

**UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



TESIS

**PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL
PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE
CUELLO UTERINO-HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO-2015**

TESISTAS:

CANTARO BALTAZAR, Elizabeth Rosario
MEJIA ARANDA, María Isabel

ASESORA:

ESPINOZA TARAZONA, YOLA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

HUÀNUCO-PERÙ

2016

DEDICATORIA

A nuestros padres. Hermanos y familiares que nos alentaron para continuar, cuando parecía que nos íbamos a rendir.

A nuestros maestros quienes nunca desistieron al enseñarnos, a ellos que continuaron depositando su esperanza en nosotras.

A todas las pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino quienes son parte fundamental de nuestro trabajo de investigación

AGRADECIMIENTO

Primeramente, nos gustaría agradecerle a Dios por bendecirnos para llegar hasta donde hemos llegado, porque hizo realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Nacional Hermilio Valdizán - Huánuco por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales.

A nuestra amada y querida facultada de obstétrica que nos albergó durante cinco años de nuestra carrera profesional.

Al hospital Hermilio Valdizán Medrano - Huánuco por habernos brindado su apoyo facilitándonos el material necesario para llevar a cabo este trabajo de investigación.

A nuestra asesora de tesis, Mg. Yola Espinoza Tarazona por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que nosotras podamos terminar nuestros estudios con éxito.

También nos gustaría agradecer a nuestros docentes que durante toda nuestra carrera profesional han aportado con un granito de arena a nuestra formación, y en especial a nuestros profesores la Mg. Iveth Figueroa, Carlos Carrillo, Víctor Quispe por sus consejos, sus enseñanzas y más que todo por su amistad.

ÍNDICE DE CONTENIDOS.

PAGINAS PRELIMINARES	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Presentación	vi
Título de la investigación	vii
Resumen y palabras clave.	viii
Abstract	ix
Introducción	x
CAPITULO I	1
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del Problema	1
1.2. Formulación del Problema	3
1.2.1. Problema general	3
1.2.2. Problemas específicos	3
CAPITULO II	5
ASPECTOS CIENTÍFICOS DEL PROYECTO	5
2.1. Objetivo General y objetivos específicos	5
2.1.1. Objetivo general	5
2.1.2. Objetivos específicos	5
2.2. Hipótesis	5
2.2.1. Hipótesis general	6
2.2.2. Hipótesis específicas	7
2.3. Variables	7
2.3.1. Variable independiente	7
2.3.2. Variable dependiente	7
2.3.3. Variables interviniente	7
2.4. Matriz de consistencia	8
2.5. Justificación e importancia	10
2.6. Limitaciones	11
CAPITULO III	12
MARCO TEORICO	12
3.1. Antecedentes	12
3.1.1. Internacionales	12

3.1.2. Nacionales	13
3.1.3. Locales	14
3.2. Bases Teóricas	15
3.2.1. Definiciones conceptuales	15
3.3. Definiciones de términos básicos	36
CAPITULO IV	38
MATERIAL Y MÉTODOS	38
4.1. Metodología utilizada en el proceso de investigación científica	38
4.2. Nivel y Tipo de investigación	38
4.2.1. Nivel de investigación	38
4.2.2. Tipo de investigación	39
4.3. Diseño y esquema de la investigación	39
4.4. Población y muestra	39
4.4.1. Población	39
4.4.1.1. Criterio De Inclusión	40
4.4.1.2. criterio de exclusión	40
4.4.2. Muestra	40
4.5. Definición operativa de los Instrumentos de recolección de datos.	40
4.6. Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	41
4.7. Aspecto ético	42
CAPITULO V	43
RESULTADOS	43
5.1. Presentar los resultados.	43
5.2. Contrastación de las hipótesis.	43
CAPITULO VI	65
DISCUSIÓN	65
6.1. Contrastación de los resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases	65
6.2. Aporte científico de la investigación	65
CAPITULO VII	68
CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	68
7.1. Conclusiones	68
7.2. Recomendaciones	70
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	71
ANEXOS	74

PRESENTACIÓN

Con este trabajo de investigación buscamos identificar los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino, el cual será aplicado a todas las pacientes que fueron atendidas en dicho programa y que hayan resultado con un diagnóstico positivo para lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino de bajo y alto grado, ya con los resultados se buscare estrategias que sean aplicables a esta población vulnerable con el fin de mejorar su estilo y calidad de vida (salud) y así lograr reducir las tasas de morbimortalidad a causa del cáncer de útero.

Esperamos con este trabajo de investigación lograr motivar nuevas investigaciones que continúen con el trabajo iniciado.

Por lo tanto, dicha investigación consta de siete capítulos donde se aborda el problema de investigación con la descripción y formulación del problema; en el segundo capítulo se presentan los aspectos científicos de la investigación con los objetivos, la hipótesis y variables, la matriz de consistencia, la justificación e importancia y las limitaciones del estudio; en la tercera parte se expone el marco teórico, el cual comprende los antecedentes, las bases teóricas y las definiciones conceptuales; en el cuarto capítulo se consideran los materiales y métodos; en el quinto capítulo se presentan los resultados de la investigación con su respectivo análisis e interpretación; el sexto capítulo incluye la discusión de resultados contrastados con diversos estudios internacionales y nacionales; en el séptimo capítulo se presentan las conclusiones y las recomendaciones. Finalmente se incluyen con las referencias bibliográficas, la bibliografía y los anexos.

PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES
ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL
EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE
PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO-HOSPITAL
REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-2015

RESUMEN

La investigación se realizó con el objetivo de conocer los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del hospital regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco, 2015. El nivel de investigación fue descriptivo, tipo básica, Se trabajó con una muestra de 418 pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer uterino. Para recopilar los datos se utilizó la ficha de recolección (historias clínicas). Por tanto se obtuvo el resultado de: $\chi^2 = 10.1 > 3.84$ aceptando que: los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino es significativo. Concluimos que: el 75.8% de pacientes estudiados presentaron predictores patológicos como hongos, el 16.8% bacterias, 5.5% parásitos y 1.9% virus papiloma humano. Un 60.3% dentro de los predictores gineco-obstetricos presentaron poligamia, el 54.8% relaciones sexuales precoces, 73% eran multigestas, el 81.6% tuvieron parto vaginal y el 57.4% usaron el método anticonceptivo hormonal.

Palabras Clave: Predictores, Lesiones Escamosas Intraepiteliales, Citología Cervical, Cáncer Del Cuello Uterino.

ABSTRACT

The research was conducted in order to identify predictors that influence squamous intraepithelial lesions of cervical cytology in patients strategic program to prevent cervical cancer Hermilio Regional Hospital Valdizán Medrano Huanuco, 2015. The level of research was descriptive type of basic research and design. We worked with a sample of 418 patients strategic program of prevention of uterine cancer. To collect data when data collection (Medical Records) was used. Therefore the result was obtained: $\chi^2 = 10.1 > 3.84$ agree that: predictors that influence squamous intraepithelial lesions in cervical cytology in patients strategic program to prevent cervical cancer is significant. Of which conclusions were reached: 75.8% of patients studied showed pathological predictors as fungi, bacteria 16.8%, 5.5% and 1.9% parasites human papilloma virus. 60.3% in gynecologic obstetric predictors presented polygamy, early sexual intercourse 54.8%, 73% were multiparous, 81.6% had vaginal delivery and 57.4% used hormonal contraception.

Keywords: Predictors, lesions squamous intraepithelial cervical smear Cervical Cancer.

INTRODUCCION

Las lesiones escamosas intraepiteliales constituyen un problema de salud, para las mujeres de todo el mundo, ya que son precursoras del inicio de cáncer de cuello uterino

Se han identificado predictores que conllevan a lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, entre los predictores patológicos tenemos a los hongos bacterias, paracitos, virus y entre los predictores gineco-obstetricos tenemos multiparidad, precocidad, promiscuidad, poligamia y métodos hormonales.

Sin embargo, en nuestro país no existen estudios que muestren el porcentaje de pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas ya sea de bajo y/o alto grado, que tengan un seguimiento y/o evolución

La citología cervical no solo se utiliza para diagnosticar lesiones en el epitelio cervical tanto en estadio precoz como avanzado; sino también para conocer el tipo de infección cervical y que microorganismo lo ocasiona; ya que en su gran mayoría estas infecciones son producto de la persistencia del agente patógeno debido a un control inadecuado y tratamiento inefectivo, que con el tiempo puede desencadenar el desarrollo de lesiones escamosas intraepiteliales ya sea de bajo grado o alto grado.

El cáncer de cuello uterino es un problema relevante en salud pública con implicaciones trascendentales en la salud de una mujer, es una causa común de mortalidad y morbilidad en nuestro País como en Latinoamérica. Así mismo el cáncer de cuello uterino es la quinta neoplasia más frecuente en el mundo y ocupa el segundo lugar en incidencia de la mujer, después del cáncer de mama. La OMS ha estimado que se registran más de 500 000 casos nuevos por año, de los cuales el 90% ocurren en países en desarrollo. En la actualidad los resultados de pruebas de cáncer de cuello uterino se conocen con algún tiempo después de su realización por lo que el tratamiento se hace en una visita posterior, en muchos casos el desconocimiento por muchos factores de las usuarias sobre la importancia de la prueba. La historia de este cáncer nos

indica que se trata de un largo proceso, que toma entre 10 a 15 años para llegar a ser un problema real, es allí donde los programas estratégicos de prevención de cáncer de cuello uterino han probado disminuir notablemente la incidencia y mortalidad por esta enfermedad.

Es por tal motivo que nos hemos enfocado en identificar los predictores que están conllevando a lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, las cuales son precursoras de cáncer de útero. Ya identificados estos predictores, darlos a conocer y buscar estrategias que nos ayuden en la concientización de la población vulnerable y así ayudar a reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

Las lesiones escamosas intraepiteliales constituyen un problema de salud, para las mujeres de todo el mundo, ya que son precursoras del inicio de cáncer de cuello uterino.

La lesión escamosa intraepitelial en el cuello uterino varía de un crecimiento anormal mínimo (bajo grado), progresando en espesor hasta llegar a la capa más superficial del epitelio (alto grado). La actividad mitótica está confinada a la capa basal y a las capas celulares por encima de ella sin compromiso del estroma.¹⁶

Los predictores de riesgo más reconocidos para lesiones escamosas intraepiteliales del cuello uterino son: multiparidad en 7 de cada 10 mujeres, desconocimiento de infección de transmisión sexual de la pareja en un 79%, uso de hormonales orales por más de 5 años en 3 de cada 10 mujeres, infección de transmisión sexual en un 25%. El 76% de las mujeres fueron citadas cada 6 meses para su seguimiento. El 99% de las mujeres mayores de 35 años se ha realizado el Papanicolaou, 7 de cada 10 mujeres recibieron consulta en menos de 15 minutos, 2 de cada 10 mujeres no tienen control citológico, 9 de cada 10 médicos no informaron de alguna alteración en la prueba de Papanicolaou.¹

La presencia de HPV en un 78.3%, la edad temprana de inicio de relaciones sexuales en un 73.9% en menores o iguales de 18 años y en 26.1% en mayores de 18 años, el número de parejas sexuales obtuvo un 82.6% en pacientes que presentaron 2 o más parejas sexuales es decir los predictores de riesgo más reconocidos para la lesión escamosa intraepitelial de cuello uterino son la presencia del VPH, la precocidad sexual y la promiscuidad sexual.²

La citología cervical es un método eficaz, sencillo, rápido y económico para la detección temprana del cáncer del cuello del útero y así reducir su incidencia

y mortalidad a través de la detección de lesiones precursoras en el epitelio cervical como son: las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG) y lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG), que serían el antecedente del cáncer invasor.³ Además éste método también puede utilizarse para el diagnóstico de infecciones, las cuales pueden ser causadas por microorganismos como bacterias (*Chlamydia trachomatis* o *Gardnerella vaginalis*), hongos (*Cándida albicans*), parásitos (*Trichomonas vaginalis*) y virus (Herpes Simple tipo 2 y Virus Papiloma Humano).⁴

Sin embargo, en nuestro país no existen estudios que muestren el porcentaje de pacientes con lesiones intraepiteliales ya sea de bajo y/o alto grado, que tengan un seguimiento y/o evolución.

Actualmente no existen cifras precisas en nuestro hospital, ni estadística publicada en nuestro país respecto a la presencia o no, de estas lesiones cervicales, lo que implica un número considerable de pacientes, el cual debería ser registrado en el sistema.

La citología cervical no solo se utiliza para diagnosticar lesiones en el epitelio cervical tanto en estadio precoz como avanzado; sino también para conocer el tipo de infección cervical y que microorganismo lo ocasiona; ya que en su gran mayoría estas infecciones son producto de la persistencia del agente patógeno debido a un control inadecuado y tratamiento inefectivo, que con el tiempo puede desencadenar el desarrollo de lesiones escamosas intraepiteliales ya sea de bajo grado o alto grado.

El cáncer de cervix es la patología maligna más frecuente de la mujer. Como prueba de tamizaje se cuenta con la citología cervical. La aplicación masiva como método de detección ha llevado a una disminución no solo en la frecuencia de cáncer de cervix invasivo, sino también en la mortalidad asociada en los países desarrollados. Sin embargo, el impacto ha sido menor en los países en desarrollo. Esta menor efectividad del tamizaje ha sido explicada por una mala definición de la población objeto del tamizaje, una no oportuna aplicación del método a mujeres con riesgo, a problemas en la técnica de laboratorio, a inadecuada comunicación de los resultados de

laboratorio a la mujer y al médico tratante, a no lograr que la mujer asista a la investigación completa de la citología anormal como también a que reciba el tratamiento y seguimiento adecuado. Por último, la ausencia de una permanente evaluación de los programas de detección y tratamiento.

Algunos estudios reportan como factor de riesgo asociado a Cáncer de cuello uterino; debut sexual a temprana edad, promiscuidad, analfabetismo, más de tres partos, uso de anticonceptivos hormonales, nivel escolar bajo. El Cáncer de cuello uterino es 100 % curable si se diagnostica a tiempo, por lo que resulta interesante identificar los factores de riesgos asociados a lesiones intraepiteliales cervicales y dado que es clave para mejorar la efectividad de los programas de reducción de cáncer de cuello uterino, detectar oportunamente las anormalidades que conlleven a un mayor riesgo de lesión intraepitelial. Por ello el objetivo de este estudio de investigación es identificar los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer del cuello uterino del “Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano” – 2015 y el cual servirá de base para futuros estudios.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema general:

¿Cuáles son los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2015?

1.2.2. Problemas específicos:

- ¿Cuáles son los predictores patológicos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015?

- ¿Cuáles son los predictores gineco-obstetricos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015?
- ¿Cuáles son los tipos de lesiones escamosas intraepiteliales de la citología que presentan las pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco 2015?

CAPITULO II

ASPECTOS CIENTÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivos Generales y Específicos

2.1.1. Objetivo general

Determinar los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.

2.1.2. Objetivos específicos

- Identificar los predictores patológicos que influyen en la lesión escamosa intraepitelial de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino en estudio
- Identificar los predictores gineco-obstetricos que influyen en la lesión escamosa intraepitelial de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino en estudio
- Describir los tipos de lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino en estudio

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis General

Hi₁: los predictores identificados influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2015.

Ho₁: los predictores identificados no influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2015.

2.2.2. Hipótesis Específicas

Hi₁: Los predictores patológicos identificados influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.

Ho₁: Los predictores patológicos identificados no influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.

Hi₂: Los predictores gineco-obstetricos identificados influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.

Ho₂: Los predictores gineco-obstetricos identificados no influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.

