz N, Alvarado C, Valderrama A, Colmenares C. Hallazgos en colposcopia. Experiencia en una unidad de referencia. Ginecología y Obstetricia de México. 2019 Mayo; LXXXVII(5).
18. Ayala Y. Relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos del cuello uterino en gestantes que acudieron al consultorio oncológico del Hospital Docente Madre Niño San Bartolomé, 2015. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina; 2016.
19. Ramírez V. Correlación citológica, colposcópica e histológica en lesiones premalignas del cuello uterino Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz 2014. Tesis

- de posgrado. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana ; 2016.
20. Lozada N. Concordancia citológica, colposcópica e histopatológica de lesiones premalignas del cérvix uterino. Hospital Belén de Trujillo 2012 -2017. Tesis de pregrado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2018.
 21. Gallegos D. Edad de inicio de relaciones sexuales como determinante de la aparición de lesiones premalignas de cáncer del cuello uterino, Hospital Regional del Cusco, 2018. Tesis de pregrado. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Ciencias de la Salud; 2019.
 22. Markovic N. What every woman should know about cervical cancer Maryland: Springer; 2008.
 23. Montz F. Management of high-grade cervical intraepithelial neoplasia and low-grade squamous intraepithelial lesion and potential complications. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2000 Junio; XXXXIII(2).
 24. Porta E. Correlación citológica e histológica en el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino en pacientes tamizadas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé -Lima. Tesis de pregrado. Huancayo: Universidad Nacional Del Centro del Perú , Facultad De Medicina Humana ; 2016.
 25. Kose F, Naki M. Cervical premalignant lesions and their management. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2014 Junio; XV(2).
 26. Serrano R, Uribe C, Díaz L, Dangond Y. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2004 Junio; LV(2).

27. FECASOG. Guía de práctica clínica para el manejo de lesiones premalignas del cuello de útero San José: Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Obstetricia y Ginecología ; 2016.
28. Alvarado Q. Lesiones premalignas de cervix y su relación con virus papiloma humano (VPH). Revista Médica de Honduras. 2016 Marzo; LVI(1).
29. Cifuentes L, Manrique F, Ospina J. Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles. Enfermería. 2014 Noviembre; XXXII(1).
30. Paramita S, Soewarto S, Widodo M, Sumitro S. High parity and hormonal contraception use as risk factors for cervical cancer in East Kalimantan. Medical Journal of Indonesia. 2010 Noviembre; XIX(4).
31. Salinas J, Villaroel G. Factores de riesgo y prevención del cáncer cérvico uterino en las usuarias de la "Clínica Granados" 2011-2012. Tesis de posgrado. La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena, Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud; 2013.
32. Plummer M, Peto J, Franceschi S. Time since first sexual intercourse and the risk of cervical cancer. International Journal of Cancer. 2012 Junio; CXXX(11).
33. Nordqvist C. Qué necesita saber acerca del cáncer cervical. Medical News Today. 2019 Enero 23.
34. Teame H, Addissie A, Ayele W, Hirpa S, Gebremariam A, Gebreheat G, et al. Factors associated with cervical precancerous lesions among women screened for cervical cancer in Addis Ababa, Ethiopia: A case control study. PLoS One. 2018 July; XIII(1).

35. Abouzeid Z ATHM. Study of cervical cytology in users of progestagen only contraceptives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2016 Noviembre; CCVI(1).
36. De Villiers E. Relationship between steroid hormone contraceptives and HPV, cervical intraepithelial neoplasia and cervical carcinoma. *International Journal of Cancer*. 2003 Marzo; CIII(6).
37. American Cancer Society. ¿Cuáles son los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino? [Online].; 2016 [cited 2018 Setiembre 16. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html#referencias>.
38. Bernard E, Pons M, Favre M, Heard I, Delarocque E, Guillemot D, et al. Comparing human papillomavirus prevalences in women with normal cytology or invasive cervical cancer to rank genotypes according to their oncogenic potential: a meta-analysis of observational studies. *BMC Infectious Diseases*. 2013 Abril; XIII(1).
39. Torres F. Cáncer de cuello uterino y VPH: aspectos moleculares. *Biociencias*. 2011; VI(2).
40. Insinga R, Glass A, Rush B. Diagnoses and outcomes in cervical cancer screening: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Julio; CLXXXI(1).
41. WHO. Estimated Cervical Cancer Mortality Worldwide in 2012 *Cancer IAFRo*, editor. Washington : World Health Organization; 2012.
42. Salidor A, Olivares L, Castellano C, Barriga O, Galdós R, Cáceres E. Cáncer de cuello uterino en el Perú: Impacto económico del cáncer invasor. *Diagnóstico*. 2004 Junio; XLIII(1).

