

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



=====

**“CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA,
COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES
PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO
UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER.
HUÁNUCO, 2018”**

=====

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE OBSTETRA

TESISTAS: Evelyn Josefina PEÑA AGAMA

Treisi Irene ROMERO PAREDES

ASESORA: Dra. Nancy Elizabeth CASTAÑEDA EUGENIO

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, por guiarnos por el camino de la sabiduría y así concretar con nuestras metas trazadas.

A nuestros queridos padres, pilares fundamentales de nuestras vidas, que con su apoyo incondicional y dedicación hicieron que nunca nos rindiéramos ante cualquier obstáculo presentado en nuestra formación.

Treisy y Evelyn

AGRADECIMIENTO

A cada uno de nuestros maestros, por las enseñanzas inculcadas durante nuestra etapa universitaria y formación profesional, haciendo de nosotras mejores profesionales.

A nuestra estimada asesora, Dra. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio, por su gran apoyo y paciencia en toda la investigación.

Agradecemos a todas las personas que de una u otra forma estuvieron con nosotras apoyándonos; es por ello que a todos y cada uno de ustedes les dedicamos todo nuestro esfuerzo, sacrificio y tiempo que entregamos en esta tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer, Huánuco 2018. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo, transversal, diseño descriptivo correlacional. Muestra conformada por 68 pacientes. **Resultados:** La concordancia diagnóstica entre citología y colposcopia fue de 0,422; entre citología e histología fue de 0,396 y entre colposcopia e histología fue de 0,687. **Conclusión:** Las edades más frecuentes de mujeres atendidas en el Centro Especializado Mujer fue de 30 a 40 años. La concordancia diagnóstica entre la citología y la colposcopia fue moderada (índice de Kappa: 0.422). La concordancia diagnóstica entre la citología e histología fue débil (índice de Kappa: 0.369). La concordancia diagnóstica entre la colposcopia e histología fue buena (índice de Kappa: 0.678).

Palabras clave: Concordancia diagnóstica, citología, colposcopia, histología, lesiones precursoras, lesiones malignas, cáncer de cuello uterino.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of cytological, colposcopic and histological diagnostic concordance in precursor and malignant lesions of cervical cancer at the Centro Especializado Mujer, Huánuco 2018. **Methodology:** Observational, retrospective, cross-sectional study, descriptive correlational design. Sample consisted of 68 patients. **Results:** The diagnostic agreement between cytology and colposcopy was 0.422; between cytology and histology it was 0, 396 and between colposcopy and histology it was 0, 687. **Conclusion:** The most frequent ages of women attended in the Specialized Women's Center was 30 to 40 years. The diagnostic agreement between cytology and colposcopy was moderate (Kappa index: 0.422). The diagnostic agreement between cytology and histology was weak (Kappa index: 0.369). The diagnostic agreement between colposcopy and histology was good (Kappa index: 0.678).

Keywords: Concordance, cytological, colposcopic and histological diagnosis, precursor and malignant lesions, cervical cancer.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
RESUMEN	IV
ABSTRACT	V
INDICE	VI
INTRODUCCIÓN	VIII
I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	10
1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del Problema	12
1.2.1. Problema general.....	12
1.2.2. Problemas específicos	12
1.3. Objetivos de la investigación	13
1.3.1. Objetivo general	13
1.3.2. Objetivos específicos.....	13
1.4. Hipótesis.....	13
1.5. Variables	14
1.5.1. Variables independientes	14
1.5.2. Variable dependiente.....	14
1.6. Operacionalización de variables	15
1.7. Justificación de la investigación.....	18
1.8. Viabilidad.....	18
1.9. Limitaciones	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes del Problema.....	20
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes nacionales	21
2.1.3. Antecedentes locales	28
2.2. Bases Teóricas	28
2.2.1. Generalidades del cáncer	28
2.2.2. Citología Cervical-Papanicolaou	39
2.2.3. Colposcopia.....	44
2.2.4. Histología (cervical).....	45
2.3. Definición de Términos Básicos	47

III. MARCO METODOLÓGICO	49
3.1. Tipo de investigación.....	49
3.2. Diseño y esquema de la investigación	49
3.3. Determinación de la población.....	50
3.4. Selección de la Muestra	51
3.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	51
3.6. Técnica de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos	51
3.7. Consideraciones Éticas	53
IV. RESULTADOS	54
4.1. Presentación de Resultados	54
4.2. Discusión de Resultados	62
CONCLUSIONES	65
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	67
ANEXOS.....	73