2.3. Variables

2.3.1. Variable Independiente:

Predictores patológicos y gineco-obstetricos

2.3.2. Variable Dependiente:

Lesiones escamosas intraepiteliales

2.3.3. Variable Interviniente:

- Edad
- Ocupación
- Procedencia
- Estado civil

2.4. Matriz de consistencia:

PREVALENCIA DE LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES E INFECCIONES VAGINALES EN LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CACU DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO - 2015.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VAR. E IND.	POBLACION /MUESTRA	DISEÑO Y ESQUEMA	TEC. E. INST.	EST.
<p>PREGUNTA GENERAL ¿Cuáles son los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2015?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS ¿Cuáles son los predictores patológicos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2015? ¿Cuáles son los predictores gineco-obstetricos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano 2015? ¿Cuáles son los tipos de lesiones escamosas intraepiteliales de la citología que presentan las pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Conocer los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar los predictores patológicos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino en estudio Identificar los predictores gineco-obstetricos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino en estudio Describir los tipos de lesiones escamosas intraepiteliales de la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino en estudio 	<p>HIPOTESIS GENERAL Hi1: los predictores identificados influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano - 2015.</p> <p>Ho1: Los predictores identificados no influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.</p> <p>HIPOTESIS ESPECIFICAS Hi1: Los predictores patológicos identificados influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital</p>	<p>V. IND Predictores patológicos y gineco-obstetricos</p> <p>V. DEP Lesiones escamosas intraepiteliales</p> <p>V. INT.</p> <ul style="list-style-type: none"> Edad Ocupación Procedencia Estado civil <p>INDICADORES</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicadores patológicos: <ul style="list-style-type: none"> Bacterias Parasitos Hongos Virus Indicadores gineco-obstetricos: <ul style="list-style-type: none"> Número de parejas sexuales inicio de las relaciones sexuales número de gestaciones termino del parto uso de métodos anticonceptivos 	<p>POBLACIÓN: Se tomará como población referencial de estudio a todas las pacientes atendidas en el servicio de cáncer de cuello uterino registradas en el libro de Toma de muestra Y Resultados de Papanicolaou del Hospital Hermilio Valdizán.</p> <p>critérios de inclusión: Pacientes atendidas en el servicio de cáncer de cuello uterino.</p> <p>critérios de exclusión: Pacientes con resultado negativo para lesiones intraepiteliales cervicales. Pacientes atendidas con IVVA o colposcopia</p> <p>MUESTRA: El cálculo de la muestra será No Probabilística intencionada; según el número de casos atendidos. Para su selección se considerará los</p>	<p>DISEÑO Para la investigación se utilizará el diseño descriptivo y tipo transversal.</p> <p>ESQUEMA Dicho esquema será el siguiente:</p> <pre> graph TD M[M] --> Ox[Ox] M --> r[r] r --> Oy[Oy] Oy --> r </pre> <p>Donde: M: Representa a la muestra en estudio Ox: representa a los datos de la variable independiente Oy: representa a los datos de la variable dependiente r: representa a la relación de datos de ambas variables</p>	<p>TÉCNICA Análisis documental</p> <p>INSTRUMENTO: Ficha de Recolección de Datos (historia clínica)</p>	<p>Chi cuadrado de homogeneidad.</p>

Valdizán Medrano – Huánuco 2015?		<p>Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.</p> <p>Ho1: Los predictores patológicos identificados no influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.</p> <p>Hi2: Los predictores gineco-obstetricos identificados influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.</p> <p>Ho2: Los predictores gineco-obstetricos identificados no influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano – 2015.</p>		siguientes criterios de inclusión y exclusión:			
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

2.5. Justificación e importancia

En todo el mundo, el cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en mujeres, después del cáncer de mama. La organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que actualmente hay más de 2 millones de mujeres en el mundo que tienen cáncer de cuello uterino. Cada año se diagnostican más de 1,350 casos nuevos por día. Mientras que el cáncer de mama afecta más a los países del primer mundo, el cáncer de cuello uterino lo hace con los tercermundistas por su pobreza al no contar con los implementos necesarios para tratar este mal. En las Américas, las mayores tasas de incidencia de cáncer cervicouterino se presentan en Perú, Brasil, Paraguay, Colombia y Costa Rica; mientras que en la comunidad latina de Columbia (EE.UU.) son similares a las de Cuba, Canadá y Puerto Rico. El cáncer cervical es el cuarto cáncer más frecuente en mujeres en América, y el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres de 15 a 44 años de edad. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la región de las Américas. Los datos de mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud indican una mortalidad estandarizada de cáncer cervicouterino persistentemente alta en Nicaragua, El Salvador y Perú. La incidencia de cáncer cervical en Perú es de 40,4 por 100 mil mujeres y una tasa de mortalidad de 19,9 por 100 mil mujeres.

Ante esta problemática los servicios de salud han tomado diversas estrategias con una perspectiva dirigida a reducir la morbimortalidad por esta enfermedad que más que todo se ha convertido en un cruel azote de nuestros países subdesarrollados.

En la actualidad las lesiones escamosas intraepiteliales, constituyen un problema de salud pública para las mujeres, y la citología cervical es un tipo de prueba que nos va ayudar a diagnosticar lesiones en el epitelio cervical tanto en estadio precoz como avanzado; además nos da a conocer el tipo de infección cervical y que microorganismo o agente

patógeno lo ocasiona; el mismo que repercutirá en la experiencia del futuro profesional obstetra por ello su relevancia práctica y social cobra importancia debido a que contribuirá a mejorar la atención mediante la concientización y promoción de prevención del cáncer de cuello uterino logrando que estas personas tomen conciencia a tiempo y así predecir que influye en las lesiones de cáncer de cuello uterino en la ciudad de Huánuco.

Por lo tanto, el estudio de investigación se justifica ya que los resultados permitirán realizar una propuesta para generar estrategias de intervención médica ante la alta incidencia de casos de cáncer de cuello uterino y porque nos basaremos fundamentalmente en el interés de conocer con exactitud cuáles son los predictores que influirán en las lesiones escamosas intraepiteliales cervicales en la ciudad de Huánuco.

2.6. Limitaciones

No se presentarán limitaciones en el presente trabajo de investigación ya que contamos con el apoyo del Hospital Hermilio Valdizán Medrano – Huánuco quienes mediante una resolución nos brindaron toda la información necesaria y así llevar a cabo la ejecución de nuestro trabajo de investigación con éxito.

CAPITULO III.

MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes

3.1.1. Nivel Internacional

J. López, J. Terradezb, J. Gasullb. (Valencia-España – 2012) “Infecciones vaginales y lesiones cervicales en la citología cervicovaginal en prostitutas de la ciudad de valencia – España, 2012”. Dicho estudio presenta los siguientes resultados entre los 12 y 60 años, la edad media de las prostitutas fue de 30,74 años; la mayoría eran extranjeras (99%). En 170 casos (22,46%) se encontró una infección vaginal; las más frecuentes fueron la vaginosis bacteriana – en 84 casos (11,11%) y los hongos en 54 casos (7,14%); en 32 casos hubo LSIL (Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado) (4,23%) y en 8 casos hubo HSIL (lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado) (1,05%). Solo hubo un caso (0,13%) de cáncer infiltrante y 5 casos (0,66%) de coilocitosis. **Concluyen:** - Hay mayor prevalencia de: a) infecciones vaginales, VB, tricomonas (po :0,001) y candidas (po :0,05) en las prostitutas que en la población normal. b) lesiones cervicales atipias de significado incierto y LSIL (po :0,001) y HSIL (po :0,01). No hubo diferencias significativas en el cáncer cervical entre ambos grupos.⁽³⁾

Carlos García, J. Amaya, E. Naranjo, N. Ambrosio. (Bogota-colombia – 2011) “Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial de cérvix en pacientes con diagnostico citológico se diagnosticaron un 37,8 % de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEI BG) y un 10,9 % de lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEI AG). En el diagnostico por histopatología se detectó infecciones por virus del papiloma humano (VPH) en el 29,5 % de los casos, LEI BG en el 15% y LEI AG en el 10,3 %. Se encontró carcinoma invasivo (CA) en el 0,6% de los casos. De esta forma presentan las **Conclusiones:** En pacientes con ASCUS se encuentra una prevalencia importante de lesiones pre neoplásicas que ameritan

estudio colposcópico para impactar la mortalidad por esta patología.⁽⁴⁾

A. De Sousa, G. Mata, M.I Camejo; 2011 (Venezuela – 2011)

“Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de Los Teques 2011” presentan resultados en su estudio: En las trabajadoras sexuales las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y de alto grado se presentaron en el 0,98 % y 0,60 % de la población, mientras que en las usuarias fue de 0,1 % de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y no se encontraron de alto grado. En las trabajadoras sexuales la prevalencia de Gardnerella vaginalis, Cándida, Trichomonas vaginalis y virus de papiloma humano fue de 51,0 %; 5,0 %; 5,6 %; 2,2 % respectivamente, mientras que para las usuarias fue de 35,9 %; 8,6 %; 3,3 % y 0,5 %. Dicho estudio presenta.

Conclusiones: Las trabajadoras sexuales presentan una desigualdad relativa mayor de sufrir infecciones de transmisión sexual con respecto las usuarias del servicio de planificación familiar.⁽⁵⁾

3.1.2. Nivel Nacional

G.A Franco, D. Borja. (Perú – 2009) “Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres obreros de construcción civil vs mujeres control en la posta médica (construcción civil) ESSALUD, de junio a setiembre del 2009” presentan resultados: las poblaciones en estudio control y riesgo muestran diferencias entre los factores de riesgo para presentar citología cervical anormal. HALLÁNDOSE principalmente las siguientes diferencias: ETS: población control (OR=2,1 Min. 0,4 Máx. 11,4) población estudio control y riesgo (OR=3,5 Min. 0,8 Máx. 16,0); pareja de riesgo: población control - (OR= 0,7 Min. 0,2 Max 2,5); población riesgo (OR= 3,2 Min. =,7

Máx. 14,6); PRS antes de los 18 años: población control (OR=2,2 Min. 0,7 Máx. 6,9) C.C. (OR= 1,8 Min. 0,7 Máx. 4,3); Compañeros sexuales más de 1: Población Control (OR=0,7 Min. 0,2 Máx. 2,6), C.C. (OR=2,4 Min.1,0 Máx. 5,8) por tanto presentan **Conclusiones:** Las mujeres de C.C. presentan mayor cantidad de factores de riesgo de calidad superior que la población control, y que las ETS provocadas debido a la promiscuidad sexual, afirman que el factor de riesgo por parte de la pareja influye en los resultados.⁽⁶⁾

M. Valderrama; F. Campos; C. Cárcamo; P. García (Lima – 2009) “Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima 2009”. Dicho estudio presenta los resultados: La prevalencia de VPH (6, 11, 16, 18) fue de 8,4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años ($p= 0,024$). La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH (OR:8,8; IC95:1,9-39,6). La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística. Por tanto, presentaron **Conclusiones:** Las lesiones cervicales o presencia del VPH son frecuentes en esta población de mujeres jóvenes. La edad y la diferencia de edades con la pareja sexual de mayor edad se asociaron a las lesiones cervicales o presencia del VPH.⁽⁷⁾

3.1.3. Nivel Local

Al revisar los trabajos de investigación en las bibliotecas de las universidades de la región Huánuco, no se encontró trabajos o antecedentes relacionados al tema de estudio, por tanto, no se mencionan a nivel local.

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Definiciones Conceptuales.

Lesiones Escamosas Pre Invasivas

La infección persistente por el virus del papiloma humano, hace posible el crecimiento productivo de este patógeno en las células epiteliales (basales o parabasales) inmaduras.

Así el tamaño y la morfología de las lesiones producidas por estas infecciones víricas son variables. No se limitan a la zona de transformación y pueden localizarse en cualquier área del cérvix.

Terminología histológica

Desde hace décadas las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, han recibido denominaciones descriptivas como atipia, hiperplasia atípica, hiperplasia de células basales, etc. En 1950 se propuso el término Displasia para describir las lesiones precancerosas cervicales. Este término se ha usado para indicar lesiones epiteliales cervicales con una progresión alterada y que muestran atipia nuclear y proliferación anormal de células escamosas basales con aumento de la relación núcleo: citoplasma y despolaridad.

La Displasia fue subdividida en leve, moderada y severa según la extensión de los cambios dentro del epitelio.

Más tarde Richardt propone reemplazar los términos existentes y unificarlos bajo el concepto histológico de lesiones precancerosas intraepiteliales cervicales bajo la denominación de Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) que fue posteriormente subdividida en NIC 1 (correspondiente a displasia leve), NIC 2 (displasia moderada) y NIC 3 (displasia severa/carcinoma in situ). Displasia severa y carcinoma in situ se incluyen en la misma categoría ya que son dos lesiones que no pueden distinguirse histológicamente.

El concepto de NIC presupone que todas las lesiones dentro de este espectro representan varios estadios de una enfermedad. Con el aumento

de conocimientos sobre la patogénesis del cáncer cervical, parece claro que el espectro histológico de la displasia cervical no representa una sola enfermedad, sino que hay dos procesos distintos causados por distintos tipos de HPV. Por una parte, lesiones causadas por HPV de bajo riesgo: estas lesiones habitualmente regresan espontáneamente, e histológicamente muestran evidencia de infección viral activa con pronunciados cambios víricos cigomáticos y evidencia de replicación viral. Ejemplos de tales lesiones y la terminología usada para designarlas son: condiloma, displasia escamosa leve, Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) y NIC 1.

Por otra parte, hay verdaderas lesiones precancerosas escamosas conocidas como displasia moderada o severa, carcinoma in situ, CIN 2 y 3, Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEIAG) y una minoría de LEIBG. Estas lesiones están causadas por tipos de HPV de alto riesgo y pueden progresar a carcinoma invasivo si no se tratan.

El riesgo de desarrollar cáncer cervical varía desde 10.3 para infecciones por HPV en general, 5,4 para infecciones con genotipos HPV de bajo riesgo, 24.0 para genotipos HPV de alto riesgo y 104.8 para HPV tipo 16.

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG)

Desde 1988 en la conferencia de consenso de Bethesda, los términos Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (LEIBG) y Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado (LEIAG) fueron propuestos para abarcar las lesiones escamosas preinvasivas vistas en muestras citológicas.

Tanto LEIBG y LEIAG abarcan el espectro de precursores escamosos que conducen al carcinoma de cervix. A diferencia de la clasificación NIC y la de displasia, las cuales mantienen los cambios colocíticos o del HPV como una categoría diagnóstica separada, LEIBG incorpora los cambios de HPV. Así LEIBG incluye cambios definitivos de HPV, así como las categorías de NIC 1 y displasia leve. Esto está apoyado por la evidencia

de que la mayoría de mujeres con diagnóstico citológico de LEIBG están infectadas por el HPV.

LEIBG se caracteriza por frotis cervicales conteniendo células con citoplasma maduro y claras anomalías nucleares (displasia leve) o los cambios citopáticos del efecto del HPV. La categoría consiste en los viejos diagnósticos de displasia leve y NIC 1, así como los términos previamente utilizados de infección por HPV. En células con características de displasia leve, LEIBG se caracteriza por células escamosas maduras con grandes núcleos, 4-6 veces el tamaño de los núcleos de células intermedias normales. De hecho los núcleos más grandes vistos en procesos displásicos son aquellos de LEIBG. Junto con este aumento de tamaño el núcleo muestra hiper cromatismo, membranas nucleares irregulares y frecuente binucleación. La cromatina es típicamente granular fina y uniformemente distribuida. Nucleolos son raros. Las células son generalmente aisladas pero pueden verse en grupos. Alternativamente las células pueden mostrar cambios claros asociados con infección por HPV, el llamado efecto citopático del HPV. El marco de este cambio es el halo perinuclear citoplasmático (coilocitosis). Un coilocito diagnóstico tiene un halo perinuclear claro ópticamente bien definido, con un ribete periférico de citoplasma denso y al menos algún grado de anomalía nuclear. Los cambios nucleares vistos pueden consistir en agrandamiento nuclear, membrana nuclear arrugada, hiper cromasia, bi y multinucleación y cambios degenerativos como cromatina "manchada" (smudging) o picnosis resultando en cambios a menudo descritos como "en pasa".

Debe tenerse especial cuidado para distinguir los verdaderos cambios coilocíticos de los halos perinucleares inespecíficos asociados con la glucogenización de las células, los cambios benignos inflamatorios o los debidos a infección como Tricomonas. Las células glucogenizadas intermedias pueden parecerse estrechamente a los coilocitos pero sin anomalías nucleares y muestran un ligero color amarillento sin la clara cavidad perinuclear. Más frecuentemente, laminillas con LEIBG

demostrarán una combinación de las características ya mencionadas con displasia leve asociada a cambios citopáticos.

En aquellos casos con lesión diagnosticada de lesión escamosa intraepitelial, pero que no puede ser clasificada fácilmente como LEIBG o LEIAG, podemos utilizar un diagnóstico de LEIBG comentando que algunas células ocasionales sugieren la posibilidad de LEIAG.

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG)

Se caracteriza citológicamente por células con citoplasma inmaduro, núcleos de características anormales y aumento de la relación núcleo:citoplasma. Las dos diferencias más importantes entre LEIBG y LEIAG es la inmadurez del citoplasma y la elevada relación núcleo:citoplasma. La categoría de LEIAG comprende las viejas categorías de displasia moderada y severa, NIC II y Carcinoma in situ.

Las células se presentan aisladamente o en grupos o incluso en agregados sincitiales. Los núcleos de las células de HSIL son a menudo más pequeños que los de LEIBG. El tamaño nuclear de las células de LEIAG es de dos a cinco veces el del núcleo de una célula intermedia.

Los núcleos de LEIAG son hipercromáticos con cromatina granular gruesa, las membranas nucleares tiene aspecto arrugado y hay anisonucleosis. Las células presentan un estrecho ribete citoplasmático alrededor del núcleo hipercromático.