43. De Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2007 Mayo; VII(7).
44. Papanicolaou G, Traut H. The Diagnostic Value of Vaginal Smears in Carcinoma of the Uter. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1941 Agosto; XLII(2).
45. OPS. Control integral del cáncer cervicouterino. Guía de prácticas esenciales Ginebra: Organización Panamericana de la Salud; 2016.
46. Iwasaki R, Galvez F, Arias J, Arias J. Prevalence of high-risk human papillomavirus by cobas 4800 HPV test in urban Peru. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2014 Mayo; XVIII(5).
47. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K, Cunningham F. *Ginecología de Williams España*: McGraw-Hill; 2014.
48. Zamudio A, Zepeda J, Rodríguez B, Tenorio R. Evaluación del Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de la infección por el virus del papiloma humano. *Revista de la facultad de medicina de la UNAM*. 2001 Mayo; XLIV(1).
49. Di Bonito L, Falconieri G, Tomasic G, Colautti I, Bonifacio D, Ducline S. Cervical cytopathology. An evaluation of its accuracy based on cytohistologic comparison. *Cancer*. 1993 noviembre; 72(10).
50. Champion M, Ferris D, Guijón F, Di Paola F, Reid R, Miller M. *Colposcopia Moderna: Un enfoque práctico* New York: American Association for Colposcopy and Cervical Pathology ; 1995.
51. Bornstein J, Bentley J, Bösze P, Girardi F, Haefner H, Menton M, et al. *Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología*

- Cervical: IFCPC 2011. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. 2012 Julio; CXX(1).
52. Shaw E, Sellors J, Kaczorowsky J. Prospective evaluation of colposcopic features in predicting cervical intraepithelial neoplasia: degree of acetowhite change most important. *J Lower Gen Tract Dis.* 2003 Junio; VII(1).
53. Ferris D, Litaker M. Interobserver agreement for colposcopy quality control using digitized colposcopic images during the ALTS trial. *J Low Gen Tract Dis.* 2005; IX(1).
54. Torné A, Del Pino M, Cusidó M. Prevención del cáncer de útero New York: Guía APCC; 2015.
55. Khan M, Werner C, Darragh T. ASCCP Colposcopy Standards: Role of Colposcopy, Benefits, Potential Harms and Terminology for Colposcopic Practice. *J Low Gen Tract Dis.* 2017 Junio; XXI(4).
56. O'Connor M, Gallagher P, Wallwr J. Adverse psychological outcomes following colposcopy and related procedures: a systematic review. *BJOG.* 2016; CXXIII(1).
57. Asturizaga D. Sensibilidad Y Especificidad De La Prueba Ivaá En Area Rural De Bolivia - Gestiones 2012 a 2014. *Cuadernos Hospital de Clínicas.* 2017 mayo; 58(1).
58. Baussano I, Ronco G, Segnan N, French K, Vineis P, Garnett G. HPV16 infection and cervical cancer: modeling the influence of duration of infection and precancerous lesions. *Epidemics.* 2010 Marzo; II(1).
59. Norris H. Seminar in Surgical Pathology Dallas: University of Texas; 1986.
60. Massad L, Einstein M, Huh W, Katki H, Kinney W, Schiffman M, et al. 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer

screening tests and cancer precursors. Revista de enfermedad del tracto genital inferior. 2013 Julio; XVII(3).

61. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. [Online].; 2019 [cited 2019 Setiembre 16. Available from: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/ablacion>.
62. Nordqvist C. Qué necesita saber acerca del cáncer cervical. Medical News Today. 2019 Enero 23: p. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/159821.php>.
63. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación México: McGrawHill; 2014.
64. Arias F. El Proyecto de investigación: Guía para su elaboración Caracas: Episteme; 2012.
65. Espinoza C. Metodología de la investigación tecnológica Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2010.
66. Moore D. Estadística aplicada básica Barcelona, España: Antoni Bosh editor; 2005.
67. Espinoza E. Unidad, muestra y muestreo. Honduras;; 2016.
68. Sánchez H, Reyes C, Mejía K. Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística Lima: Universidad Ricardo Palma; 2018.
69. Fernández P, Díaz P. Pruebas diagnósticas: Sensibilidad y especificidad. Fistera (ELSEVIER). 2003; 10.
70. Nayar R, Wilbur D. The Pap test and Bethesda 2014. Journal of the American Society of Cytopathology. 2015 Mayo; CXXIII(5).
71. Ministerio de salud. Guía de práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer de cuello uterino. Vol. 1. Lima; 2017.

ANEXOS

Anexo 1
Matriz De Consistencia

Título: “Relación de hallazgos colposcópicos y citológicos de lesión premaligna de cuello uterino en pacientes del HNRPP, 2018”.
Autora: “Cuba Arroyo, Mitzy Mireya”.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Metodología	Muestra	Técnicas e instrumentos
<p>Problema General: ¿Cuál es la relación que existe entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino en las pacientes que son derivadas al HNRPP, 2018?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018? • ¿Cuál es la relación entre el resultado de la colposcopia y el 	<p>Objetivo General: Establecer la relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018. 	<p>Hipótesis General: Existe relación entre los hallazgos citológicos y colposcópicos de lesión premaligna de cuello uterino de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018.</p> <p>Hipótesis Específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una relación positiva entre el PAP anormal y los hallazgos colposcópicos anormales de las pacientes que 	<p><i>Prueba citológica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos citológicos • PAP • Resultados histológicos <p><i>Prueba colposcópica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hallazgos colposcópicos 	<p>Tipo de Investigación: Aplicada</p> <p>Nivel de Investigación: Correlacional</p> <p>Método General: Deductivo</p> <p>Diseño: No experimental transeccional</p>	<p>Población: Todas las historias clínicas del consultorio de ginecología desde enero a diciembre del 2018 con el diagnóstico de displasia cervical. 312 historias clínicas</p> <p>Muestra: 204 historias clínicas del consultorio de ginecología desde enero a diciembre del 2018 con el diagnóstico de displasia cervical y que tengan los 3 estudios: PAP, Colposcopia y Biopsia</p> <p>Muestreo: Muestreo no probabilístico censal.</p>	<p>Técnicas: Revisión documental de historial clínico.</p> <p>Instrumentos: Ficha de recolección de información.</p>