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el 2018, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la región de las Américas. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades de salud.(1)

La principal causa del cáncer de cérvix es la infección persistente de uno o más virus de papiloma humano (VPH) de alto riesgo. La infección por VPH es muy común, sobre todo en población joven, las infecciones que persisten por más de dos años se les denomina infección persistente, y son estas las que pueden evolucionar a lesión intraepitelial (LIE) y luego a cáncer. A las infecciones por VPH que son eliminadas antes de los 2 años se denominan transitorias y no constituyen riesgo. Es indispensable la infección persistente para la aparición de lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG), verdaderas precursoras del cáncer de cuello uterino. Por lo general, las LIE causadas por un VPH de alto riesgo tardan más de 15 años en desarrollar un cáncer de cuello uterino.

Los cofactores del cáncer de cérvix son los factores endógenos, exógenos, virales, etc. que van a favorecer la persistencia de la infección de VPH. Entre los cofactores más importantes podemos mencionar la infección por los tipos 16 y 18, coitalgia precoz, promiscuidad sexual, multiparidad, bajo nivel socioeconómico y disminución de la inmunidad por la falta de consumo de nutrientes esenciales en la dieta, otras enfermedades infecciosas o autoinmunes. (2)

El cáncer de cuello uterino se inicia con Lesiones Escamosas Intraepiteliales (LIE). Las de bajo grado (LIEBG) son lesiones que sin tratamiento solamente el 10% de estas progresarán a un carcinoma invasor y en casos de alto grado (LIEAG) el progreso a carcinoma invasor es de un 40% en el cual las intervenciones terapéuticas permiten una sobrevida promedio y la posibilidad de secuelas. Por estas características es de suma importancia detectar las lesiones pre-neoplásicas en un corto tiempo y que el paciente reciba un tratamiento adecuado para evitar a futuro un cáncer. (3)

La importancia del presente estudio se basa en conocer la correlación de los diagnósticos citológico, colposcópico e histológico para la detección de las lesiones precursoras y malignas llevadas a cabo en el Centro Especializado Mujer-Huánuco, ya que con los resultados obtenidos nos llevan a concluir cuán importante es conocer cada una de ellas y su relevancia en la detección de una posible alteración a nivel cervical. Asimismo, aporta datos importantes para el futuro desarrollo de trabajos similares en la región.

I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Descripción del problema

El cáncer de cuello de uterino es el segundo cáncer de la mujer a nivel mundial, es responsable de unos 250,000 fallecimientos al año a escala mundial. Es un cáncer frecuente entre mujeres jóvenes y entre la población inmunodeprimida. Su carcinogénesis está obligatoriamente inducida por el virus del papiloma humano de tipo oncogénico. La evolución de las lesiones intraepiteliales hacia la invasión requiere muchos años, lo cual permite detectar estas anomalías pre invasivas y tratarlas, y esta característica de su historia natural convierte al cáncer de cuello uterino en una enfermedad evitable mediante prevención, puede prevenirse mediante la vacunación y la detección precoz de las anomalías pre invasivas del cuello uterino. (4)

En los países desarrollados se ha observado tendencias decrecientes de la tasa de incidencia, desde mediados de los años setenta hasta la actualidad. En general, los países de Europa occidental, Norte América y Australia tienen actualmente tasas de incidencia que varían entre 5 y 10 casos por 100,000 mujeres, mientras que en los países en desarrollo todavía se mantienen tasas de incidencia altas. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno y satisfactorio hacen que, en Estados Unidos, el cáncer de cuello uterino alcance tasas de supervivencia en estadios iniciales de 93% en las mujeres de raza blanca y 84% en mujeres afroamericanas. En América Latina y el Caribe, es la tercera neoplasia maligna más frecuente en ambos sexos y la segunda en las mujeres, con una tasa de incidencia estandarizada por edad de 24 casos por 100,000 mujeres; se ubica también en segundo lugar en importancia en mortalidad. (5)

La epidemiología de nuestro país cuenta con una variada gama de patologías dentro de las cuales el cáncer de cuello uterino ocupa un papel fundamental en la morbi-mortalidad de las mujeres de menos recursos, de un total de 5474 casos notificados en el año 2016, los cánceres más frecuentes fueron los de cérvix (21.9%), piel (12.3%), estómago (11.4 %), mamas (8.8 %) y próstata (4.7 %). (6)

En la actualidad existen diversas técnicas que permiten un diagnóstico precoz del cáncer cervical, entre ellas la citología cervical (Papanicolaou), la inspección visual del cuello uterino aplicando directamente ácido acético (IVAA), la prueba de Schiller que usa solución de Lugol en lugar de ácido acético, la detección del virus del papiloma humano (VPH), entre otras; sin embargo, la primera sigue siendo la más utilizada mundialmente.