La displasia queratinizante es una variante de LEIAG. A diferencia de las células inmaduras del clásico LEIAG, en esta variante hay células con citoplasma queratinizado hipermaduro y a menudo forma de renacuajo.

Células Escamosas Atípicas de significado Indeterminado (ASC-US)

Se define como “Cambios citológicos sugestivos de LEIBG que son cuantitativa o cualitativamente insuficientes para un diagnóstico definitivo”.

La entidad “ Células escamosas atípicas sugestivas de LEIAG” (ASC-H), se observa más a menudo como cambios en células escamosas de metaplasia inmadura o en células de reserva que aparecen dentro de un espectro que va desde los cambios celulares benignos a un auténtico LEIAG.

Estas células tienen citoplasma inmaduro y núcleo más grande que las células metaplásicas normales. Hay aumento de la relación núcleo: citoplasma con anisonucleosis, irregularidad de la membrana nuclear y leve hiperchromatismo, pero con cambios insuficientes para un diagnóstico de HSIL.

Otra variante de ASC-H son grupos celulares con características tanto reparativas como de auténtica anormalidad epitelial, que incluso pueden sugerir carcinoma.

Estas células en cuestión son típicamente células escamosas inmaduras o células glandulares con nucleolo prominente y pueden representar cambios benignos reparativos o procesos reparativos atípicos que incluyen el carcinoma invasivo como diagnóstico diferencial por lo que deben ser incluidas en la categoría de ASC-H para adecuado seguimiento clínico.

Carcinoma escamoso:

Hay dos variantes morfológicas, queratinizante y no queratinizante. El sistema Bethesda no subdivide ambas variantes aunque tienen citologías distintas.

El carcinoma escamoso no queratinizante se caracteriza por frotis con muchas células aisladas y grupos sincitiales. Estas células son inmaduras con relación núcleo: citoplasma alta pero a menudo con más citoplasma que las de HSIL. Una característica nuclear importante es la irregular. Hay mitosis, algunas anormales y un fondo diatésico tumoral necrótico.

Las características citológicas del carcinoma escamoso queratinizante son la presencia de células aisladas y ocasionales grupos con marcada

variación de la morfología de las células con presencia de células alargadas y en renacuajo y citoplasmas densos eosinófilos, núcleos opacos y alta relación núcleo:citoplasma.

Características que sugieren carcinoma invasivo son, la presencia de macro nucleolos en las células con núcleos con cromatina más dispersa y fondo diatésico tumoral.

Células Glandulares Atípicas de significado Indeterminado (AGUS)

Las células glandulares presentan atipia nuclear que excede los cambios reactivos o reparativos, pero carece de características certeras de adenocarcinoma endocervical in situ o adenocarcinoma invasor.

- Células glandulares atípicas: sin especificar (NOS).
- Células glandulares atípicas, sugestivas de neoplasia: La morfología celular, sea cuantitativa o cualitativa, no basta para la interpretación de adenocarcinoma endocervical in situ o adenocarcinoma invasor.

Adenocarcinoma Endocervical In Situ (AIS)

Criterios:

1. Núcleos aglomerados y superpuestos.
2. Los grupos de células tienen empalizada nuclear y aspecto "desflechado.
3. Núcleos agrandados y estratificados.
4. Hiperchromasia nuclear con cromatina en grumos de distribución uniforme.
5. Frecuentes mitosis y cuerpos apoptóticos.
6. Cantidad de citoplasma y mucina menor que en las células normales.
7. Ausencia de diátesis tumoral y detritus inflamatorios.

Adenocarcinoma Endocervical

Los criterios citológicos del adenocarcinoma endocervical se superponen a los descritos para los AIS, pero pueden aparecer características de invasión (diátesis tumoral necrótica). (8)

Histología De La Neoplasia Intra Epitelial Cervical O Lesión Escamosa Intraepitelial

Casi todos los carcinomas cervicales invasivos están precedidos por un estadio en el cual las anomalías celulares permanecen confinadas al epitelio (estadio intraepitelial).

Se aprecia un rango de anomalías morfológicas que se correlaciona con la probabilidad con que estas lesiones evolucionan a carcinoma invasivo. En la gran mayoría de los casos el proceso no afecta al epitelio escamoso nativo del exocérvix sino a zonas de metaplasia escamosa del epitelio endocervical en la denominada zona de transformación.

Se produce afectación del epitelio de superficie así como de elementos glandulares, pero por definición no existe invasión estromal.

Ocasionalmente consiste en un foco diminuto que es extirpado con una biopsia simple pero más comúnmente afecta grandes áreas del cérvix, siendo frecuente la extensión endocervical.

El término neoplasia cervical intra epitelial subdivide estas lesiones en tres grados:

- NIC I: Displasia leve.
- NIC II: Displasia moderada.
- NIC III: Displasia severa y carcinoma in situ.

En la clasificación de Bethesda el término preferido es el de SIL (lesión escamosa intra epitelial), subdividiéndola en bajo grado (NIC I y cambios tipo condiloma plano relacionados con el HPV) y alto grado (NIC II y III).

Las lesiones intraepiteliales escamosas se caracterizan histológicamente por 1) maduración desordenada, 2) aumento de la proliferación, y 3) atipia citológica.

El primer y a veces más precoz cambio de una lesión displásica es una desorganización de la capa basal/parabasal del epitelio escamoso, mientras en la mucosa normal las células en estos estratos están orientadas verticalmente, perpendicular a la membrana basal. Conforme la lesión progresa esta dispolaridad afecta a capas más altas de la mucosa, reemplazando la orientación horizontal normal de las células escamosas. Se observa maduración anormal cuando no hay disminución

de la relación núcleo: citoplasma en las capas más superficiales del epitelio y en cambio hay un incremento de células inmaduras/basaloides con alta relación núcleo:citoplasma ocupando más allá de la capa basal.

Mientras en la mucosa benigna y especialmente en condiciones inflamatorias/reactivas las figuras mitóticas pueden identificarse en la capa basal, SIL se caracteriza por el aumento y proliferación desordenada que se pone de manifiesto por la presencia de figuras mitóticas en capas más altas dentro del epitelio.

La atipia citológica incluye el hallazgo de células con cambios típicos citopáticos por efecto del HPV (coilocitos) caracterizados por núcleos celulares con agrandamiento irregular e hiper cromatismo y a veces multinucleación, y con cromatina grosera dentro de un "halo" citoplasmático y una gruesa membrana celular. Estos efectos citopáticos son considerados patognomónicos de LEIBG. La vacuolización citoplasmática no debe diagnosticarse como coilocitosis si es debida a la acumulación de glucógeno y/o a cambios reactivos y no se acompaña de atipia nuclear necesaria para diagnosticar LEIBG.

Las características más predictivas de infección HPV son multinucleación, binucleación y mitosis anormales. Lesiones escamosas intraepiteliales puede afectar total o parcialmente a las glándulas, reemplazando el epitelio glandular y ocasionalmente imitando la imagen de un carcinoma invasivo.

Lesiones Escamosa Intra epiteliales de Bajo Grado (NIC I, displasia leve)

Se caracteriza por leve incremento de la actividad mitótica con atipia citológica y dispolaridad y aumento de células inmaduras de tipo basaloides. Estos cambios están limitados al tercio inferior del epitelio. Las capas superiores pueden en algunos casos mostrar coilocitosis con acantosis asociada y para e hiperqueratosis. Tales lesiones son a veces designadas como condilomas y son usualmente de tipo plano, siendo el condiloma acuminado mucho menos común. Ambas lesiones muestran típicos cambios citopáticos (coilocitosis) principalmente en capas

epiteliales superficiales. La presencia de coilocitosis se asocia con una falta de progresión de la lesión. Tanto los condilomas planos como acuminados (exofíticos) se clasifican como LEIBG. LEIBG con coilocitos con núcleos gigantes bizarros es causado habitualmente por HPV de alto riesgo.

Lesiones Escamosa Intra epiteliales de Alto Grado (NIC 2, NIC 3, displasia moderada y severa, y carcinoma in situ)

Se diagnostica en presencia de células de aspecto basaloide inmaduro ocupando más de un tercio del grosor del epitelio. Las células displásicas muestran dispolaridad, anisonucleosis e hiper cromasia. Se ven figuras mitóticas por encima del tercio inferior del epitelio. En algunos casos los bordes intercelulares son indistinguibles dando una apariencia sincitial. Ocasionalmente se observan coilocitos típicos en las capas superficiales. La distinción entre NIC 2 (displasia moderada) y NIC 3 se hace de acuerdo con la extensión vertical de los cambios citológicos y la actividad mitótica que aparece en los dos tercios inferiores de la mucosa en NIC 2 y ocupa todo el grosor epitelial en NIC 3. La atrofia puede ser difícil de diferenciar de un HSIL. En estos casos el epitelio es muy delgado y muestra predominantemente células inmaduras, estas células sin embargo no presentan pleomorfismo ni actividad mitótica.

La metaplasia escamosa inmadura es otra lesión que puede semejar un LEIAG. Se caracteriza por engrosamiento del epitelio compuesto de pequeñas células inmaduras con polaridad preservada y ausencia de pleomorfismo nuclear y de mitosis. Además la metaplasia escamosa inmadura puede acompañarse de células mucinosas residuales en la superficie.

La metaplasia escamosa inmadura atípica es una rara lesión observada en proximidad de lesiones escamosas intraepiteliales o aisladamente. Esta lesión se caracteriza por una población monomorfa de células inmaduras con polaridad preservada, cromatina fina, ocasionales nucleolos y baja o ausente actividad mitótica. Es importante no sobrediagnosticar esta lesión como LEIAG.

Condiciones reactivas tales como cervicitis aguda o crónica pueden ocasionalmente plantear dificultades para distinguirlas de un LEIAG. Típicamente estas condiciones se asocian con infiltrado inflamatorio prominente, células uniformes con prominente nucleolo, cromatina fina y membrana nuclear lisa (8).

Citología Cervico Vaginal

La historia de la citología ginecológica comienza, en sentido estricto, en 1943 con George N. Papanicolaou, quien nació en 1883 en Grecia, estudió Medicina en Atenas y en 1913 emigró a Estados Unidos de América, trabajó varios años en investigación en la Universidad de Cornell de Nueva York, donde se dedicó a estudiar, en animales, el comportamiento cíclico hormonal del epitelio vaginal.

En 1917 publicó en el “American Journal of Anatomy” su famoso escrito “Existencia de un ciclo típico estrogénico en animales; estudio de los cambios fisiológicos y patológicos” que fue la base del estudio de toda su vida. Durante este estudio descubrió la presencia de células tumorales en algunos frotis. El Dr. Papanicolaou dedicó cuarenta y cinco años al estudio de la citología exfoliativa; desde 1923 la propuso como un método para diagnóstico de cáncer uterino, sin embargo el método no tuvo aceptación. El Dr. Papanicolaou continuó estudiando y mejorando las técnicas de extendido vaginal y cervical así como técnicas de conservación y tinción de las células. En 1942 publicó la técnica de tinción que conocemos actualmente como Técnica de Papanicolaou; finalmente en 1943 junto al médico ginecólogo Traut, publicó su trabajo, “Diagnóstico de cáncer uterino mediante frotis vaginal”; trabajo que significó el reconocimiento internacional de la citología ginecológica.

En años posteriores el nuevo método tuvo gran aceptación, perfeccionamiento y difusión. La persistencia y dedicación del Dr. Papanicolaou permitió hacer de la citología y del frotis vaginal una herramienta clínica común, lo que ha resultado en una disminución del 70% de muertes por cáncer uterino en los últimos 40 años. Actualmente

la citología vaginal con tinción de Papanicolaou constituye el método por excelencia de tamizaje para detección temprana de cáncer de cuello uterino.

La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja. La citología cervical o cérvico-vaginal, estudia las células exfoliadas de la unión escamo columnar del cuello uterino y ha sido por años el principal método de búsqueda de cáncer cérvico uterino, ampliamente reconocido por programas de control y prevención de cáncer como un test que ha reducido la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino. Algunos datos indican que programas bien organizados de búsqueda citológica de cáncer, han disminuido la mortalidad por este cáncer hasta en un 70%.

El carcinoma de cuello uterino es la segunda causa de muerte por neoplasia maligna en todo el mundo y el más común en países en desarrollo. Además de la detección de lesiones pre malignas y malignas, la citología vaginal proporciona información sobre el estado hormonal de la paciente y presencia de microorganismos. La fortaleza del método se basa en décadas de experiencia en su uso, bajo costo, alta especificidad y que las lesiones identificadas pueden ser fácilmente tratables. (12)

En la citología exfoliativa cervico vaginal (citología de Papanicolau o citología convencional) se ha demostrado que el realizarse este tipo de prueba anualmente, reduce las posibilidades de que una mujer fallezca de cáncer cervical de 4 por 1 000 a un 5 por 10 000 (13).

Origen de las células Exfoliadas

La muestra citológica en la práctica ginecológica habitual que se obtiene del cuello uterino de la unión escamo columnar y del fondo del saco posterior de la vagina para diagnóstico oncológico y del pared lateral de la vagina para diagnóstico hormonal. Con este procedimiento se obtienen fundamentalmente células exfoliadas del epitelio pavimentoso cervico vaginal y del epitelio cilíndrico endocervical, en ocasiones también se

encuentran células endometriales y, excepcionalmente, células del epitelio de la trompa y del ovario. Además pueden encontrarse eritrocitos, células inflamatorias, microorganismos y elementos de contaminación.

El frotis citológico se tiñe generalmente con el método de Papanicolaou. Este método emplea hematoxilina para teñir el núcleo de color azul oscuro o violeta oscuro y un conjunto de sustancias que colorea el citoplasma en forma diferente según la maduración celular. El citoplasma de las células inmaduras y en general de las metabólicamente activas, se tiñe de color azul pálido o azul verdoso por que capta el light Green, que es un colorante básico, estas células se denominan basófilas o cianófilas. Las células con citoplasma acidófilo toman el color rosado de la eosina y se denominan eosinófilas. También es eosinófilo el nucleolo. Las células que contienen gránulos de queratina tiene afección por el colorante orange G, que tiñe el citoplasma de color anaranjado o amarillo.

A continuación se describen los rasgos morfológicos esenciales de los componentes del extendido cervico vaginal como se observan con la tinción de Papanicolaou.

Células exfoliadas del epitelio pavimentoso estratificado

El epitelio que reviste la vagina y porción vaginal del cuello uterino de la mujer sexualmente madura es un epitelio pavimentoso estratificado, llamado también epitelio escamoso. Mide aproximadamente 0,2 mm de espesor y está formado por estratos histológicamente bien diferenciados.

- Estrato basal o germinativo
- Estrato para basal o espinoso profundo
- Estrato intermedio o espinoso superficial
- Estrato superficial

El estrato basal está formado por una sola capa de células de tipo cilíndrico dispuestas en empalizada sobre la membrana basal. Las células germinativas (aquellas cuya función es producir células de la especie) son redondas u ovaladas, con núcleo grande, ovalado y central, que ocupa gran parte de la célula. El proceso de regeneración del epitelio se

efectúa a partir de esta capa celular, el resto de los estratos representan etapas del proceso de maduración y diferenciación celular para finalmente descamarse en la superficie.

El estrato para basal está compuesto de varias capas de células redondeadas o poliédricas, de núcleo central, citoplasma grueso, con puentes intercelulares (estrato espinoso profundo).

El estrato intermedio también presenta puentes intercelulares (estrato espinoso superficial) y está formado, por numerosas capas de las células aplanadas, con citoplasma rico en glucógeno, núcleos relativamente pequeños, centrales y vesiculosos.

Estrato superficial consta de varias capas de células aplanadas grandes, de forma poligonal, de citoplasma delgado y claro, sin puentes intercelulares y con núcleo picnótico central.

El epitelio escamoso tiene la capacidad de exfoliar diversos tipos celulares según el grado de maduración alcanzado. Habitualmente las células que se exfolian proviene de los estratos superiores, a menos que existan úlceras o que la muestra se tome con excesiva energía.

Los tipos celulares del epitelio escamoso que se reconocen en el extendido citológico son los siguientes:

Células superficiales

Las células exfoliadas del estrato superficial miden 40 a 60 micrones de diámetro. Son aplanadas, delgadas, de contorno generalmente poligonal. La mayoría de ellas tienen citoplasma eosinófilo, pero puede ser cianófilo. El núcleo es central, circular y pequeño, mide menos de 6 micrones de diámetro. Es picnótico, denso homogéneo y no se reconoce en él, estructura cromática.