<p>resultado histológico de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la sensibilidad y especificidad de la toma de PAP en nuestro medio? • ¿Cuál es la incidencia y grupo etario que es más afectada por las lesiones premalignas en nuestro medio? 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que acuden al HNRPP, 2018 • Determinar la sensibilidad y especificidad de la toma de PAP en nuestro medio. • Determinar cuál es el grupo etario que es más afectada por las lesiones premalignas en nuestro medio. 	<p>acuden al HNRPP,2018.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una relación positiva entre el resultado de la colposcopia y el resultado histológico de las pacientes que acuden al HNRPP,2018. • La toma de PAP en nuestro medio tiene una baja sensibilidad y una alta especificidad. • El grupo etario más afectado por las lesiones premalignas en nuestro medio son los adultos. 				
---	--	--	--	--	--	--

Anexo 2

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Prueba citológica	Técnica de ayuda para el diagnóstico de carcinomas invasores y lesiones escamosas intraepiteliales, que, a su vez, requiere de estudios complementarios como la biopsia y colposcopia (8).	Prueba de soporte para el diagnóstico de lesiones escamosas intraepiteliales y carcinomas.	Hallazgos citológicos	Resultado positivo (ASC-US, ASC-H, LIE.BG, LIE.AG, Carcinoma in Situ)	10
				Resultado negativo	
			PAP	Resultado positivo	10
				Resultado negativo	
			Resultados histológicos	Resultado positivo	18
				Resultado negativo	
Prueba colposcópica	Examen orientado a la localización de lesiones, previamente detectadas mediante el examen de PAP, mediante la utilización de un lente de aumento. Todo esto para realizarse una biopsia posterior y, finalmente, establecer un diagnóstico definitivo (9).	Prueba orientada a la localización de lesiones mediante la utilización de un lente de aumento.	Hallazgos colposcópicos	Resultado positivo	11
				Resultado negativo	



Anexo 3

Matriz de operacionalización del instrumento

Variable	Dimensión	Indicadores	Ítems	Criterios de evaluación								Observaciones	
				Existe relación entre la variable y la dimensión		Existe relación entre la dimensión y el indicador		Existe relación entre el indicador y el ítem		Existe relación entre el ítem y la opción de respuesta			
				Si	No	Si	No	Si	No	Si	No		
Prueba citológica	Hallazgos citológicos	Resultado positivo (ASC-US, ASC-H, LIE.BG, LIE.AG, Carcinoma in Situ)	Resultados de PAP actual										
		Resultado negativo											
	PAP	Resultado positivo	Resultados de PAP actual										
		Resultado negativo											
	Resultados histológicos	Resultado positivo	Resultado de biopsia										
		Resultado negativo											
Prueba colposcópica	Resultados colposcópicos	Resultado positivo	Resultados colposcópicos										
		Resultado negativo											

Anexo 4

Instrumento de investigación y constancia de su aplicación

		UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES – FACULTAD DE MEDICINA HUMANA			
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS					
N° Historia Clínica:			Ficha N°		
1. Edad:					
2. Procedencia:					
3. Inicio de relaciones sexuales:					
4. N° de parejas sexuales:					
5. Formula obstétrica: G P					
6. Método anticonceptivo:					
	SI		NO		
ACO					
Preservativos					
Inyectables					
BBT					
No usa					
7. Antecedentes familiares de cancer de cuello uterino:			SI	NO	
8. Antecedentes personales de citología previa:			SI	NO	
9. N° de citologías previas:					
10. Resultados de Papanicalaou actual:					
	Negativo				
	ASC - US				
	ASC - H				
	LIE. BG				
	LIE. AG				
	Carcinoma in Situ				



11. Resultados colposcopicos:

Negativo	
Positivo	
Insatisfactorio	

12. Según los resultados colposcopicos se realizó:

	SI	NO
Biopsia		
Curetaje Endocervical (CEC)		

13. Resultado de Biopsia:

Negativo	
Displasia Leve	
Displasia Moderda	
Displasia severa	
Ca Insitu	

14. Resultado de CEC

	SI	NO
Extension glandular		

15. Resultado definitivo:

16. Tipo de cirugía:

	SI	NO
Conización		
Histerectomía		

17. Estudio del Virus del Papiloma Humano:

SI	NO
----	----

18. Resultado de la prueba son positivos para los tipos 16 o 18.

SI	NO
----	----

[Handwritten Signature]
 Dra. María RIVERA PARRAGUAY
 RNE 35526
 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
 HOSPITAL NACIONAL H. H. PRIALÉ
 PIALE