Detectada alguna anomalía en el examen citológico, el siguiente paso es la colposcopia, que constituye un método importante en la propedéutica del cuello uterino en los casos de exámenes citológicos alterados.(7)

El diagnóstico histológico constituye el estándar de oro con el que se comparan tanto las técnicas de cribado (citología y/o técnicas moleculares de detección del VPH) como los resultados de la colposcopia. (8)

A nivel mundial se han realizado algunas investigaciones, relacionando la prueba de tamizaje “citología cérvico-vaginal” con el reporte de colposcopia y el reporte histológico. Los estudios fueron desde relacionar las dos hasta las tres variables por ejemplo los realizados en:(Cuba) (9), México (10), Bosnia (11) y Nicaragua (12), en los cuales se evidencia una

diferencia entre los resultados, reportando en algunos una adecuada concordancia entre los diferentes métodos diagnósticos, mientras que en otros su concordancia es baja.

En nuestro país, Glener K, realizó en el 2014 un estudio de concordancia entre los tres exámenes donde el grado de concordancia entre citología-colposcopia fue moderado, entre el examen cito-histológico fue débil y entre histo-colposcópico fue buena. (13)

Al no existir muchos estudios que demuestren con claridad el grado de correlación diagnóstica entre la citología, colposcopia e histología en la ciudad de Huánuco, nos ha motivado a realizar esta investigación.

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018?

1.2.2. Problemas específicos

✓ ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018?

✓ ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018?

- ✓ ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica entre la colposcopia versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.
- ✓ Identificar el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.
- ✓ Identificar el nivel de concordancia diagnóstica entre la colposcopia versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

1.4. Hipótesis

Ha: Existe concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Ho: No existe concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

1.5. Variables

1.5.1. Variables independientes

- Citología
- Colposcopia
- Histología

1.5.2. Variable dependiente

- Lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino

1.6. Operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES						
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
Citología (Papanicolaou)	Estudio de células individuales mediante	Negativo	Cualitativo	Ordinal		
	la recolección de una muestra, con el	ASC-US	Cualitativo	Ordinal		
	propósito de detectar anomalías morfológicas de las	Lesión escamosa intraepitelial bajo grado	Cualitativo	Ordinal		
	células exfoliadas de la unión escamo-columnar del cuello uterino	Lesión escamosa intraepitelial alto grado	Cualitativo	Ordinal	Clasificación a través de Sistema Bethesda	Ficha clínica
		Cáncer	Cualitativo	Ordinal		

Colposcopia	Procedimiento ginecológico que consiste en la exploración del cuello uterino con un colposcopio. Se realiza para evaluar resultados anormales en la prueba de Papanicolaou o citología cervical	Hallazgos colposcópicos normales	Cualitativo	Ordinal	Clasificación a través de La Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia	Ficha clínica
		Hallazgos colposcópicos de lesión intraepitelial bajo grado	Cualitativo	Ordinal		
		Hallazgos colposcópicos de lesión de alto grado	Cualitativo	Ordinal		
		Hallazgos colposcópicos a Cáncer	Cualitativo	Ordinal		
Histología (cervical)	Ciencia que estudia la composición, la estructura y las características de tejido orgánico del cérvix.	Negativo	Cualitativo	Ordinal	A través de la clasificación de Richart (1967)	Ficha clínica
		Neoplasia intraepitelial cervical leve (NIC I)	Cualitativo	Ordinal		
		Neoplasia intraepitelial cervical moderada (NIC II)	Cualitativo	Ordinal		
		Neoplasia intraepitelial cervical severa (NIC III)				
		Carcinoma	Cualitativo	Ordinal		

VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR	FUENTE
Lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino	Toda lesión que más adelante podría desarrollar a neoplasia.	LIE de bajo grado (NIC I)	Cualitativo	Ordinal	Sistema Bethesda y clasificación de Richart	Ficha clínica
		LIE de alto grado (NIC II)	Cualitativo	Ordinal		
		LIE de alto grado (NIC III)	Cualitativo	Ordinal		
		Carcinoma in situ	Cualitativo	Ordinal		
		Carcinoma epidermoide infiltrante	Cualitativo	Ordinal		
		Adenocarcinoma	Cualitativo	Ordinal		

1.7. Justificación de la investigación

Cabe mencionar que en nuestra realidad no existe un programa organizado que garantice el tamizaje con los estándares de calidad aceptables, entrega de resultados y seguimiento de las usuarias, esto adicionado a la escasa institucionalización de los programas gubernamentales y la implementación de políticas públicas de prevención.