Células intermedias

Las células exfoliadas del estrato intermedio son del mismo tamaño o ligeramente menores que las superficiales. Tienen forma redondeada o poligonal, algunas con el borde plegado, el citoplasma es algo más grueso que el de las células superficiales, generalmente basófilo, pudiendo ser

eosinófilo. El núcleo es central, redondo y mide alrededor de 8 micrones, la cromatina nuclear tiene disposición reticular

Existen algunas variedades de células intermedias. Las células intermedias superficiales son más grandes y poligonales que las células intermedias profundas, que tienen un contorno más ovalado. Las células naviculares presentan dos extremos aguzados que le confieren la forma de un bote; por su contenido de glucógeno, su citoplasma puede aparecer vacío y el núcleo desplazado hacia un borde.

Células parabasales

En el frotis normal de una mujer en edad fértil no constituye más del 5% de las células exfoliadas del epitelio pavimentoso. Miden 15 a 25 micrones, son generalmente redondeadas, con citoplasma grueso cianófilo. El núcleo es central, redondo o elíptico, con un diámetro mayor que el de las células intermedias; la cromatina se dispone en forma de finos gránulos.

Células basales

Las células basales prácticamente no aparecen en los frotis.

Células exfoliadas del epitelio endocervical

La mucosa endocervical está revestida por epitelio cilíndrico simple mucoso secretor. Estas células cilíndricas pueden descamarse aisladamente o en grupos. Las células aisladas observadas de perfil, presentan el núcleo cerca de uno de los extremos que corresponde al polo basal. En este extremo se reduce el diámetro de la célula a manera de un tallo. El núcleo es redondo u ovalado, con la cromatina granular fina y dispersa.

Cuando las células endocervicales descamadas en grupos se observan desde el polo superior, presentan un aspecto semejante a un panal de abejas, por que muestran su borde citoplasmático nítido, de forma hexagonal; cuando se observan lateralmente presentan un característico aspecto en "empalizada".

Células exfoliadas del endometrio

Aproximadamente el 2% de los frotis obtenidos por aspirado endocervical contienen células endometriales. Las células endometriales recogidas

habitualmente en eo frotis cervico vaginal suelen presentar signos de degeneración.

En los extendidos obtenidos durante la menstruación, se conservan grupos de células endometriales constituidas por una zona central densa, de células pequeñas elongadas que corresponden a células del estroma endometrial, y una zona periférica en donde se reconocen células glandulares cilíndricas algo mayores. Estas células también se descaman en grupos de glandulares, sin estroma.

Las células endometriales están más laxamente dispuestas tienen menos citoplasma que las células endocervicales, los límites celulares no se advierten con claridad, los núcleos son pequeños y redondeados o ligeramente irregulares y más oscuros que los de las células endocervicales. Las células endometriales aisladas son difíciles de reconocer de las del estroma, pueden confundirse con histiocitos.

En la mujer normal, las células endometriales no deben aparecer en el frotis después del día 12 del ciclo, excepto en las portadoras del dispositivo intrauterino, donde es posible identificarlas durante todo el ciclo.

Cuando se toman muestras citológicas directamente de la cavidad uterina, las células endometriales se desprenden fundamentalmente en grupos que constituyen láminas y colgajos celulares. Las láminas corresponden al epitelio superficial del endometrio; son delgadas, de una o dos capas de espesor, están muy regularmente dispuestas, los núcleos son de tamaño uniforme y la distancia entre ellos es regular.

Los colgajos son grupos irregulares de células del estroma en que se observa superposición celular desordenada. Los núcleos son elongados y se encuentran dispuestos en diferentes direcciones.

En las láminas, el detalle de las células está bien conservado y, pueden reconocerse diferencias morfológicas según la etapa del ciclo. En la fase proliferativa se presenta superposición de núcleos ovoideos ricos en cromatina, los límites celulares son inaparentes. En la fase secretora los

núcleos se van haciendo redondos, la cromatina se aclara, el citoplasma es amplio, vacuolado y los límites celulares son nítidos.

Otros tipos de células

Rara vez aparecen en el frotis células epiteliales cilíndricas exfoliadas del epitelio tubárico; cuando ello ocurre, pueden ser confundidas con células endocervicales. También es excepcional observar células de la decidua o del trofoblasto (post aborto, placenta previa). Los histiocitos o macrófagos generalmente se encuentran aislados. Miden entre 10 y 25 micrones de diámetro, según el estado funcional. Son redondeados u ovalados, el citoplasma es semitransparente, finamente vacuolado o con grandes vacuolas restos de células fagocitadas. El núcleo es oval o reniforme con la cromatina fina y granular, el nucléolo es pequeño. Los histiocitos se presentan más comúnmente alrededor del periodo menstrual, en el embarazo, en el post parto y en los procesos inflamatorios y en la menopausia se pueden observar histiocitos gigantes multinucleados.

Los leucocitos polimorfonucleares pueden encontrarse en el frotis normal, alrededor de 10 micrones, tiene citoplasma poco definido y a menudo transparente. En los procesos inflamatorios pueden llegar a ser tan abundantes que impiden ver las células epiteliales. Los linfocitos y plasmocitos se observan en las inflamaciones crónicas cervico vaginales. Es frecuente observar eritrocitos, los que en ocasiones son tan abundantes que impiden el diagnóstico citológico, son considerados como componentes anormales (12).

Alteraciones Cervico Vaginales

Los factores de riesgo, son considerados como las diversas circunstancias, acciones, actividades, hábitos que contribuyen a producir un daño a nivel del tejido cervico uterino. Los factores de riesgo considerados de mayor importancia son:

- Número de compañeros sexuales: existe una relación directamente proporcional entre el riesgo de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con

la probabilidad de exposición al VPH.³, 23 Por ejemplo, las mujeres solteras, viudas o separadas tienen más riesgo de infectarse por VPH dado que tienen más compañeros sexuales, sea permanentes u ocasionales.

- Edad del primer coito: el inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervicouterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. El riesgo de lesión intraepitelial cuando el primer coito se tiene a los 17 años o menos es 2,4 veces mayor que cuando este se tiene a los 21 años.

Cada vez hay más datos que sugieren que una mujer puede correr mayor riesgo debido a las características de su compañero sexual, aunque no satisfaga las condiciones de relaciones sexuales precoces y múltiples compañeros; de hecho, la historia sexual de su compañero podría ser tan importante como la propia.

En un estudio realizado se encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido mayor número de compañeras sexuales que los maridos de las mujeres pertenecientes al grupo control; de la misma forma se halló que habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de enfermedades venéreas. Otras características que presentaban con mayor frecuencia eran más cantidad de visitas a prostitutas y el hábito de fumar.

- Enfermedades de transmisión sexual: Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo sífilis o blenorragia, así como historia de infección a repetición del aparato genital; sin embargo, no se ha demostrado relación con antecedentes de infección por Chlamydia trachomatis o herpes

simplex. En un estudio realizado en tres países se encontró asociación entre infección por VPH y *C. trachomatis* en Colombia y España, pero no en Brasil, mientras que otros estudios han asociado la infección del serotipo G de esta bacteria con el virus. Adicionalmente, la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) facilita el desarrollo de la neoplasia, con un aumento del riesgo de cáncer entre las infectadas por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH.

- Paridad: Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto de las nulíparas de presentar lesión intraepitelial; luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica, después de siete se cuadruplica y con doce aumenta en cinco veces. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo o su influjo hormonal aumentan la susceptibilidad a la infección por VPH; sin embargo, al revisar la extensa literatura al respecto podemos concluir que estos estudios en su mayoría son bastante contradictorios.
- Edad del primer parto: Bosch demostró cómo la presencia de uno o más partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.
- Partos vaginales: Las mujeres con uno o más partos vaginales tienen un riesgo 70% mayor de lesión intraepitelial, comparadas con aquellas que sólo tuvieron partos por cesárea. La razón para esta asociación es el traumatismo repetido del cuello en el momento del parto. Sin embargo, no se encuentra suficiente evidencia al respecto por lo que es un punto bastante controvertido.
- Tabaquismo: Existe una relación directa entre el riesgo de lesiones preinvasoras y la duración e intensidad del hábito. En promedio se considera que las fumadoras tienen doble riesgo de lesión intraepitelial con respecto de las no fumadoras. Experimentalmente se ha demostrado la presencia de nicotina, cotinina y otros mutágenos

derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial. Además, es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cervicouterino en mujeres que fuman. Como si fuera poco, se postula que el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. Diferentes estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas, lo que sugiere un efecto carcino-génico directo, aunque no es posible separar el hecho de las conductas de riesgo para adquirir VPH que se asumen con más frecuencia entre las mujeres fumadoras; con todo, estudios de gran envergadura no soportan claramente la asociación directa entre tabaquismo y el cáncer del cuello uterino.

- Métodos anticonceptivos
 - ✓ Anticonceptivos orales: Aunque controvertido, se cree que su uso prolongado se asocia con mayor riesgo de lesión intraepitelial. Sin embargo, es mucho mayor la probabilidad de un embarazo indeseado cuando éstos se dejan de tomar, que el riesgo de aparición potencial de la neoplasia cervical. En un estudio multicéntrico realizado por la IARC, encontró que el uso de anticonceptivos orales por menos de cinco años no se relacionaba con la presencia de cáncer de cuello uterino. El riesgo aumentó para las paciente que los usaban entre cinco y diez o más años (OR = 0,77; IC 95% 0,46 a 1,29).
 - ✓ Métodos de barrera: Tanto el condón como el diafragma y hasta los espermicidas han mostrado que disminuyen la posibilidad de cáncer cervicouterino, al parecer por su efecto sobre la transmisión del VPH. (14)

Técnica Para La Toma De La Muestra Citológica

Se interrogará a la paciente sobre los temas siguientes:

Si ha utilizado ducha vaginal dentro de las 72 horas precedentes. Esto constituye un invalidante para tomar la muestra; así como el haber utilizado medicamentos por la vía vaginal durante la semana anterior.

Si ha mantenido relaciones sexuales 24 horas antes, tampoco debe recogerse la muestra. 3. Si ha sido sometida a una exploración bimanual o a manipulaciones sobre el cuello uterino (legrados, colocación o retirada de dispositivos intrauterinos, etcétera) durante las 48 horas anteriores, la muestra carece de valor.

Recolección de la muestra. Para realizarla se debe observar lo siguiente:

- ✓ Debe tenerse preparado previamente el material necesario para la toma y fijación inmediata del material; las láminas deben estar previamente identificadas. Todo el material que se va a usar debe estar limpio, seco y estéril.
- ✓ Se debe colocar a la paciente en posición ginecológica y exponer correctamente el cuello, mediante un espéculo.
- ✓ Retirar el exceso de secreción o de moco, si fuera necesario, sin tocar la superficie del cuello. Cuando se coloque el espéculo, no se debe utilizar lubricante.
- ✓ Deben tomarse 2 muestras, una del exocérvix y otra del endocérvix. Para la toma en el conducto cervical, se utilizará la espátula de Ayre, introduciendo bien el extremo más prominente en el orificio cervical y haciéndola girar con cierta presión en el sentido de las manecillas del reloj. El raspado debe hacerse en la línea escamocolumnar (donde se encuentran los 2 epitelios), con el extremo redondeado de la espátula (12).

CONDUCTA CLÍNICA ANTE UNA CITOLOGÍA ANORMAL

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG):

La conducta en las mujeres con citología LSIL es controvertida, aproximadamente un 70% de las citologías LSIL remitirán, un 15% persistirá y otro 15% mostrará una citología más grave, sin poder diferenciarse si se trata de una progresión biológica o de una lesión <<oculta>> en la citología inicial. Hay 2 opciones: seguimiento con citología o colposcopia inmediata.

El seguimiento citológico a los 6 y 12 meses está indicado especialmente en mujeres con citología LSIL menores de 25 años, la anomalía citológica suele ser expresión de una infección por el HPV transitoria. Si ambas citologías son negativas se remite de nuevo a la mujer al programa de cribado. Si alguna citología es ASC-US o más avanzada, se remite a la paciente colposcopia.

La colposcopia inmediata y eventual biopsia en pacientes con citología LEIBG tiene por objetivo descartar una lesión más avanzada, hallazgo que se confirma en aproximadamente un 20% de los casos. Sin embargo, realizar una colposcopia a todas las mujeres con LEIBG puede aumentar la posibilidad de sobre tratar innecesariamente una infección por el HPV transitoria, con muy bajo riesgo de progresar a carcinoma. Además, la morbilidad de dichos tratamientos sobre la fertilidad o las posibles gestaciones debe tenerse en cuenta en este subgrupo de mujeres jóvenes.

Parece que el test ADN-HPV puede estar indicado en mujeres mayores de 50 años en las que tiene una mayor especificidad (del 60%) y el VPP (del 67%).

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), ASC no puede excluir HSI (ASC-H), carcinoma escamoso:

Las mujeres con citología de LEIAG o carcinoma deben ser remitidas para el estudio con colposcopia/biopsia. También deberá realizarse una colposcopia a las mujeres con citología indicativa de ASC-H. Esta nueva categoría de Bethesda no debe representar más de 5-10% de todas las pacientes con ASC. El valor predictivo positivo de ASC-H para lesiones de alto grado se sitúa entre el de las categorías ASC-US y HSIL, y se calcula que más del 10% corresponde a lesiones de alto grado (8).

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES

Screening Network, auspiciadas por la Federación Europea de Colposcopia y basadas en las Guidelines for Practice-Treatment of

Cervical Intraepitelial Neoplasia del UK NHS CSP (anexo 3). Según esas mismas pautas europeas, No hay ninguna técnica quirúrgica conservadora que sea claramente más efectiva que otras para tratar y erradicar la neoplasia cervical intra epitelial (NIC).

El avance en el conocimiento de la evolución natural de la infección por el HPV, así como el desarrollo de técnicas cada vez menos agresivas, ha dado lugar a que en los últimos años se haya producido una notable evolución en el tratamiento de las lesiones intra epiteliales. La conducta terapéutica ante este tipo de lesiones depende de su diagnóstico, condicionado por los resultados de la citología, la colposcopia, las biopsias y los resultados del test HPV, junto con la información clínica. (Anexo 4)

El objetivo final del tratamiento es la eliminación de la neoplasia intraepitelial para evitar su progresión a carcinoma invasivo. Por ello, hay consenso respecto al tratamiento de todas las mujeres con NIC 2-3.

Por el contrario, el tratamiento de todas las mujeres con LEIBG - NIC1, la mayoría infecciones transitorias por el HPV, supone un sobretratamiento injustificado. (8)

3.3. Definición de términos básicos

Predictores

Que predice o ayuda a predecir.

Citología Cervical

La citología es el estudio de células individuales que tiene el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células examinadas que provienen de la descamación de superficies epiteliales, de líquidos corporales o se obtienen por aspiración con aguja. También conocida como Prueba de Papanicolaou. (12).

Lesiones Escamosas Intraepiteliales

Son aquellas células que se encuentran con una alteración leve o severa, en la superficie del cuello uterino (8).

Lesiones Escamosas Intraepiteliales de bajo grado

Se denomina lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado cuando se encuentran células levemente anormales en la superficie del cuello uterino.

La lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado no es cáncer y, en la mayoría de los casos la lesión desaparece por sí sola, sin necesidad de tratamiento alguno.

Lesiones Escamosas Intraepiteliales de alto grado.

Se denomina Lesión Intraepitelial de alto grado cuando hay un gran número de células precancerosas que se ven muy diferentes de las células normales. Del mismo modo que las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado, estos cambios precancerosos comprenden sólo células en la superficie del cuello del útero. Estas células no se harán cancerosas y no invadirán las capas más profundas del cérvix por muchos meses, tal vez años. A las lesiones de alto grado también se les conoce como displasia moderada o severa, CIN 2 ó 3, o bien carcinoma in situ 7. Estas lesiones se presentan con más frecuencia en mujeres de 30 a 40 años de edad pero pueden aparecer también en otros grupos de edad.

CAPITULO IV.

MATERIAL Y METODOLOGIA

4.1. Metodología Utilizada en el Proceso de Investigación Científica

Para el presente trabajo se tomó en cuenta tres métodos:

- ✓ Método Inductivo – Deductivo. - Estos métodos se aplicaron con el propósito de establecer las conclusiones y resultados.
- ✓ Método de Análisis. - Permitió determinar la relación de las variables.
- ✓ Método de Síntesis. - Este método nos permitió establecer la relación entre los elementos que componen el objeto de investigación.

4.2. Nivel y tipo de investigación

4.2.1. Nivel de investigación:

De acuerdo a la rigurosidad de la investigación el nivel de estudio será descriptivo, porque tiene como objetivo determinar las características del fenómeno, así como establecer las relaciones entre las variables en un determinado lugar o momento

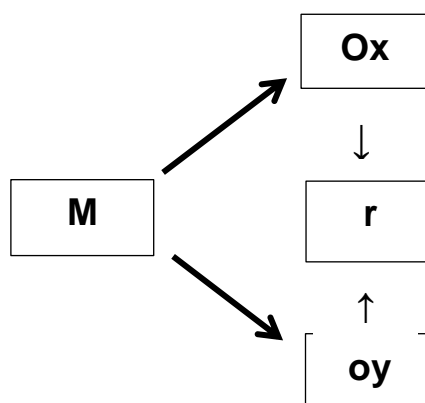
4.2.2. Tipo de investigación

- ✓ Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es explicativo, porque se explica con mayor claridad el grado de asociación causal que existen entre las variables.
- ✓ Según el tiempo de ocurrencia de los hechos, el estudio es retrospectivo, ya que se analizara en el presente, pero con datos del pasado.