Anexo 5

La data de procesamiento de datos

N°	ED AD	PROCEDENCIA	IRS	N P S	FORMULA OBSTETRICA	METODO ANTICONCEPTIVO	ANTECEDENTES FAMILIARES	CITOLOGIAS PREVIAS	N° DE CITOLOGIAS PREVIAS	RESULTADOS DEL PAPANICOLAU	RESULTADOS COLPOSCOPICOS	12. SEGÚN RESULTADOS COLPOSCOPICOS SE REALIZO	13. RESULTADO DE BIOPSIA	14. EXTENSION GLANDULAR	15. RESULTADO DEFINITIVO	16. TIPO DE CIRUGIA	17. ESTUDIO DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO	18. RESULTADOS DE LA PRUEBA POSITIVOS PARA LOS TIPOS 16 Y 18
1	38	EL TAMBO	18	3	G2 P2002	3	1	1	0	3	3	1						
2	48	JUNIN	16	2	G5 P1213	5	1	2	2	2	3	1	3	1		1		
3	35	EL TAMBO	19	3	G3 P2012	2	2	1	0	5	2	2	4	2		2		
4	57	TARMA	19	2	G4 P4004	5	1	1	0	4	2	1	4	2		1		
5	49	SAN JERONIMO	15	4	G4 P3013	2	1	1	0	2	2	1	4	1		1	2	2
6	57	HUANCAYO	20	2	G2 P2002	5	2	2	4	3	2	1	2	1				
7	59	CHUPACA	17	3	G3 P1212	5	1	2	1	1	3	1	4	1		2		
8	57	HUAMANCACA CHICO	16	4	G3 P2103	5	1	2	3	4	1	1	3	1	DISPLASIA MODERADA - DISOCIACION CITOISTOLOGICA	1		
9	61	EL TAMBO	18	2	G3 P3003	5	1	1	0	5	2	1	2	1				
10	52	EL TAMBO	17	2	G2 P2002	5	1	2	1	5	3	1	3	1		1		
11	39	HUANCAYO	17	2	G1 P1001	2	1	2	1	4	2	2	4			1		
12	38	EL TAMBO	18	3	G3 P1021	1	1	2	3	2	1	1	2					
13	62	EL TAMBO	16	3	G2 P2002	5	1	1	0	2	1	2	3	2	DISPLASIA MODERADA - DISOCIACION CITOISTOLOGICA	2		
14	36	HUANCAYO	21	2	G3 P1021	5	1	2	1	4	2	1	2					
15	81	JAUIJA	18	2	G5 P5005	5	1	2	2	5	3	1	4			1		
16	58	CHILCA	16	4	G2 P2002	5	1	2	3	3	3	1	5	2	CANCER IN SITU	2		
17	32	HUANCAYO	15	3	G0 P0000	1	1	2	2	1	1	2	3	1		1		
18	52	SAN RAMON	18	2	G4 P3013	5	1	1	0	4	2	1	2		DISPLASIA LEVE - DISOCIACION CITOISTOLOGICA			
19	64	EL TAMBO	17	3	G2 P2002	5	1	1	0	5	2	1	2					

20	67	EL TAMBO	20	1	G4 P3013	5	1	1	0	4	2	1	2			1	2	1	
21	49	CHILCA	17	3	G3 P2012	2	1	2	1	5	3	1	2						
22	31	HUANCAYO	21	2	G2 P2011	5	1	1	0	2	2	1	4	1		DISPLASIA SEVERA P16 (-) Ki67 1/3 epitelio focalmente 2/3	2	2	1
23	54	JAUIA	19	2	G2 P2002	5	1	2	6	5	2	1	2						
24	43	EL TAMBO	15	1	G3 P2012	6	1	2	1	4	2	1	5	2		CANCER IN SITU	2	1	1
25	54	HUANCAYO	16	3	G3 P3003	5	1	2	3	5	2	1	2			DISPLASIA LEVE + METAPLASIA ESCAMOSA	1		
26	44	EL TAMBO	16	2	G6 P4024	5	1	2	2	4	2	1	4	2			1		
27	44	HUANCAYO	18	2	G3 P2012	6	1	2	4	5	2	1	2						
28	40	HUANCAYO	17	3	G3 P2012	5	1	2	4	4	2	1	2	2		DISOCIACION CITOISTOLOGICA	1		
29	51	EL TAMBO	18	2	G0 P0000	5	1	1	0	2	2	1	2				1		
30	51	HUANCAYO	19	1	G3 P2012	5	1	2	1	4	2	1	3				1		
31	57	JAUIA	20	2	G3 P3003	5	1	1	0	3	3	1	2						
32	53	JAUIA	16	2	G5 P3023	1	1	1	0	3	2	1	2			DISPLASIA LEVE Ki67 Y P16 NEGATIVO		2	1
33	41	CHUPACA	17	2	G0 P0000	5	1	1	0	3	2	1	2						
34	56	EL TAMBO	19	2	G5 P3023	5	1	2	2	1	2	1	2						
35	46	SAN JERONIMO	20	2	G0 P0000	2	1	1	0	5	2	1	3				1	2	2
36	62	SAN AGUSTIN DE CAJAS	19	1	G8 P7017	5	1	2	2	5	2	1	3				1		
37	57	EL TAMBO	17	2	G3 P2012	5	1	2	1	4	2	1	4				2		
38	48	PILCOMAYO	18	1	G7 P5014	5	1	2	1	5	2	1	3				1		
39	64	EL TAMBO	21	2	G4 P4004	5	1	2	3	3	2	1	5	2		CANCER IN SITU	2		
40	52	YAUYOS	34	1	G3 P2012	5	1	1	0	2	2	1	3				1		
41	54	HUANCAYO	18	2	G4 P3013	5	1	2	1	2	2	1	2						
42	49	SAN AGUSTIN DE CAJAS	16	1	G3 P3003	2	1	2	1	2	2	1	3				1	2	1
43	44	EL TAMBO	22	1	G2 P2002	4	1	2	2	2	2	1	3				1		
44	71	EL TAMBO	24	1	G7 P5025	5	1	2	4	5	2	1	2			DISPLASIA LEVE CON P16 NEGATIVO		2	1
45	52	HUANCAYO	20	1	G5 P3023	5	1	2	1	2	2	1	3				1		
46	50	EL TAMBO	22	1	G1 P0010	5	1	2	1	5	3	1	2						
47	38	CONCEPCION	17	2	G3 P3012	2	1	1	0	4	2	1	5	2		CANCER IN SITU	2	2	2
48	55	HUANCAYO	20	2	G5 P5005	5	2	2	5	5	2	1	2					1	1
49	28	EL TAMBO	16	2	G1 P1001	6	1	2	1	5	2	1	5	2		CANCER IN SITU	2	1	1