Por tal razón, el presente trabajo de investigación tuvo como propósito conocer el grado de asociación de los tres métodos diagnósticos realizados a pacientes con lesiones pre malignas del cuello uterino que acuden al Centro Especializado Mujer.

Por lo expuesto, los resultados de este estudio aportaran datos que permitan corroborar el grado de correlación entre estas tres pruebas diagnósticas. Por último, la información obtenida en este estudio podrá servir como base, para estudios posteriores en nuestra localidad.

1.8. Viabilidad

El tema de investigación cuenta con suficiente información sobre todo antecedentes nacionales.

La investigación cuenta con buena cantidad de muestra porque se tomó a las pacientes que se atendieron todo el año 2018 en el Centro Especializado Mujer.

Con la ejecución de nuestra investigación no se alteró ni causó ningún daño a la persona, comunidad ni medio ambiente, más bien tiene la finalidad de ayudar a la población sobre todo a mujeres en la detección temprana de cáncer de cuello uterino.

La investigación se realizó en un periodo de un año, debido a que es de tipo retrospectivo, nos permitió recolectar datos ya registrados con un instrumento de recolección de datos con preguntas cerradas para la fácil tabulación de datos.

Por ser una investigación de tipo descriptivo no necesitó de recurso monetario alto, porque se contó con suficiente recurso de las investigadoras, además se contaba con materiales de escritorio.

1.9. Limitaciones

Las limitaciones que se presentaron fueron:

- La falta de antecedentes locales en los establecimientos de salud y las universidades, lo cual dificultó en la discusión de los resultados.
- Historias clínicas con datos incompletos.
- Escasa disponibilidad de tiempo de las investigadoras por motivo de trabajo que dificultó la pronta presentación de los resultados.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del Problema

2.1.1. Antecedentes internacionales

Begoña Cañete (España, 2018). **“Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix: correlación entre citología, colposcopia y biopsia”**. Objetivo: Determinar la concordancia entre citología, colposcopia y biopsia cervical ante una citología alterada. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, de base clínica, en un único centro. La población seleccionada consistió en 416 mujeres, de entre 25 y 65 años, con citología alterada, del 1 de agosto de 2014 al 30 de septiembre de 2016, y remitidas para estudio colposcópico y anatomopatológico al Hospital Reina Sofía de Córdoba. Se realizaron análisis estadísticos, utilizando el índice de Kappa para el grado de concordancia entre citología, colposcopia y biopsia. Resultados: Se encontró una concordancia insignificante entre citología y colposcopia ($k = 0,16$; IC 95% 0,09-0,22); una concordancia moderada entre colposcopia y biopsia ($k = 0,57$; IC 95% 0,47-0,68); y una concordancia insignificante entre citología y biopsia ($k = 0,21$; IC 95% 0,08-0,34). Conclusiones: El grado de acuerdo fue mejor entre colposcopia y biopsia que entre citología y biopsia o entre citología y colposcopia. (14)

Gago Espinoza, Iris (Nicaragua, 2017). **“Correlación citocolposcópica e histopatológica de lesiones pre e invasivas de cuello uterino en las pacientes que acuden a la Consulta Ginecológica del Centro de Salud Francisco Morazán, Managua. 2015”**. El presente estudio tiene como objetivo establecer la correlación citológica e histopatológica de lesiones pre e