- ✓ Según el periodo y secuencia del estudio, es transversal, porque las variables fueron estudiadas en un solo periodo de tiempo.
- ✓ Es de tipo básico, porque está determinada a aportar un cuerpo organizado de conocimientos teóricos científicos.

4.3. Diseño y esquema de la investigación

Para la investigación se utilizara el diseño descriptivo de tipo transversal. Dicha esquema será el siguiente:



Donde:

M: Representa a la muestra en estudio

Ox: representa a los datos de la variable independiente

Oy: representa a los datos de la variable dependiente

r: representa a la relación de datos de ambas variables

4.4. Población y muestra

4.4.1. Población

Se tomará como población referencial de estudio a todas las pacientes atendidas en el servicio de cáncer de cuello uterino registradas en el libro de toma de muestra y resultado de Papanicolaou del Hospital Regional Hermilio Valdizan 2015 siendo un total de 792 pacientes.

4.4.1.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes atendidas en el servicio de cáncer de cuello uterino.

4.4.1.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes con resultado negativo para lesiones intraepiteliales cervicales.
- Pacientes atendidas con IVVA O colposcopia.

4.4.2. Muestra

Todas las pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino con diagnóstico positivo para lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado, siendo un total de 418 pacientes.

4.5 Definición Operativa de los Instrumentos de Recolección de Datos

Tablas de identificación de predictores gineco-obstetricos y patológicos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales cuyo objetivo fue identificar los predictores que están conllevando a lesiones escamosas intraepiteliales de bajo y alto grado, el cual fue aplicado en el programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino. Este instrumento se aplicó según las referencias de diagnóstico que se encuentran en las historias clínicas de todas las pacientes que fueron atendidas en el programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino 2015, siendo procesada la información los meses de mayo y junio del año en curso.

El objetivo específico que permitirá lograr es identificar los predictores patológicos y gineco-obstetricos que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes que fueron atendidas en el programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino.

4.6. Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos

La técnica será el análisis documental y el instrumento será la ficha de recolección de datos con preguntas cerradas y abierta para el recojo de los datos (historias clínicas), registrado en las historias clínicas seleccionadas. (Ver anexo N° 1)

Las fichas de recolección de datos son individuales luego son trasladadas a fichas intermedias y finales para obtener los resultados.

Se iniciará el estudio con la construcción del instrumento de recolección de información para lo cual se convocará a un equipo formado por cinco (05) expertos en investigación y en gineco obstetricia, para conocer el juicio de estos expertos a través de la técnica Delphi para la valoración del contenido y constructo del instrumento.

Para la validar la consistencia interna del instrumento se utilizará el coeficiente Alfa de Cronbach, para ello se tendrá en cuenta el tarifario de sus parámetros y valores: Moderada confiabilidad de 0,5 a 0,75; Fuerte confiabilidad de 0,76 a 0,89 y Alta confiabilidad de 0,9 a 1; según Raúl Pino Gotuzzo.

Una vez validados y reajustados los instrumentos, se procederá a su aplicación.

Procesamiento y presentación de datos

Para el procesamiento de datos se utilizará la ficha de recopilación intermedia, donde se consolida la información por cada ítem considerado en una matriz de datos y finalmente serán exportados en el programa de SPSS Versión 20 donde se procesarán los datos para la presentación de los resultados en tablas y gráficos estadísticas que muestren el número, la frecuencia y los porcentajes.

Para los efectos de realizar la comprobación de la hipótesis se utilizará el estadístico de Chi Cuadrado de homogeneidad.

4.7. Aspecto Ético

En vista de tratarse de una investigación que recogió “datos sensibles” los investigadores asumirán el compromiso de no revelar los datos de la investigación de los que pudiera deducirse datos personales de las participantes y de responsabilizarse de la guarda y custodia de datos personales y otros. Y así tomar las medidas necesarias para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

CAPÍTULO V

5.1. PRESENTACION DE RESULTADOS:

CUADRO N° 1

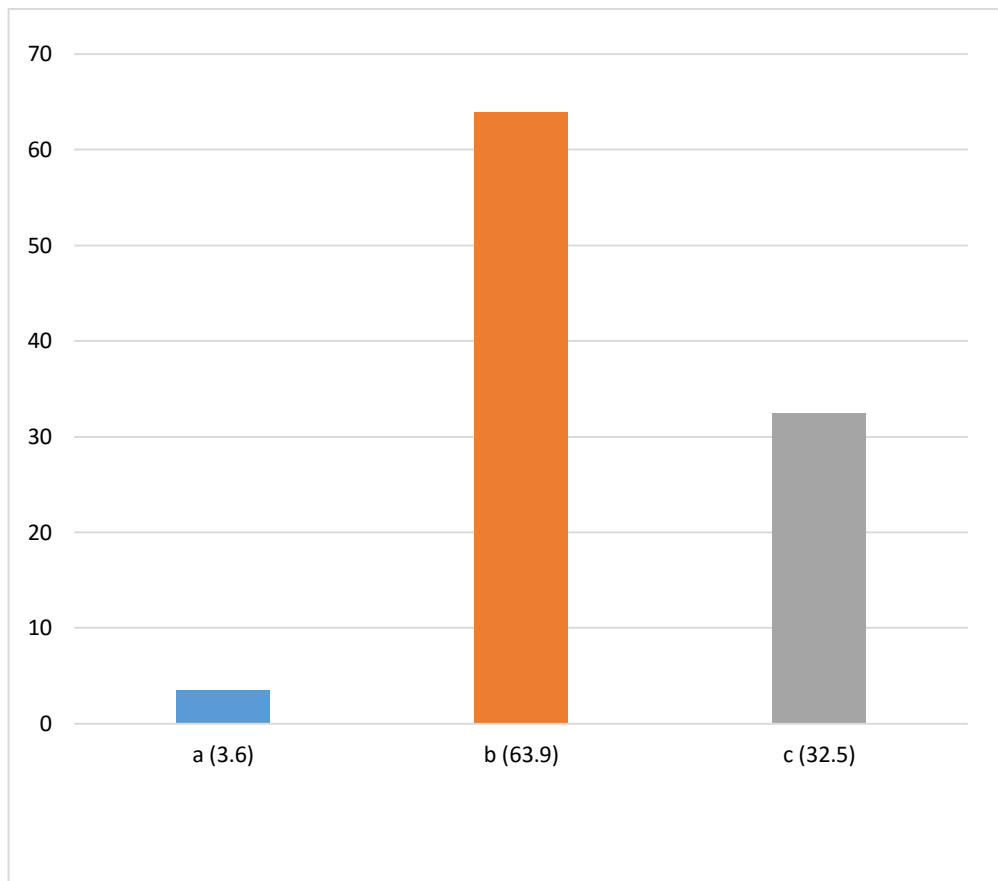
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN EDAD.

<i>EDAD (AÑOS)</i>	N°	%
<i>Menor de 20</i>	15	3.6
<i>21- 40</i>	267	63.9
<i>Mayor de 41</i>	136	32.5
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha de recolección de datos (Historias Clínicas) del hospital regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 1

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN EDAD.



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 63.9% (267) de pacientes de la muestra estudiada presentaron edades entre 21 a 40 años, el 32.5% (136) entre mayor de 41 años y, el 3.6% (15) entre menor de 20 años.

CUADRO N° 2

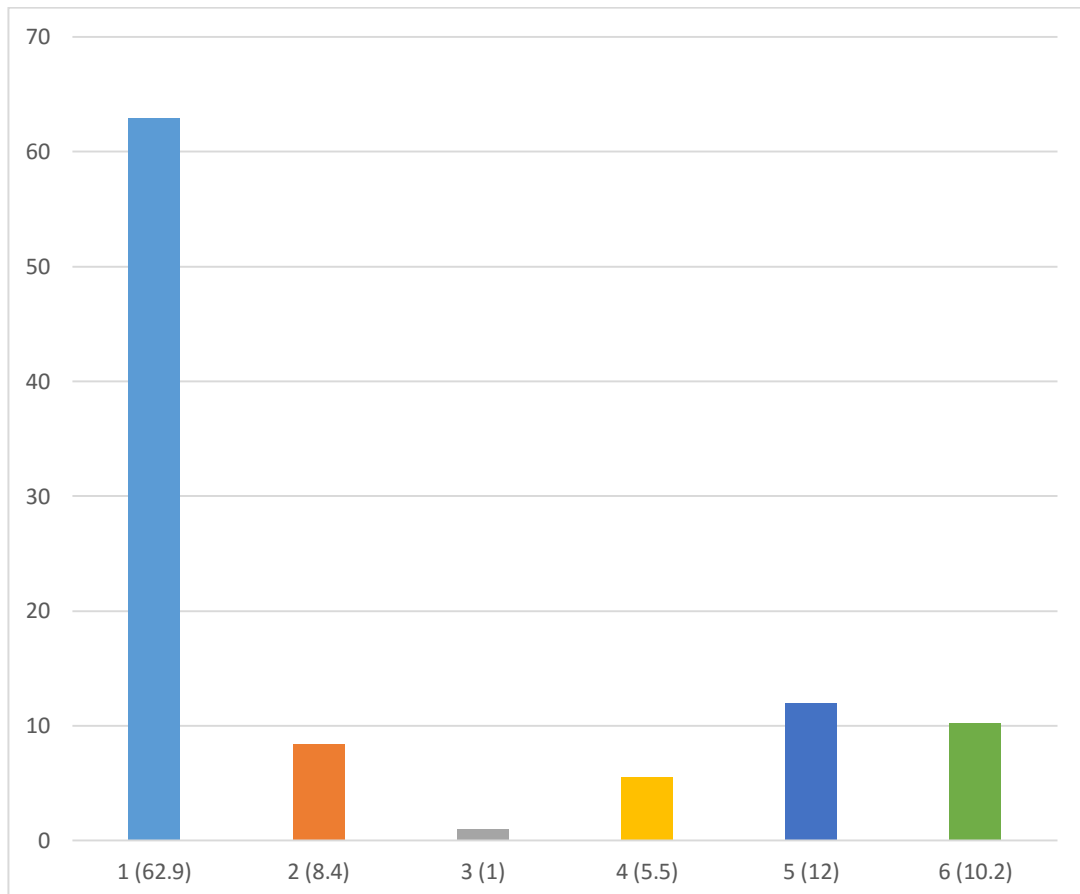
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN OCUPACIÓN:

OCUPACIÓN	N°	%
<i>Ama de casa</i>	263	62.9
<i>Estudiante</i>	35	8.4
<i>Trabajadora sexual</i>	4	1.0
<i>Agricultora</i>	23	5.5
<i>Comerciantes</i>	50	12.0
<i>Otros</i>	43	10.2
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 2

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN OCUPACIÓN:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 62.9% (263) de pacientes de la muestra estudiada fueron de ocupación Ama de casa, el 12% (50) comerciantes, el 10.2 (43) realizaron otras ocupaciones, el 8.4% (35) fueron estudiadas, el 5.5% (23) fueron agricultoras y, el 1% (4) fueron trabajadoras sexuales.

CUADRO N° 3

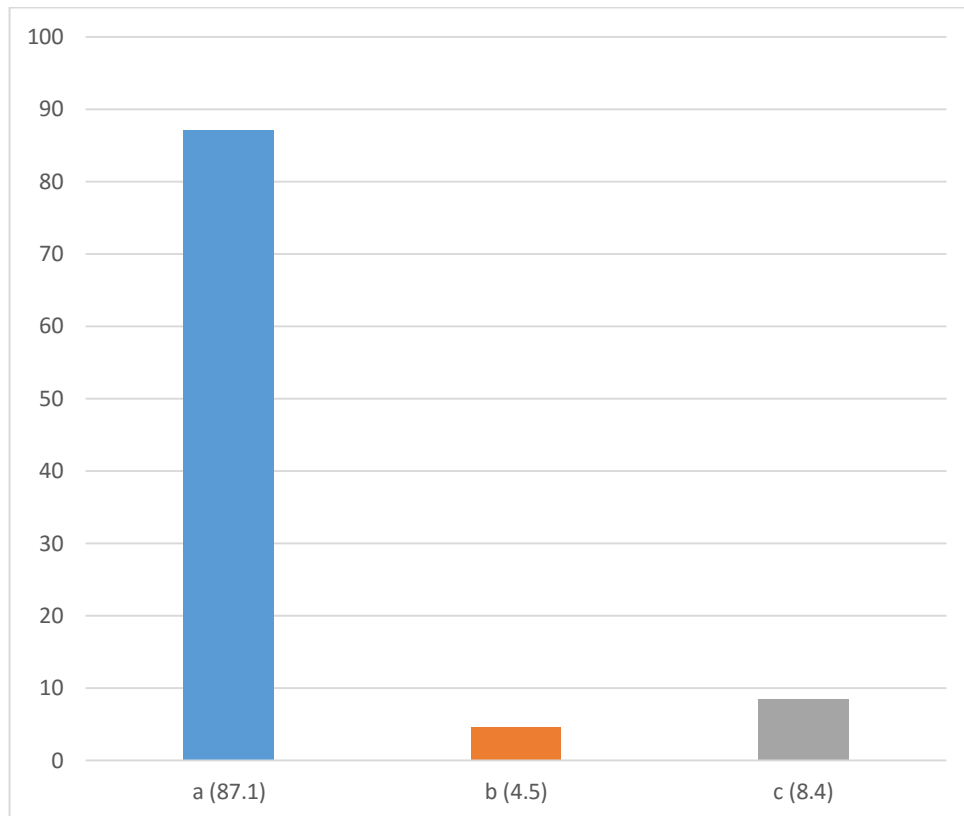
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN PROCEDENCIA:

<i>PROCEDENCIA</i>	N°	%
<i>Urbano</i>	364	87.1
<i>Rural</i>	19	4.5
<i>Urbano Marginal</i>	35	8.4
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 3

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN PROCEDENCIA:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 87.1% (364) pacientes de la muestra estudiada fueron de procedencia urbano, el 8.4% (35) de procedencia urbano marginal y, el 4.5% (19) de procedencia rural.

CUADRO N° 4

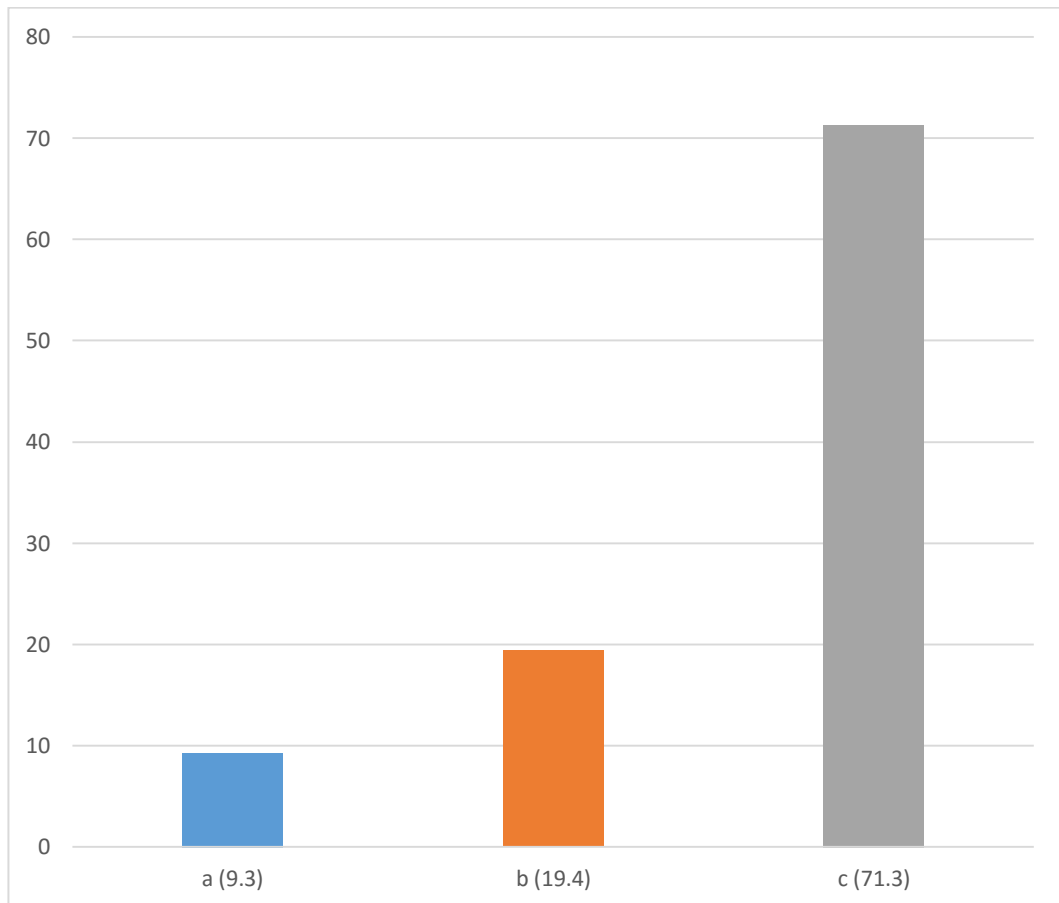
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN ESTADO CIVIL:

<i>ESTADO CIVIL</i>	N°	%
<i>Soltera</i>	39	9.3
<i>Casada</i>	81	19.4
<i>Conviviente</i>	298	71.3
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 4

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN ESTADO CIVIL:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 71.3% (298) de pacientes de la muestra estudiada presentaron el estado civil conviviente, el 19.4% (81) casada y, el 9.3% (39) soltera.