50	46	EL TAMBO	18	2	G3 P2012	5	1	2	1	5	2	1	5	1	CANCER IN SITU	1		
51	34	EL TAMBO	16	2	G2 P2002	2	1	2	7	4	2	1	2					
52	54	HUANCAYO	20	1	G3 P3003	5	1	2	3	5	3	1	3			1		
53	42	EL TAMBO	19	1	G3 P2012	2	1	2	1	4	2	1	4			2		
54	43	HUANCAYO	18	2	G1 P1001	5	1	2	3	4	2	1	2					
55	51	EL TAMBO	27	1	G1 P1001	5	1	2	3	5	2	1	3		DISPLASIA MODERADA CON Ki67 RESALTA 2/3 FOCAL DEL EPITELIO	1	2	2
56	58	JAUJA	20	1	G6 P3033	5	1	2	2	5	3	1	3			1		
57	66	CHONGOS ALTO	24	1	G1 P1001	5	1	1	0	3	3	1	3			1	1	1
58	30	HUANCAYO	18	1	G1 P1001	5	1	1	0	2	3	1	3			1		
59	29	EL TAMBO	16	3	G1 P0010	5	1	1	0	5	2	1	2					
60	59	HUANCAYO	18	2	G5 P3023	1	1	2	3	5	3	1	4		DISPLASIA SEVERA - DISOCIACION CITOISTOLOGICA	1		
61	25	EL TAMBO	19	2	G0 P0000	2	1	1	0	1	2	2	4	1		2	2	2
62	51	EL TAMBO	20	2	G4 P3013	5	1	1	0	3	2	1	2		DISPLASIA LEVE - DISOCIACION CITOISTOLOGICA			
63	61	CHILCA	15	1	G5 P5005	5	1	2	3	5	2	1	5		CANCER IN SITU	2		
64	44	EL TAMBO	22	1	G3 P3003	2	1	2	2	3	2	1	3			1	1	1
65	46	HUAYUCACHI	20	2	G5 P4014	5	1	2	1	5	2	1	3			1		
66	54	HUAYUCACHI	17	3	G8 P7017	5	1	2	1	5	2	1	5		CANCER IN SITU	2	2	2
67	35	SICAYA	19	3	G2 P2002	2	1	2	1	4	2	1	2		DISPLASIA LEVE - DISOCIACION CITOISTOLOGICA	1		
68	36	EL TAMBO	18	2	G2 P2002	6	1	1	0	5	2	1	2					
69	60	JAUJA	15	3	G12 P12008	5	1	2	1	2	2	1	4		DISPLASIA SEVERA + P16 + Ki67 POSITIVO	1	2	2
70	58	TARMA	18	1	G7 P7007	5	1	2	1	5	2	1	2					
71	32	EL TAMBO	16	2	G3 P1021	1	1	1	0	4	2	1	2					
72	42	EL TAMBO	20	1	G3 P3003	4	1	2	2	5	2	1	2					
73	71	HUANCAVELICA	18	2	G8 P8008	5	1	2	2	4	3	1	4			2		
74	43	CHILCA	16	3	G4 P3013	5	1	1	0	4	2	1	4			2		
75	57	EL TAMBO	17	2	G3 P2012	5	1	2	2	3	3	1	3			1		
76	34	CHILCA	16	3	G5 P3023	1	1	2	1	3	3	1	2					
77	33	EL TAMBO	16	1	G2 P2002	1	1	2	1	5	2	1	3			1		