invasivas de cuello uterino. Es una investigación de tipo descriptiva, de corte transversal, donde la muestra fue 100 pacientes que acudieron a la consulta ginecológica de dicha unidad de salud. En los resultados encontrados se compararon las pruebas de tamizaje de PAP y colposcopia con la biopsia y se estableció el grado de correlación y por lo tanto la sensibilidad de las mismas en las diferentes lesiones. Las 100 mujeres presentaron diagnóstico citológico y anatomopatológico, no así colposcópico apareciendo el diagnóstico de lesión pre maligna y maligna en 54 pacientes, sin embargo, todas presentaron mapeo colposcópico; se compararon las pruebas individualmente. Los grupos etarios predominantes fueron 21-30 años y 31-40 años con 31% de incidencia cada uno, la escolaridad predominó la secundaria con 45%, 73% de las participantes eran amas de casa, 47% estaban casadas, 58% inicio vida sexual antes de los 16 años. La correlación entre PAP y biopsia es baja, sin embargo, es buena para detectar lesiones de alto grado; se reportó 69 casos de LIEBG por citología de los cuales se confirmaron 40 para un 57%, 22 casos de LIEAG se confirmaron por biopsia 16 para un 72.7%, 9 casos de ASCUS reportados ninguno confirmado por biopsia. Hubo buena correlación entre colposcopia y biopsia, de 26 casos de LIEBG por colposcopia 20 se confirmaron por biopsia para un 76.9%, de 27 casos de LIEAG 25 se confirmaron por biopsia para un 92.5% y 1 caso de carcinoma invasor por colposcopia el cual se confirmó por biopsia.

(12)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Huarcaya Damiano, Y, Vásquez Tafur, D. (Lima, 2018). **“Correlación cito-histológica de anormalidades cérvico-uterinas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”- 2016”**. En el presente estudio tiene

como objetivo establecer el grado de correlación existente entre el diagnóstico citológico y el diagnóstico histológico en las pacientes con anomalías cervico-uterinas. En sus resultados se observó que el grupo etario con más casos reportados se sitúan entre los 31 y 40 años y este grupo etario tuvo como lesión más común una LEIAG con 10.3% de casos del total, seguido de 9.7% casos con LEIBG. La anomalía citológica más frecuentes fueron LEIAG con un total de 32% casos, seguida de ASC-US con 24% casos y LEIBG con 29%. La menos frecuente fueron los carcinomas con solo un 1% y AGUS con 2% de los casos. De los diagnósticos histológicos encontrados se observó que la anomalía más frecuente fue NIC I con 44% casos, seguida de la NIC III con 23% casos, siendo los Carcinomas el de menor frecuencia con un total de 8% casos. Se obtuvo una correlación de 67% y una concordancia diagnóstica moderada ($\kappa=0.43$). Se concluyó que existe una correlación de 67% entre ambos métodos y una concordancia diagnóstica moderada con un índice kappa de 0.43. (3)

Almaras Arias, Laura (Lima, 2018). **“Concordancia diagnóstica cito-colposcópica según la histopatología cervical en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, año 2016”**. En su estudio indica que su objetivo fue determinar la concordancia cito-colposcópica según la histopatología de cérvix en mujeres mayores de 30 años. Se halló como resultado que la colposcopia fue la prueba con mayor concordancia según la histopatología (moderada - Kappa 0.438). La prueba citológica tuvo sensibilidad (S) del 80%, especificidad (E) 86 %, valor predictivo positivo (VPP) 66.7%, valor predictivo negativo (VPN) 92.5%, mientras que la sensibilidad de la prueba colposcópica fue 80%, E: 93%, VPP: 80%, VPN: 93%. Por último, se concluyó que la colposcopia demostró ser la prueba con mejor concordancia con la histopatología, además de tener valores

aceptables para sensibilidad, especificidad y VPP, por otro lado, el VPN fue similar a la citología con diferencia del 0.5% a favor de la colposcopia (93%). Debido a que ninguno de los métodos diagnósticos estudiados es totalmente certero, y la concordancia diagnóstica no es del todo alta, la totalidad de pacientes en quienes se presente un estudio citológico o colposcópico anormal o patológico deberán realizarse la prueba histopatológica para de esta manera confirmar el posible diagnóstico. (15)