CUADRO N° 5

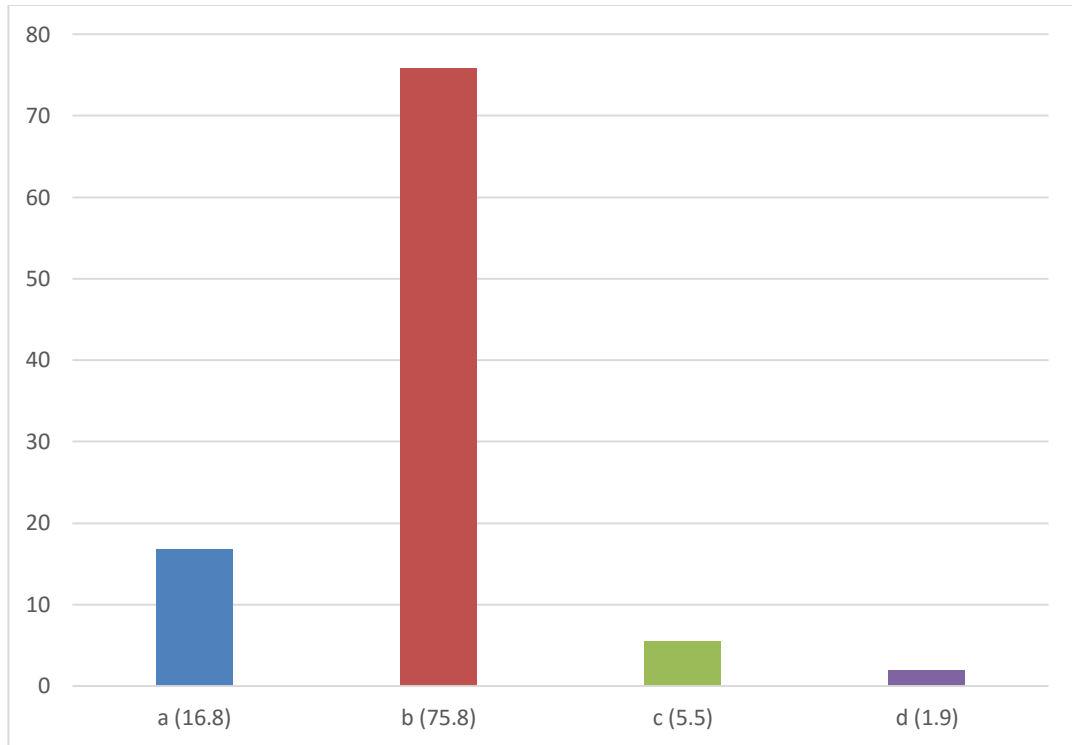
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGUN PREDICTORES PATOLÓGICOS:

<i>PREDICTORES PATOLÓGICOS</i>	N°	%
<i>Bacterias</i>	70	16.5
<i>Hongos</i>	317	75.8
<i>Parásitos</i>	23	5.5
<i>Virus</i>	8	1.9
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 5

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGUN PREDICTORES PATOLOGICOS:



PREDICTORES PATOLOGICOS

a: bacterias b: hongos c: parásitos d: virus

INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 75.8% (317) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron predictores como Hongos en la citología cervical, el 16.8 % (70) Bacterias, el 5.5% (23) Parásitos y, el 1.9% (8) Virus.

CUADRO N° 6

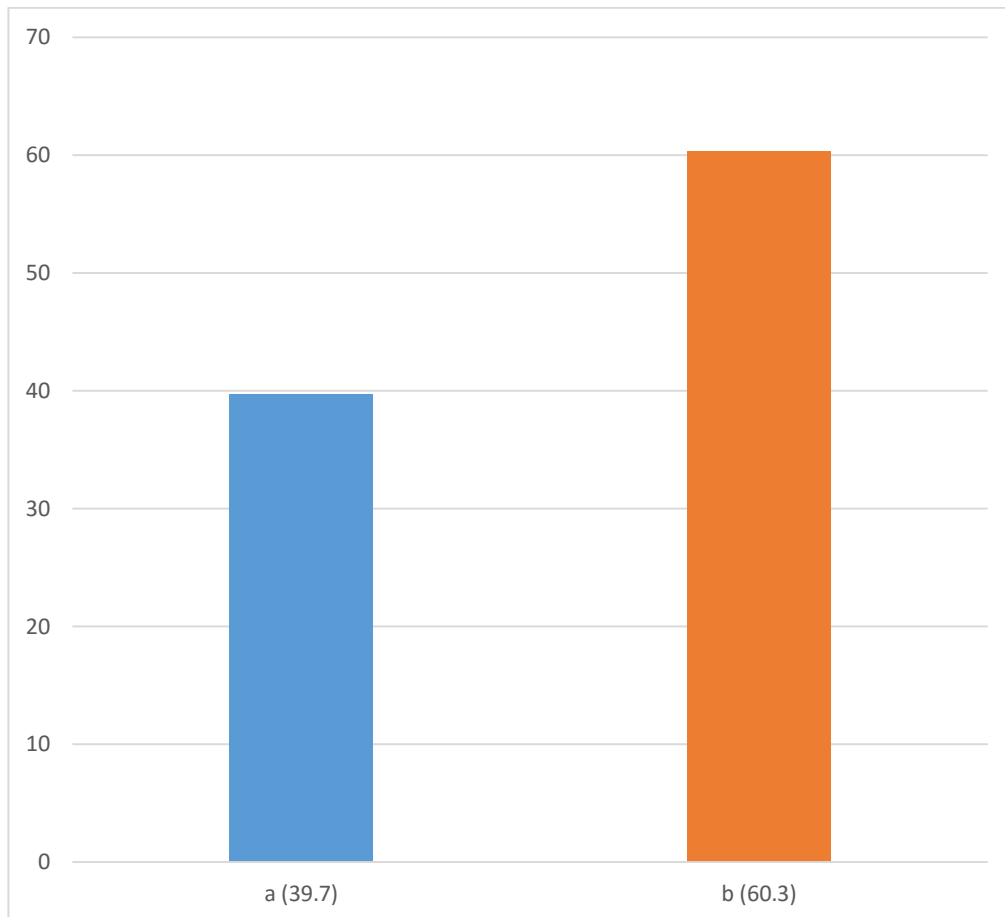
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	N°	%
<i>Monogamia</i>	166	39.7
<i>Poligamia</i>	252	60.3
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 6

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 60.3% (252) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron predictores gineco-obstétricos según el número de parejas sexuales poligamia y, el 39.7% (166) monogamia.

CUADRO N° 7

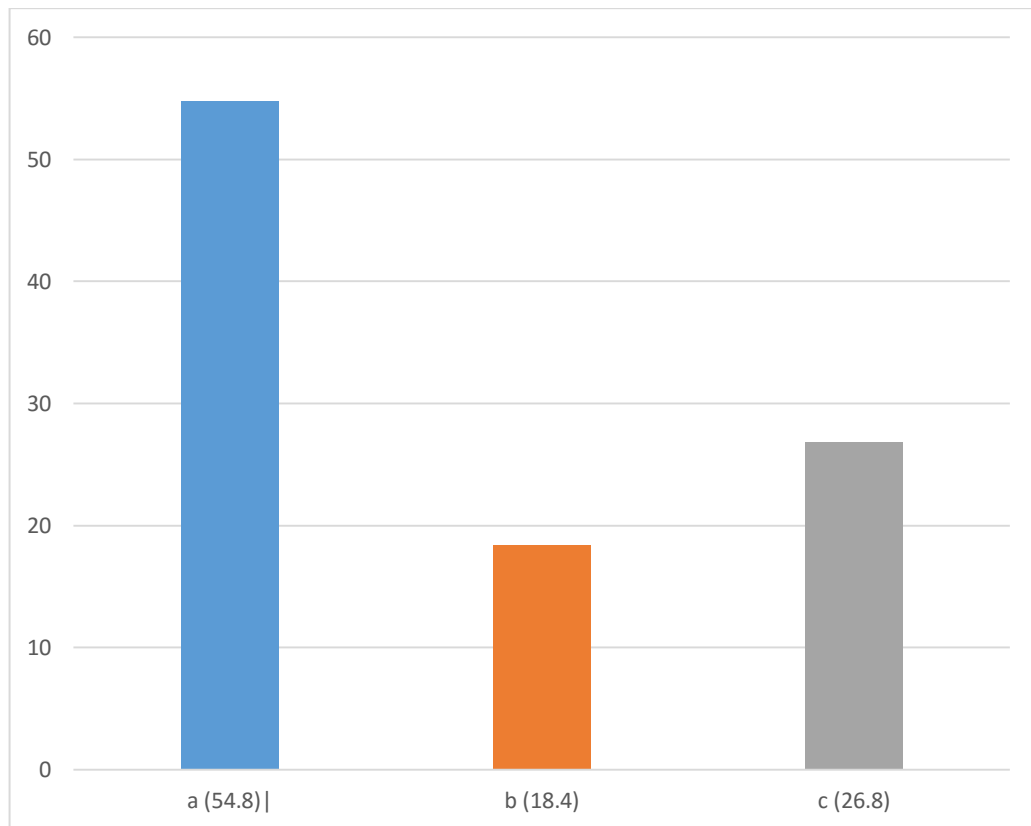
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES:

INICIO DE RELACIONES SEXUALES	N°	%
Precoz (< 17 años)	229	54.8
Medio (17- 19 años)	77	19.4
Tardío (>20 años)	112	26.8
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 7

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 54.8% (229) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron predictores gineco-obstétricos según el inicio de relaciones sexuales precoz (menor de 17 años), el 26.8% (112) relaciones sexuales tardío (mayor de 20 años) y, el 18.4% (77) relaciones sexuales medio (17- 19 años).

CUADRO N° 8

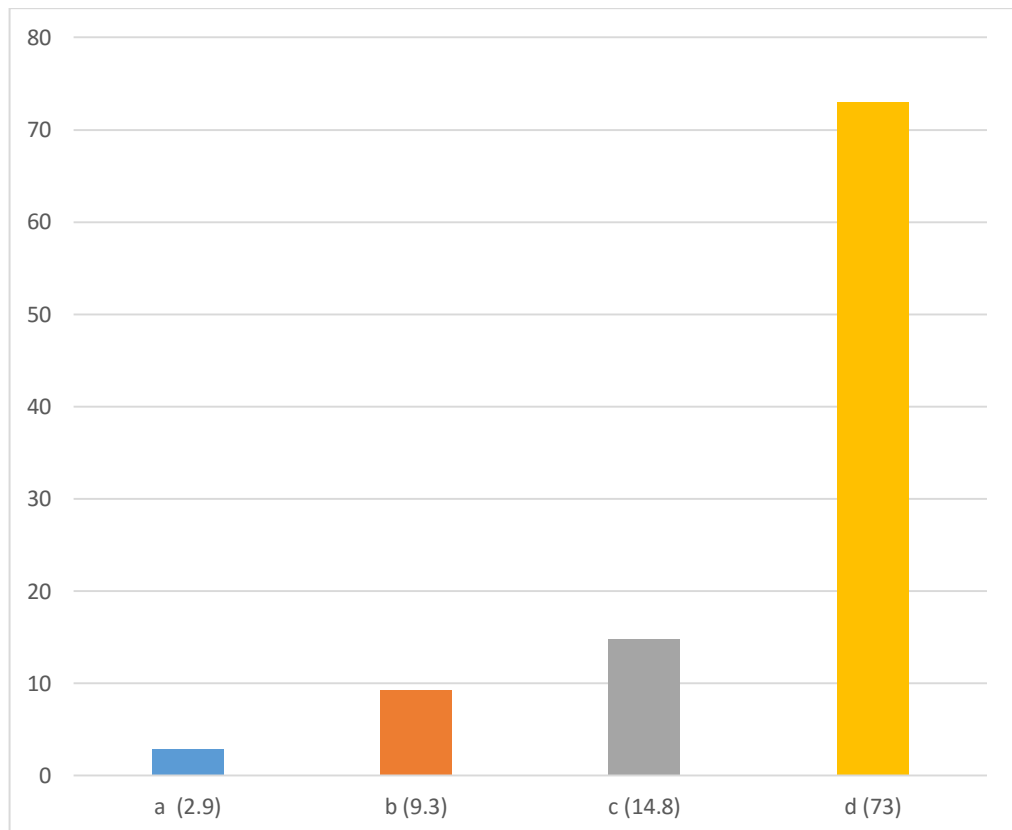
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN NÚMERO DE GESTACIONES:

NÚMERO DE GESTACIONES	N°	%
<i>Primigestas</i>	12	2.9
<i>Segundigestas</i>	39	9.3
<i>Tercigestas</i>	62	14.8
<i>Multigestas</i>	305	73.0
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 8

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN NÚMERO DE GESTACIONES



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 73% (305) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron predictores gineco-obstétricos según el número de gestaciones multigestas, el 14.8% (62) tercigestas, el 9.3% (39) segundigestas y, el 2.9% (12) primigestas.

CUADRO N° 9

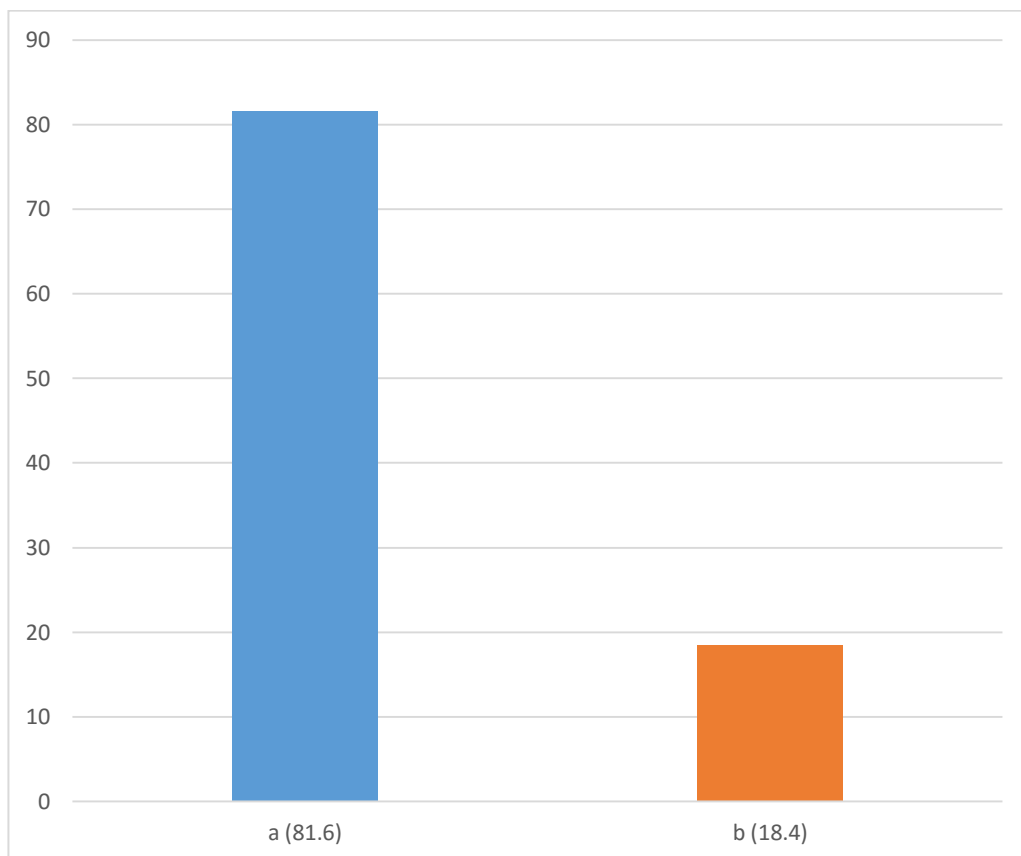
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN TÉRMINO DE PARTO:

<i>TÉRMINO DE PARTO</i>	N°	%
<i>Vaginal</i>	341	81.6
<i>Cesárea</i>	77	18.4
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 9

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN TÉRMINO DE PARTO:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 81.6% (341) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron predictores gineco-obstétricos según término de parto vaginal y, el 18.4% (77) por parto cesárea.