78	57	HUANCAYO	17	2	G4 P4004	5	1	1	0	3	3	1	2						
79	58	HUANCAYO	19	3	G4 P4003	5	2	1	0	2	2	1	3			1			
80	26	HUANCAYO	17	3	G1 P0010	5	1	1	0	4	2	1	2						
81	47	CHILCA	18	3	G2 P2002	1	1	2	1	5	2	1	3			1			
82	59	EL TAMBO	17	3	G6 P4024	5	1	2	1	5	2	2	4			DISPLASIA SEVERA - Ki67 P16 + P53 POSITIVO	2	2	2
83	49	HUANCAYO	22	3	G2 P2002	5	2	2	2	2	2	1	2						
84	48	CHILCA	18	4	G4 P1031	4	1	1	0	5	2	1	5	2		CANCER IN SITU - DISOCIACION CITOPATOLOGICA	2		
85	50	PICHANAKI	15	3	G4 P3102	5	2	2	2	4	2	1	3				2		
86	45	EL TAMBO	25	1	G3 P1021	5	1	1	0	3	2	1	3				2		
87	49	HUANCAYO	20	4	G6 P4024	2	1	2	2	5	3	1	3			DISPLASIA MODERADA - Ki67 INDICE PROLIFERATIVO < 5 %	1		
88	52	CERRO DE PASCO	20	1	G3 P3003	5	2	2	1	5	2	1	2			DISPLASIA LEVE - DISOCIACION CITOHISTOLOGICA			
89	42	PILCOMAYO	17	1	G4 P4004	6	1	2	1	3	2	2	5			CANCER IN SITU	1		
90	33	CONCEPCION	21	1	G2 P2002	6	2	2	1	4	2	1	4				1		
91	35	CHANCHAMAYO	17	2	G3 P2012	6	1	2	1	2	2	1	2						
92	38	OXAPAMPA	17	3	G3 P3003	4	1	1	0	5	2	1	2						
93	36	EL TAMBO	18	2	G2 P2002	5	1	2	4	3	2	1	5	2		CANCER IN SITU	2		
94	46	HUANCAVELICA	18	2	G5 P5005	6	1	2	1	4	2	1	3				1		
95	54	LIRCAY	18	3	G7 P5025	5	1	2	1	2	2	1	3				1		
96	31	CHUPACA	21	2	G2 P2002	5	2	2	2	5	2	2	3				2		
97	37	HUANCAYO	15	1	G4 P3013	5	1	2	2	5	2	1	5	2		CANCER IN SITU	1		
98	42	CHUPACA	19	2	G2 P2002	4	1	1	0	5	2	1	4				1		
99	35	HUANCAYO	17	3	G4 P2022	6	2	1	0	5	3	1	2			DISPLASIA LEVE - DISOCIACION CITOHISTOLOGICA			
100	43	TARMA	14	3	G5 P4014	6	1	1	0	4	1	1	4				1		
101	36	JUNIN	15	2	G3 P2012	6	1	1	0	2	2	1	3			DISPLASIA MODERADA + Ki67 POSITIVO 2/3 BASAL + P16 POSITIVO 1/3 BASAL	1	2	2
102	38	EL TAMBO	18	3	G2 P2002	6	2	1	0	5	2	1	3				1		
103	53	JAUIJA	16	3	G5 P4014	5	2	1	0	5	3	1	4			DISPLASIA SEVERA + P16 CALIDAD SUB OPTIMA + Ki67 ALGUNAS CELULAS	1	2	1