Huayhua Guevara, Segundo H. (Cajamarca, 2017). **“Hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia cervical en Essalud - Cajamarca en el año 2015-2016.”** En su estudio indica que su objetivo fue determinar los hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia de cérvix. Se encontró que la edad promedio de los pacientes fue de 40 ± 09 años. En los hallazgos citológicos el 0.6 % de las mujeres tuvieron resultado de carcinoma invasor de cérvix, LIE de alto grado 6.8%, LIE de bajo grado 17.5%, displasia de cérvix sin especificar y ASCUS un 8.1% cada uno y resultado negativo en un 58.7%. En cuanto a los hallazgos colposcópicos el 1.2% de las mujeres tuvieron resultado de carcinoma invasor de cérvix, LIE de alto grado 11.2%, LIE de bajo grado 26.2%, displasia de cérvix sin especificar 2.5 %, hallazgo colposcópico anormal 30%, cervicitis 13.7 %, negativo 13.7% e insatisfactorio 1.2%. En cuanto a la biopsia se encontró un resultado de carcinoma invasor e in situ de 1.2 % cada uno, displasia severa escamosa en 3.1%, displasia moderada escamosa en 3.7%, displasia leve escamosa en 15%, PVH en 18.1 % y negativo en 57.5%. Se concluyó que en las lesiones precursoras de cáncer de cérvix: la citología (PAP)

tiene una positividad de 41.3 % y negatividad de 58.7%; la colposcopia fue anormal en 71.4% y normal en el 28.6%; la biopsia de cérvix demostró carcinoma invasor de 1.2% y carcinoma in situ de 1.2 %, displasia severa escamosa en 3.1%, displasia moderada escamosa en 3.7%, displasia leve escamosa en 15%, PVH en 18.1 % y negativo en 57.5%. (16)

Ramírez López, Vanessa Y. (Lima, 2016). **“Correlación citológica, colposcópica e histológica en lesiones premalignas del cuello uterino Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz 2014”**. En su estudio indica que la edad de las pacientes varió de 21 a 74 años, generalmente casadas, mediana de inicio de relaciones sexuales de 19 años e historia de dos parejas sexuales mayormente. El principal motivo de consulta fue inflamación 59,4%; seguido por citología positiva 35,4%. De las citologías positivas, 91% fueron histológicamente compatibles con lesiones mientras que de las negativas, 51,7%; precisión diagnóstica de 0,70. De las colposcopías positivas, 94,3% fueron histológicamente compatibles con lesiones y de las negativas, 12,3%; capacidad diagnóstica de 0,91. De las citologías positivas, 91 % fueron colposcopicamente compatibles con lesiones mientras que de las negativas, 50,8%; capacidad diagnóstica de 0,70. La prevalencia de las lesiones fue de 65,8% sin diferencia significativa según grupo de edad, número de parejas sexuales y edad de inicio de las relaciones sexuales. En su estudio se concluyó que la correlación citológica e histológica - colposcópica en lesiones pre malignas del cuello uterino es débil (($k=0,332$, ($k=0,34$)), mientras que la colposcópica e histológica es muy buena ($k=0,823$). La sensibilidad y el valor predictivo negativo de la citología son bajos mas no así la especificidad y el valor predictivo positivo, por lo que es una prueba diagnóstica regular mientras

que la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de la colposcopia son altas, constituyendo una prueba diagnóstica muy buena. (17)

Zari Hidalgo, Carlos Eusebio (Lima, 2016). **“Correlación entre citología, colposcopia e histopatología en pacientes con lesiones cervicales sometidas a conización, Hospital Nacional Dos de Mayo”**. Es una investigación observacional analítica correlativa. Identifica a las pacientes sometidas a cono cervical y revisa las historias clínicas correspondientes. Utiliza la frecuencia de los diagnósticos por cada prueba, tablas de contingencia para la correlación entre las pruebas, el índice Kappa (k) y el cono cervical como prueba de oro. Realiza el análisis con SPSS v17.0. Obtiene 87 casos de los cuales el 75% son mujeres de 30-59 años. La citología es negativa en un 26,4%, con correlación diagnóstica leve ($p > 0,05$). La colposcopia y la biopsia colposcópica muestran correlación aceptable ($k = 0,227$, $p < 0,010$ y $k = 0,311$, $p < 0,000$). Existe 8% de sobre tratamiento. El 37,9% fue curada y el 20,7% no tuvo control oportuno. Concluye que la citología tiene correlación pobre; la colposcopia, correlación aceptable; y la biopsia por colposcopia, mayor correlación y es más confiable. Es necesario mejorar la citología y hacer un seguimiento postratamiento riguroso. (18)