CUADRO N° 10

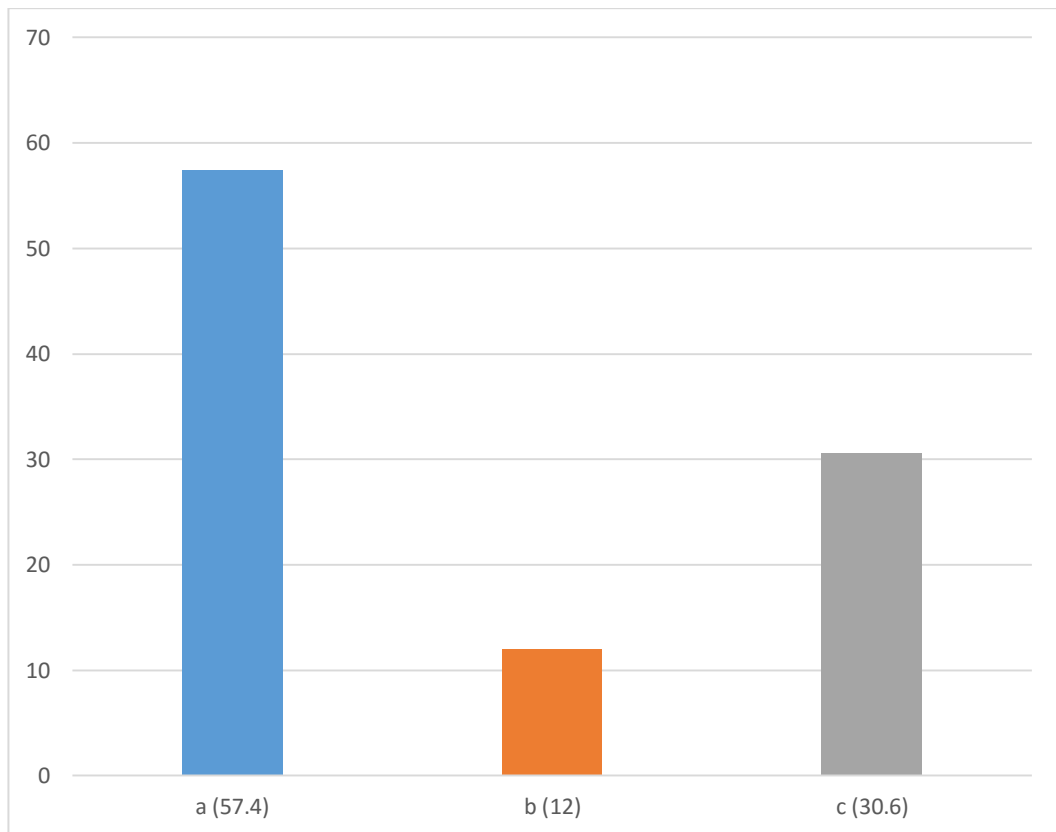
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

<i>USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</i>	N°	%
<i>Métodos hormonales</i>	240	57.4
<i>Métodos de barrera</i>	50	12.0
<i>Ningún método</i>	128	30.6
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 10

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PREDICTORES GÍNECO-OBSTÉTRICOS SEGÚN USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:



USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

a: hormonales b: barrera c: ningún método

INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 57.4% (240) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron predictores gineco-obstétricos según uso de métodos anticonceptivos hormonales, el 30% (128) no hicieron ningún método anticonceptivo y, el 12% (50) usaron el método de barrera.

CUADRO N° 11

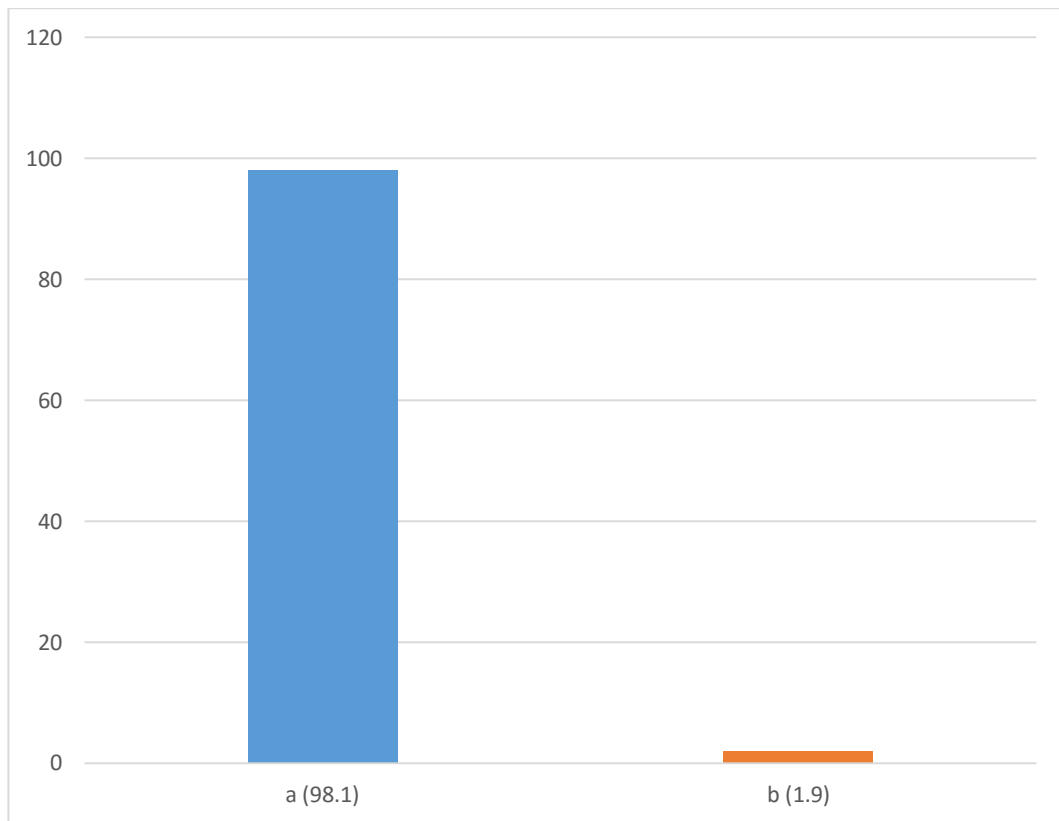
PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN TIPOS DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES:

<i>TIPOS DE LESIONES ESCAMOSAS I.E.</i>	N°	%
<i>Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.</i>	410	98.1
<i>Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado.</i>	8	1.9
TOTAL	418	100.0

Fuente: Ficha De Recolección De Datos (Historias Clínicas) Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco

GRAFICO N° 11

PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN TIPOS DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES:



INTERPRETACIÓN:

Un porcentaje de 98.1% (410) de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y, el 1.9% (8) de alto grado.

CAPITULO VI.

DISCUSIÓN

6.1. Contrastación de los Resultados del Trabajo de Campo con los Referentes Bibliográficos de las Bases Teóricas

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba de hipótesis, contrastada con la significancia del chi cuadrado se obtuvo que $\chi^2 = 10.1 > 3.84$ por tanto, afirma: los predictores que influyen en las lesiones escamosas intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino es significativo. Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano - Huánuco.

De los cuales se concluye: un porcentaje de 75.8% de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino estudiadas presentaron predictores patológicos como hongos, 16.8% bacterias, 5.5% parásitos y 1.9% virus papiloma humano. Dentro de los predictores gineco-obstetricos, un 60.3% presentaron poligamia, el 54.8% iniciaron precozmente las relaciones sexuales, el 73% fueron multigestas, el 81.6% presentaron parto vaginal y el 57.4% usaron métodos anticonceptivos hormonales. Un porcentaje de 98.1% presentaron lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y 1.9% alto grado. Frente a ello, el instituto valenciano de oncología señala que las lesiones escamosas intraepiteliales, son aquellas células que se encuentran con una alteración leve o severa en la superficie del cuello uterino.

Por otra parte TERESA QV, JEANNETTE PR. Afirman que la citología es un método eficaz, sencillo, rápido y económico para detectar tempranamente el cáncer de cuello del útero y así reducir su incidencia y mortalidad atravez de la detección de lesiones precursoras en el epitelio cervical como son: las lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LIEBG) y lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (LIEAG), que serían el antecedente del cáncer invasor. Las (LIEBG), se

caracteriza por leve incremento de la actividad mitótica con atipia citológica y dispolaridad y aumento de células inmaduras de tipo basaloide.

Estos cambios están limitados al tercio inferior del epitelio. Las capas superiores pueden en algunos casos mostrar coilocitosis con acantosis asociada y para e hiperqueratosis. Mientras las (LIEAG), se diagnostica en presencia de células de aspecto basaloide inmaduro ocupando más de un tercio del grosor del epitelio. Las células displacicas muestran dispolaridad, anisonucleosis e hiperchromacia. Se ven figuras mitoticas por encima del tercio inferior del epitelio. En algunos casos los bordes intercelulares son indistinguibles dando una apariencia sincitial.

De esta forma J. López, J. Terradezb, J. Gasullb. Encontraron en su estudio como resultados: la mayoría eran extranjeras (99%), 22.46% presentaron infección vaginal (vaginosis bacteriana 11.11%) y los hongos 7.14%; 4.23% Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y 1.05% lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. Solo hubo un caso (0,13%) de cáncer infiltrante y o, 0.66% de coilocitosis. No hubo diferencias significativas en el cáncer cervical entre ambos grupos. **Por tanto**, dicho resultados que presentan los autores en mención no presentan ninguna similitud con los datos presentados en nuestro estudio.

Al respecto, Carlos García, J. Amaya, E. Naranjo, N. Ambrosio indican: Por colposcopia se diagnosticaron un 37,8 % de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado y un 10,9 % de lesión escamosa intraepitelial de alto grado. En el diagnostico por histopatología se detectó infecciones por virus del papiloma humano (VPH) en el 29,5 % de los casos, lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado en el 15% y de grado alto 10,3 %. Se encontró carcinoma invasivo en el 0,6% de los casos. **Dichos autores** no presentan ninguna semejanza con los resultados encontrados en nuestra investigación.

Asimismo, Andrea De Sousa, G. Mata, M.I Camejo presentan que las trabajadoras sexuales indicaron tener lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado 0,98% y de alto grado 0,60%; mientras que en las usuarias fue de 0,1% de lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado y no se encontraron de alto grado. En las trabajadoras sexuales la prevalencia de Gardnerella vaginalis, Cándida, Trichomonas vaginalis y virus de papiloma humano fue de 51.0%; 5.0%; 5.6%; 2.2% respectivamente, mientras que para las usuarias fue de 35.9%; 8.6%; 3.3% y 0.5%. De los cuales Las trabajadoras sexuales presentan una desigualdad relativa mayor de sufrir infecciones de transmisión sexual con respecto las usuarias del servicio de planificación familiar. **Los resultados** que mencionan dichos autores en su estudio no tienen semejanza alguna con los datos obtenidos en nuestro estudio.

Según; M. Valderrama; F.E. Campos; C. Cárcamo; P.J. García informan que la prevalencia del virus papiloma humano (VPH) fue de 8.4%, y para las lesiones cervicales fue 2,5% (diagnóstico a través del PAP). Las lesiones cervicales o presencia del VPH fueron más frecuentes en el grupo de 21 a 23 años. La diferencia de edades (tres a más años) entre la pareja sexual de mayor edad y la participante se asoció significativamente con lesiones cervicales o presencia del VPH. La edad de la primera relación sexual, número de parejas sexuales y uso de condón, no mostraron significancia estadística. **Por tanto**, dichos resultados que muestran los investigadores no concuerdan con los datos encontrados en nuestro proceso de estudios.

CAPITULO VII

7.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1.1. Conclusiones

De acuerdo a los objetivos planteados en la investigación se llegaron a conclusiones:

Según las características generales de las pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino estudiadas presentaron el 87.1% fueron de procedencia urbana, el 71.3% fueron de estado civil conviviente, un 63.9% edades entre 21 – 40 años y el 62.9% fueron ama de casa.

Un porcentaje promedio de 75.8% de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino estudiadas presentaron predictores patológicos como hongos, 16.8% bacterias, 5.5% parásitos y 1.9% virus papiloma humano.

Es indudable que un porcentaje promedio de 81.6% de pacientes del programa estratégico de prevención de cáncer de cuello uterino dentro de los predictores gineco-obstetricos terminaron en parto vaginal, el 73% eran multigestas, el 60.3% presentaron el número de parejas sexuales poligamia, el 57.4% hicieron el uso de métodos anticonceptivos hormonales y el 54.8% iniciaron las relaciones sexuales precozmente (menores de 17 años).

Desde un punto evaluativa, un porcentaje de 98.1% de pacientes del programa de prevención de cáncer de cuello uterino presentaron lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado, el 1.9% de alto grado.

Según la prueba de hipótesis mediante la significancia del chi cuadrado, se obtuvo el resultado de: $x^2 = 10.1 > 3.84$ de los cuales se aceptó la hipótesis de investigación que afirma: los predictores que influyen en las lesiones escamosa intraepiteliales en la citología cervical en pacientes del programa estratégico de prevención de

cáncer de cuello uterino es significativo – Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco.

Es importante recordar que la gran mayoría de predictores de riesgo para este tipo de lesiones son modificables, por eso es fundamental seguir implementando mejoras en programas de salud pública, con la finalidad de mejorar la condición de salud en este grupo poblacional.

Es muy importante resaltar que el 98.1% (410) presentaron lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado y solo el 1.9% (8) Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado, lo cual puede evidenciar que en la población se está haciendo un buen tamizaje y a la vez se da un gran valor a la citología exfoliativa, pues con ella se hace posible la detección de lesiones intraepiteliales y así disminuir la morbimortalidad por cáncer cervical.

No se debe descuidar de ninguna manera la implementación de este método de diagnóstico en mujeres de edad reproductiva y al contrario se deben fortalecer más los programas educativos que logren sensibilizar a las mujeres del auto cuidado y la importancia de un diagnóstico temprano.

A las instituciones de salud para hacer énfasis en los programas de promoción y prevención de cáncer en la región y el país, siendo necesario que nuevos estudios se realicen en relación al tema presentado. Ya que los resultados se limitan al área estudiada, sin poder hacer generalizaciones, considerando la importancia de la citología cervical para detección oportuna de alguna lesión cancerígena.

Es importante que los encargados de diseñar las políticas educativas y sanitarias se empeñen en insertar en el sistema educativo módulos de formación intensiva en los aspectos básicos de salud sexual reproductiva, incluso desde los primeros niveles de educación secundaria.