															RESALTAN 2/3 DEL EPITELIO DE BASE				
104	51	HUANCAYO	15	1	G7 P5025	5	1	1	0	5	2	2	4			1			
105	82	JAUJA	15	2	G8 P7017	5	1	1	0	3	3	1	3		DISPLASIA MODERADA - P16 CALIDAD SUBOPTIMA + Ki67 RESALTA 2/3 DEL EPITELIO	1	2	2	
106	37	EL TAMBO	16	3	G2 P1011	5	1	2	3	1	2	2	4		DISPLASIA SEVERA	2			
107	39	JAUJA	15	2	G4 P2022	2	1	1	0	3	3	1	4			1			
108	39	EL TAMBO	18	1	G2 P2002	6	1	1	0	5	2	1	3			1			
109	37	JAUJA	16	2	G3 P3003	5	2	2	2	5	3	1	2		DISPLASIA LEVE - Ki 67 focal 1/3 del epitelio con p53 negativo		2	1	
110	36	HUANCAYO	20	2	G2 P2002	5	1	2	1	5	3	1	4			1	2	2	
111	55	TARMA	17	3	G3 P3003	5	2	2	1	4	2	1	5	2	CANCER IN SITU	2			
112	40	CERRO DE PASCO	18	2	G4 P1022	6	1	2	1	1	2	1	2						
113	32	CHANCHAMAYO	15	3	G2 P1011	2	2	2	1	5	3	1	4			1			
114	61	TARMA	15	3	G2 P2002	5	1	2	2	3	2	1	4			1			
115	48	EL TAMBO	15	4	G8 P8008	6	1	2	1	5	2	2	4	2		2			
116	36	CHANCHAMAYO	17	2	G2 P2002	6	1	1	0	4	2	1	3		DISPLASIA MODERADA CON Ki67 positivo 2/3 inferior focal + P16 POSITIVO	2	2	2	
117	62	HUANCAVELICA	17	1	G10 P100010	5	1	2	2	5	3	1	4			2			
118	34	CONCEPCION	19	2	G3 P3003	4	1	2	1	5	1	1	4			2			
119	55	JAUJA	18	3	G4 P3013	5	1	1	0	4	2	1	3			1			
120	44	EL TAMBO	22	2	G1 P1001	5	1	2	1	2	2	1	3		DISPLASIA MODERADA CON P16 CALIDAD SUBOPTIMA + Ki67 FOCALMENTE RESALTA 2/3 DEL EPITELIO FUERTEMENTE	1	2	2	
121	39	TARMA	15	3	G1 P1001	6	1	2	3	1	1	1	3			1			
122	32	HUANCAYO	18	1	G2 P2002	5	1	2	2	5	3	1	4		DISPLASIA SEVERA - DISOCIACION CITOISTOLOGICA	1			
123	65	JAUJA	21	2	G3 P3003	5	1	2	3	3	3	1	4			2			
124	33	OCOPILLA	15	3	G2 P1011	6	1	2	3	5	3	1	3			1			
125	38	HUANCAYO	21	1	G4 P2022	5	2	2	2	5	2	2	5	2	CANCER IN SITU	2			
126	36	HUANCAYO	19	2	G0 P0000	6	1	2	2	5	3	2	4	2		1			
127	34	HUANCAYO	17	3	G4 P2022	5	1	2	1	5	2	2	4	2		2			

128	38	EL TAMBO	18	2	G2 P2002	5	1	1	0	4	1	2	5	2	CANCER IN SITU	2		
129	37	EL TAMBO	16	3	G1 P1001	5	1	2	1	3	2	1	2					
130	40	JAUIJA	21	4	G2 P0020	5	1	2	1	3	3	1	4			1		
131	27	HUANCAYO	15	5	G2 P1011	6	1	2	3	1	1	1	4			1		
132	34	EL TAMBO	19	6	G1 P1001	6	2	2	1	5	2	1	3		DISPLASIA MODERADA - DISOCIACION CITOHISTOLOGICA CON Ki67 POSITIVA 10 % Y P53 NEGATIVO	1	2	1
133	33	HUANCAYO	18	2	G1 P1001	5	2	1	0	5	2	1	3			1		
134	44	EL TAMBO	15	5	G2 P1011	2	1	1	0	3	3	1	4			1		
135	32	EL TAMBO	16	4	G3 P2012	6	2	1	0	5	3	1	3		DSIPLASIA MODERADA CON P16 CALIDAD SUBOPTIMA + Ki67 FOCALMENTE RESALTA 2/3 DEL EPITELIO	1		
136	39	JUNIN	17	5	G1 P1001	2	1	2	3	5	2	1	3			1		
137	32	CONCEPCION	21	4	G0 P0000	5	1	2	1	2	2	1	4	2		1		
138	33	JUNIN	15	4	G3 P3003	5	1	1	0	5	2	2	2					
139	32	HUANCAYO	17	3	G2 P2002	6	1	1	0	2	2	1	4			1		
140	43	EL TAMBO	15	5	G4 P3013	5	1	2	1	4	3	1	4			1		
141	51	SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA	16	4	G5 P5005	5	1	2	1	5	3	1	3			1		
142	37	TARMA	18	4	G3 P3003	6	1	2	1	3	2	2	3			1		
143	27	EL TAMBO	16	5	G3 P2103	6	1	2	1	5	2	1	4			1		
144	31	EL TAMBO	21	4	G1 P1001	2	1	2	1	4	1	1	2					
145	31	HUALHUAS	20	3	G3 P2012	5	1	1	0	5	2	1	2					
146	56	EL TAMBO	16	5	G4 P4004	5	1	2	2	5	2	1	5	2	CANCER IN SITU	2		
147	56	EL TAMBO	18	3	G2 P1011	4	1	2	5	4	3	1	2		DISPLASIA LEVE - DISOCIACION CITOHISTOLOGICA	1		
148	75	JAUIJA	16	4	G8 P8008	5	1	2	2	5	2	1	3			1		
149	39	PAMPA	18	3	G2 P2002	6	1	2	1	2	3	2	4	2		2		
150	39	SAN AGUSTIN DE CAJAS	19	3	G4 P2022	2	2	2	1	4	2	1	2					
151	51	JUNIN	18	3	G2 P2002	5	2	1	0	3	2	1	2					
152	52	SATIPO	15	5	G3 P2012	5	1	2	2	5	3	1	3			1		
153	38	EL TAMBO	18	2	G2 P2002	5	2	2	2	4	2	2	4	2		2		

154	49	HUANCAYO	24	2	G4 P2022	5	2	2	1	5	2	1	4			1		
155	38	HUANCAYO	17	3	G2 P2002	6	2	1	0	4	2	1	4			2		
156	32	HUANCAYO	16	3	G3 P3003	5	2	2	1	5	2	1	2					
157	28	HUANCAYO	21	2	G0 P0000	6	1	2	1	5	2	1	3			1		
158	48	SAN RAMON	15	4	G5 P3023	1	2	2	1	2	3	1	5	2	CANCER IN SITU	1		
159	41	SAN RAMON	15	4	G2 P2002	5	1	1	0	5	2	2	3			1		
160	57	JAUIJA	16	5	G6 P2042	5	2	2	3	3	2	1	4	2		2		
161	50	AHUAC	16	3	G1 P1001	5	2	2	1	5	2	1	2					
162	41	APATA	14	6	G2 P1011	5	1	2	1	4	3	1	3			1		
163	45	TARMA	15	4	G4 P3013	4	2	2	2	5	3	1	4			1		
164	26	EL TAMBO	16	3	G0 P0000	2	1	2	1	5	2	1	4	2		2		
165	49	EL TAMBO	18	3	G3 P2012	5	1	1	0	1	2	1	3			1		
166	39	HUANCAYO	16	3	G1 P1001	1	1	2	1	3	3	1	4	2		2		
167	45	CHUPACA	19	2	G2 P2002	2	1	1	0	1	3	1	2					
168	29	EL TAMBO	18	3	G0 P0000	5	1	1	0	4	1	1	3			1		
169	45	EL TAMBO	19	4	G3 P1021	5	1	1	0	2	2	1	2					
170	43	EL TAMBO	17	3	G2 P2002	5	1	1	0	2	2	1	2					
171	51	EL TAMBO	15	5	G5 P3023	5	2	1	0	5	3	1	4	2		1		
172	54	JAUIJA	14	4	G5 P4014	5	1	1	0	3	1	1	4	1		2		
173	46	EL TAMBO	19	2	G4 P4004	2	2	1	0	2	2	1	3			1		
174	31	CHUPACA	18	4	G2 P1011	4	2	2	2	5	2	1	2					
175	39	EL TAMBO	19	5	G2 P2002	6	2	1	0	3	1	1	4	1		1		
176	28	EL TAMBO	18	3	G3 P2012	5	2	1	0	5	2	1	2					
177	35	HUANUCO	14	6	G1 P0010	6	2	1	0	5	3	1	4			1		
178	42	JAUIJA	16	4	G2 P2002	5	1	2	1	3	2	2	5	2	CANCER IN SITU	2		
179	44	JAUIJA	17	4	G3 P1021	5	1	2	1	3	1	1	1					
180	19	CHUPACA	14	1	G1 P1001	5	1	1	0	4	2	1	2					
181	53	EL TAMBO	19	3	G2 P2002	5	1	2	1	4	3	1	2					
182	46	JAUIJA	17	4	G4 P3013	5	2	2	2	4	1	1	2					
183	40	JAUIJA	15	2	G1 P1001	2	2	1	0	5	2	1	2			1		
184	20	CHANCHAMAYO	15	4	G0 P0000	5	1	2	1	5	2	1	4	2		1		

185	39	YAUYOS	15	3	G2 P2002	5	2	1	0	5	2	1	3			1	2	2
186	48	TARMA	16	3	G3 P3003	5	1	1	0	5	2	1	3			1		
187	33	SATIPO	15	3	G4 P2022	5	1	1	0	3	1	1	4			1		
188	64	EL TAMBO	15	5	G8 P4044	5	2	2	2	2	2	1	2					
189	31	HUANCAYO	17	2	G2 P2002	4	1	1	0	4	1	1	3			1		
190	48	CERRO DE PASCO	14	3	G4 P4004	2	1	1	0	5	2	1	2					
191	31	HUANCAYO	27	2	G0 P0000	5	1	1	0	4	2	2	4	2		2		
192	42	CHUPACA	17	3	G2 P2002	6	1	1	0	4	2	2	2					
193	63	CHILCA	21	2	G6 P5015	5	1	1	0	2	1	1	2			1		
194	39	JAUIA	18	3	G0 P0000	5	2	1	0	3	2	1	2					
195	34	CHUPACA	17	2	G1 P1001	5	1	1	0	2	2	1	3			1		
196	30	CHANCHAMAYO	18	3	G2 P1011	6	1	2	1	4	2	2	3			1		
197	33	MATAHUASI	15	2	G1 P0010	5	2	1	0	4	3	1	2					
198	24	JAUIA	22	2	G0 P0000	6	1	1	0	2	2	2	2					
199	26	PILCOMAYO	17	2	G1 P1001	5	1	2	2	4	2	1	2					
200	46	YAULI	20	3	G2 P2002	5	1	1	0	5	3	1	2					
201	55	CHANCHAMAYO	16	5	G3 P3003	5	2	1	0	3	2	2	3	1		1		
202	39	SAN RAMON	16	3	G6 P5015	6	1	1	0	2	2	1	4	2		2	2	2
203	32	HUANCAYO	18	3	G3 P3003	4	1	1	0	5	2	1	3			1		
204	25	CHANCHAMAYO	15	4	G1 P1001	5	2	1	0	3	2	1	3			1		