7.2. Recomendaciones

1. Los profesionales de obstetricia deben sugerir nuevas estrategias como guías, normas y valores para proporcionar o brindar temas de promoción sobre medidas preventivas en salud obstétrica en gestantes que acuden al control prenatal en puestos, centros y hospitales de salud a que recurran a realizar el papanicolau (PAP).
2. También debe realizar programas educativos sobre la citología cervical como un tipo de prueba a que las en edad fértil acudan a realizar un diagnóstico precoz para prevenir el cáncer del cuello uterino logrando que estas personas tomen conciencia a tiempo para realizar su tratamiento.
3. Históricamente se ha demostrado que la detección temprana de este tipo de lesiones modifica el curso de la enfermedad y disminuye la mortalidad, por lo que se recomienda fortalecer las tareas encaminadas a prevenir este tipo de enfermedades.
4. El estudio del comportamiento de este tipo de lesiones en nuestra población debe ser esforzado con el afán de tener mayor conocimiento sobre dichas patologías, así mismo incentivar a nuevos estudios de otros tipos de factores de riesgo, para entender mejor estas patologías.
5. Continuar con estudios similares con el propósito de conocer que tanto se parecen o difieren entre si y tener la posibilidad de contar con datos que sean útiles para distinguir condiciones normales de las anormales de este problema en las pacientes que acuden al programa estratégico de prevención de cáncer del cuello uterino

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

1. Teresa QV, Jeannette PR, Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina [Internet]. 1ra ed. Madrid – España: Tórculo artes Gráficas; 2013 [citado el 12 de Junio del 2015]. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Avaliat/avaliat201301Lecturaautomatizada.pdf>
2. Mercedes LS, Morelva TM, Morella GF. Citología de las infecciones cervicovaginales. Revista de la facultad de Farmacia. [Internet] 2010 [Citado el 15 Junio del 2015]; 42 (1): 76-79. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23781/1/articulo42-16.pdf>
3. J. Lopez Olmos, J. J. Terradez, J. Gasull. Prostitutas: infecciones vaginales y lesiones cervicales en la citología cervico vaginal. Clin Invest Gin Obst. [Internet] 2012 [Citado el 15 Junio del 2015]; 36 (6): 194-209. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologiaobstetricia-7-linkresolver-prostitutas-infecciones-vaginales-lesiones-cervicales-13142470>
4. Carlos GP, Jairo AG, Eduardo N, Nicola A. Prevalencia de lesión escamosa intraepitelial de cérvix en pacientes con diagnostico citológico de atipia escamosa de significado indeterminado (ASCUS) en una institución de complejidad media en Bogotá, Colombia. revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2011 [Citado el 15 Junio del 2015]; 58 (2): 124-128. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74342007000200005&script=sci_arttext
5. Andrea S, Gloria M, María C. Citología cervical de trabajadoras sexuales y mujeres del servicio de planificación familiar de la Unidad Sanitaria de Los Teques. Rev Obstet Ginecol Venez. [Internet] 2011 [Citado el 16 Junio del 2015]; 67 (4): 238-245. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=522891&indexSearch=ID>
6. Gustavo Adolfo F V, David BM. Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citologías cervicales anormales en dos poblaciones: mujeres obreros de construcción civil vs mujeres control en la posta médica

(construcción civil) ESSALUD, de junio a setiembre del 2009. Cybertesis UNMSM [Internet] 2010 [Citado el 16 Junio del 2015]; 24 (2): 74-92. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2883>

7. María V, Francisco EC, César PC, Patricia JG. Factores asociados a lesiones cervicales o presencia del virus del papiloma humano en dos poblaciones de estudiantes de Lima. Rev. Perú Med Exp Salud Pública [Internet] 2009 [Citado el 16 Junio del 2015]; 24 (3): 96-112. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342007000300006&script=sci_arttext
8. Marruffo Anyosa, Betty. Análisis de los factores predictores de riesgo para lesiones de cuello uterino en pacientes atendidas en el consultorio de ginecología del hospital central pnp luis n. sáenz durante el periodo de enero del 2014 a agosto del 2015 <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/552>
9. Instituto Valenciano de Oncología. Guía clínica de la patología cervical [Internet]. Valencia – España; 2009. [citado el 15 de Junio del 2015]. Disponible en: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAAahUKEwj35bL40YvGAhXEKA0KHeEqAFU&url=http%3A%2F%2Fwww.ivo.es%2Fuploads%2FGu%25C3%25ADa_CI%25C3%25ADnica_Patolog%25C3%25ADa_Cervical.pdf&ei=q5d7VbfkHsShNuHVgKgF&usq=AFQjCNH2n9Kfhu9dG-ssqHHPHq3LaF34mw&bvm=bv.95515949,d.eXY
10. Mercedes LS, Morelva TM, Morella GF. Citología de las infecciones cervicovaginales. Revista de la facultad de Farmacia. [Internet] 2010 [Citado el 15 Junio del 2015]; 42 (1): 76-79. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23781/1/articulo42-16.pdf>
11. Orlando Rigol Ricardo, et al. Obstetricia y Ginecología. 1ª ed. Ciudad de La Habana-Cuba: Ciencias Médicas; 2004
12. Juan Aller, Gustavo Pagés. Obstetricia Moderna. 3ª ed. Venezuela: Mc Graw Hill-Interamericana; 2012.
13. César CP, Juliana FG. Citología ginecológica de Papanicolaou a Bethesda. 1ra ed. Madrid: Complutense; 2003.

14. Disaia PJ, Creasman WT. Enfermedad preinvasora del cuello uterino. En Disaia PJ, Creasman WT, Mendizábal JA, editores. Oncología Ginecológica Clínica. Madrid- España: Mosby/Doyman. Libros; 1998. p.1-36.
15. James D, Brian AM. Ginecología y obstetricia Clínicas.1ra ed. España: Elsevier; 2005
16. Cuello C. Curso de Patología del Tracto Genital Inferior. Informe citológico y patológico de lesiones intraepiteliales cervico-uterinos. Clasificación actual. Curso de Patología del Tracto Genital Inferior. H.U.V: 1996; 16-17. En: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/go_lesiones_e/#sthash.pzQ2FKbS.dpuf

ANEXOS
ANEXO N° 01



**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN –
HUANUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA**



**PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS
INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL
PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE
CUELLO UTERINO-HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN
MEDRANO-2015**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de HCL: _____

I. DATOS SOBRE CARACTERISTICAS GENERALES:

1. Edad: _____

2. Ocupación

- () Ama de casa
- () Estudiante
- () Trabajadora Sexual
- () Agricultora
- () Comerciante
- () Otros

3. Procedencia

- () Urbano
- () Rural
- () Urbano marginal

4. Estado civil:

- () Soltera
- () Casada
- () Conviviente

**II. DATOS SOBRE PREDICTORES QUE INFLUYEN A LESIONES
ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES.**

A. PREDICTORES PATOLOGICOS:

1.- Bacterias:

- () Chlamydia trachomatis
- () Gardherella vaginalis

- 2.- Hongos:
 Cándida albicans
- 3.- Parásitos:
 Trichomonas vaginales
- 4.- Virus:
 Herpes simple tipo 2
 Virus papiloma humano

B. PREDICTORES GINECO-OBSTETRICOS:

- 1.- Número de parejas sexuales:
 Monogamia
 Poligamia
- 2.- Inicio de las relaciones sexuales:
 Precoz (< 17 años)
 Medio (17 – 19)
 Tardío (> 20 años)
- 3.- Número de gestaciones:
 Primigesta
 Segundigesta
 Tercigesta
 Multigesta
- 4.- Terminio del parto:
 Vaginal
 Cesaría
- 5.- Uso de métodos conceptivos:
 Métodos hormonales
 Métodos de barrera
 Métodos intrauterinos
 Métodos de abstinencia periódica
 Métodos definitivos

III. DATOS SOBRE LOS TIPOS DE LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES:

- Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado
 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado

ANEXO 2.

Operacionalización De Variables.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE			
Predictores patológicos y gineco-obstetricos	Predictores patológicos	Bacterias Hongos Parásitos Virus	Nominal
	Predictores gineco-obstetricos	Número de parejas sexuales Inicio de relaciones sexuales Numero de gestaciones Termino de parto Uso de métodos anticonceptivos	Nominal
VARIABLES DEPENDIENTE			
Lesiones escamosas intraepiteliales	Tipos de lesiones	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Nominal nominal
VARIABLES INTERVINIENTES			
Características generales	edad	Años	De razón
	Ocupación	Ama de casa Estudiante Trabajadora sexual Agricultora Comerciante Otros	nominal
	Procedencia	Urbano Rural Urbano marginal	nominal
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente Otros	nominal

ANEXO N° 03

PAUTAS EUROPEAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL

1. No hay ninguna técnica quirúrgica conservadora que sea claramente más efectiva que otras para tratar y erradicar la neoplasia cervical intraepitelial (CIN).

2. Las técnicas destructivas solamente son adecuadas cuando:

- . se puede visualizar la totalidad de la zona de transformación
- . no hay evidencia de anomalía en el epitelio glandular
- . no hay evidencia de enfermedad invasiva
- . no hay discrepancia entre citología e histología

3. La crioterapia debería utilizarse solo para lesiones de bajo grado (cambios por VPH y CIN 1) mediante la técnica de doble congelación.

4. Cuando se utiliza el tratamiento mediante técnicas de exéresis, se debería intentar por todos los medios eliminar la lesión en un solo espécimen. El informe histológico ha de registrar las dimensiones del espécimen y el estado de los márgenes de resección en cuanto a la enfermedad intraepitelial o invasiva.

5. En las lesiones ectocervicales, las técnicas de exéresis deberían extirpar el tejido en una profundidad mayor de 8 mm.

6. Se puede seguir el protocolo de tratamiento en la primera visita (see and treat) cuando la revisión del propio material identifique CIN en la mayoría de especímenes extirpados. Sólo en casos excepcionales se debería realizar un tratamiento en la primera visita cuando la citología resulta ser de ASC-US o lesión de bajo grado.

7. Las CIN que se extienden hasta los márgenes de resección en la exéresis con asa tienen una mayor incidencia de recidiva pero esto no justifica repetir la exéresis siempre y cuando:

- se visualice toda la zona de transformación
- no haya evidencia de anomalía del epitelio glandular
- no haya evidencia de enfermedad invasiva
- las mujeres sean menores de 50 años

8. Las mujeres mayores de 50 años con una exéresis incompleta de la CIN en el margen endocervical, mediante LLETZ, tendrían que repetir la exéresis para intentar obtener márgenes negativos.

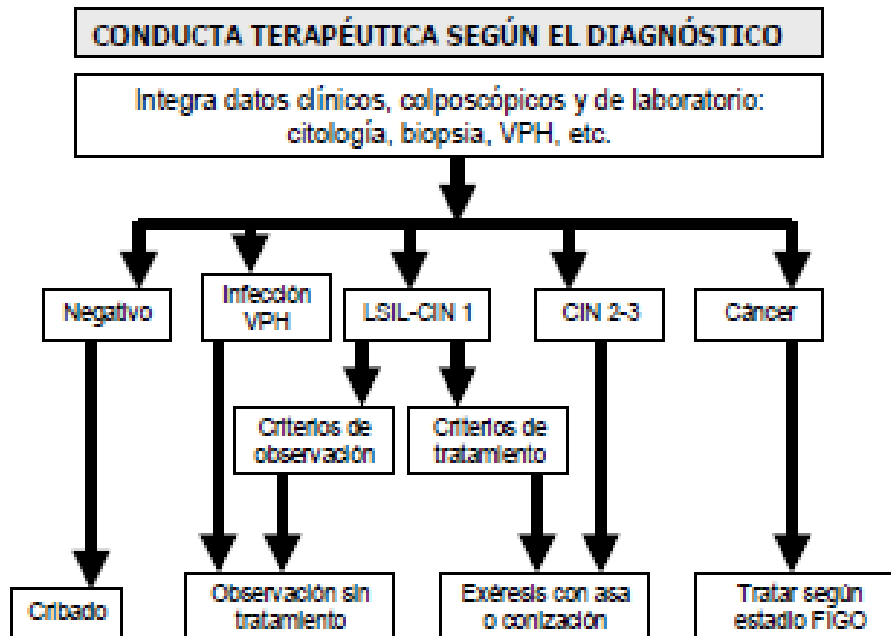
9. Las mujeres con adenocarcinoma in situ o atipia de células glandulares pueden ser sometidas a una exéresis local, si desean seguir fértiles. La exéresis incompleta en el margen endocervical requiere un procedimiento de escisión adicional, para obtener márgenes negativos y excluir la posibilidad de enfermedad invasora oculta.

10. El cáncer escamoso microinvasivo en estadio FIGO Ia1 puede tratarse mediante técnicas de exéresis si:

- Los márgenes de escisión están libres de CIN y enfermedad invasiva. Si se extirpa la lesión invasiva pero la CIN se extiende hasta el margen del corte, debe realizarse una nueva exéresis a fin de confirmar la eliminación de la CIN y excluir toda posible invasión. Esta conducta debe seguirse incluso si se plantea una histerectomía, para descartar una enfermedad invasiva oculta que requiriera cirugía radical.
- Un patólogo especializado en ginecología ha examinado la histología

ANEXO N° 04

CONDUCTA TERAPÉUTICA SEGÚN EL DIAGNÓSTICO DOCUMENTOS DE CONSENSO SEGO 2006.



Criterios de conducta terapéutica ante LSIL – CIN 1

	Observación	Tratamiento
Edad (años)	< 35	≥ 35
Citología-biopsia	Concordante	Discordante
Colposcopia	Satisfactoria	Insatisfactoria
Cambios colposcópicos	Menores	Mayores
Extensión de la lesión	Limitada	Extensa
Localización lesional	Periférica	Central
Endocervix	Libre	Afectado
Seguimiento	Posible	Imposible
Persistencia > 2 años	No	Sí

ANEXO N° 05

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe Obst. Gustavo Alvarado Zevallos, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-2015**, elaborado por los alumnos del pregrado de obstetricia, el cual reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



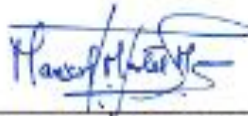
GUSTAVO ALVARADO ZEVALLOS
OBSTETRA
COP 9133

GUSTAVO ALVARADO ZEVALLOS
OBSTETRA DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN

ANEXO N° 06

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe Obst. Marisol Martel Martínez, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO-2015**, elaborado por los alumnos del pregrado de obstetricia, el cual reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



MARISOL MARTEL MARTINEZ
OBSTETRA DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILO VALDIZAN

Marisol Martel Martínez
OBSTETRIZ
C.O.P. 8380

ANEXO N° 07

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe Obst. Sandra Flores Huerto, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - HOSPITAL REGIONAL HERMILIO VALDIZAN MEDRANO-2015**, elaborado por los alumnos del pregrado de obstetricia, el cual reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



Sandra M. Flores Huerto
OBSTETRA
COP N° 21769

SANDRA FLORES HUERTO
OBSTETRA DEL HOSPITAL REGIONAL
HERMILIO VALDIZAN

ANEXO N° 08

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe Obst. Mary Luisa Maque Ponce, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO-2015**, elaborado por los alumnos del pregrado de obstetricia, el cual reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



Dra. MARY LUISA MAQUE PONCE
DOCENTE DE LA FACULTAD DE
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

ANEXO N° 09

CONSTANCIA DE VALIDACION

Quien suscribe Obst. Jessye Ramos García, mediante la presente hace constar que el instrumento utilizado para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DE LA CITOLOGIA CERVICAL EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATÉGICO DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO - HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZAN MEDRANO-2015**, elaborado por los alumnos del pregrado de obstetricia, el cual reúne los requisitos suficientes y necesarios para ser considerados válidos y confiables, y por tanto aptos para ser aplicados en el logro de los objetivos que se plantean en la investigación.



MG. JESSYE RAMOS GARCÍA
DOCENTE DE LA FACULTAD DE
OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

ANEXO 10

2016-2017 *Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú*
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



RU
Ministerio
de Salud

Gobierno
Regional Huánuco

Hospital Regional
Hermilio Valdizan

Huánuco, 25 de Agosto del 2015

CARTA N° 63 -2015-GR-HCO-DRS-HRHVM-D-JUADI

Srta:

Elizabeth Rosario, CANTARO SALAZAR
EGRESADA DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUANUCO

Presente.-

Mediante el presente me es grato dirigirme a usted, para saludarla muy cordialmente a la vez informar que contando con la opinión favorable de la jefatura de obstetricia, es procedente la aplicación del instrumento de investigación para el desarrollo de la tesis titulado: "PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN LA CITOLOGIA CERVICAL, EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATEGICO PREVENCION CANCER DE CUELLO UTERINO" en el Hospital Regional Hermilio Valdizan, así mismo exhortar que una vez concluida la investigación deberá remitir una copia del documento para la biblioteca de la unidad de docencia e investigación.

Sin otro particular se le remite el presente, a fin de que se le brinde las facilidades correspondientes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

Med. F. *Humberto Danilo Sevillano*
C.P.S. 2001496 10916
DIRECTOR EJECUTIVO

RMS/AMC/medh
c.c. Anh.
25.08.15

ANEXO 11

2006-2017 Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación"



RU
Ministerio
de Salud

Gobierno
Regional Huánuco

Hospital Regional
Hermilio Valdizan

Huánuco, 25 de Agosto del 2015

CARTA N° 64 -2015-GR-HCO-DRS-HRHVM-D-JUADI

Srta:

María Isabel, MEJIA ARANDA
EGRESADA DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN DE HUANUCO

Presente.-

Mediante el presente me es grato dirigirme a usted, para saludarla muy cordialmente a la vez informar que contando con la opinión favorable de la jefatura de obstetricia, es procedente la aplicación del instrumento de investigación para el desarrollo de la tesis titulado: **"PREDICTORES QUE INFLUYEN EN LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES EN LA CITOLOGIA CERVICAL, EN PACIENTES DEL PROGRAMA ESTRATEGICO PREVENCION CANCER DE CUELLO UTERINO"** en el Hospital Regional Hermilio Valdizan, así mismo exhortar que una vez concluida la investigación deberá remitir una copia del documento para la biblioteca de la unidad de docencia e investigación.

Sin otro particular se le remite el presente, a fin de que se le brinde las facilidades correspondientes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
Dirección Regional de Salud
Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano

Med. F. Humberto Maile Sevillano
CMP 15026 RNE 10856
DIRECTOR EJECUTIVO

FHMS/MQH/lmaq
c.c. Ajch.
25.08.15