Armas K. Glener (Trujillo, 2015). **“Nivel de Concordancia Diagnóstica Citológica, Colposcópica e Histológica en Lesiones Precursoras y Malignas de Cáncer de Cuello Uterino, Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú”**. Con el objetivo de determinar el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Hospital Regional Docente de Trujillo, Perú 2010 – 2013, se revisó historias clínicas de mujeres

usuarias que tenían estudios de diagnóstico: citológico, colposcópico e histológico. Con lesiones muestreadas para el estudio, se aplicó el medio estadístico de Kappa. La muestra de estudio incluyó 109 pacientes cuyas edades fluctuaron entre los 30 a 49 años. Los resultados arrojaron moderada concordancia entre la citología y la colposcopia para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino (Kappa: 0.4549), débil concordancia entre la citología e histología (Kappa: 0.3889) y buena concordancia entre la colposcopia e histología (Kappa: 0.6191). El mayor porcentaje de lesiones de bajo grado fueron reportadas por colposcopia 60.6%; lesiones de alto grado no se encontró mayor significancia entre las diferentes técnicas de citología y colposcopia (17.4% vs 12.8% respectivamente); en lesiones cervicales malignas (cáncer) el mayor porcentaje de casos fue diagnosticado por la colposcopia (18.3%). Se identificó asimismo que mejoraba la concordancia entre la colposcopia e histología para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino conforme avanzaba la edad y fue mayor en las de 40 años a más (0.6853) contra (0.2069) en las de 20 a 39 años de edad. (13)

Bocanegra Flores, Karen Andrea. (Pucallpa, 2015). **“Grado de confiabilidad de las pruebas de Tamizaje PAP e IVAA en comparación con las muestras anatomopatológicas - biopsia, para la identificación de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres en edad fértil atendidas en el consultorio de prevención de cáncer de cuello uterino, Hospital Amazónico – Pucallpa”**. La presente investigación es un estudio descriptivo comparativo de corte transversal, realizado con el objetivo de determinar el grado de confiabilidad de las pruebas de tamizaje Papanicolaou e Inspección Visual con Ácido Acético en comparación con las muestras

anatomopatológicas - biopsia, para la identificación de lesiones precancerosas del cuello uterino en mujeres en edad Fértil que fueron atendidas entre enero 2013 a diciembre 2014. La población de estudio estuvo constituida por 81 mujeres en edad fértil, cuya muestra lo conformó el 100% de la población. La recolección de datos se realizó mediante la revisión de los registros de PAP, IVAA, Biopsia e historias clínicas. Las conclusiones fueron: los factores de riesgo asociados a lesiones intraepiteliales con respecto a la edad se encuentran entre 31 – 45 años, que han iniciado su primera relación sexual entre los 12 – 19 años, del número de parejas sexuales de 3 y paridad con promedio de 3 hijos. Con respecto al PAP el 50.6% resultaron con LIEBG, el 12.3% con LIEAG y el 37% resultaron negativas; mientras que la IVAA el 70.4% resultaron positivas, el 22.2% negativo y el 7,4% (6) tuvieron como resultado sospecha de cáncer. A su vez se obtuvieron resultados de biopsia siendo 54.3% de las mujeres resultaron tener NIC I; seguido del 23.5% NIC II y el 8.6% de las mujeres del estudio tuvieron un resultado de carcinoma in situ. Asimismo, el 13.6% resultaron con casos negativos. Al comparar resultados de biopsia con el de PAP se obtuvieron verdaderos positivos del PAP 47 casos, falsos positivos del PAP 4 casos, falsos negativos del PAP 23 casos y finalmente 7 casos de verdaderos negativos del PAP. Mientras tanto al comparar resultados de biopsia con la de IVAA se obtuvo verdaderos positivos del IVAA 55 casos, falsos positivos del IVAA 8 casos, falsos negativos del IVAA 15 casos y finalmente 3 casos de verdaderos negativos del IVAA. Concluyéndose que: el grado de confiabilidad de PAP es significativa al 5%, es decir confiable al 95% ($X^2 = 42,683$, y $p < 0,05$; en este caso $p = 0,000$); caso contrario con la IVAA que no guarda una confiabilidad del 95% ($X^2 = 3,601$ y si $p < 0,05$; en este caso $p = 0,722$). (19)

2.1.3. Antecedentes locales

No se encontraron antecedentes semejantes.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Generalidades del cáncer

«Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo. Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales. Es causado por factores externos (tabaco, organismos infecciosos, sustancias químicas y radiación) y factores internos (mutaciones heredadas, hormonas, condiciones inmunes y mutaciones que se producen a partir del metabolismo). Estos factores causales pueden combinarse o actuar en secuencia para iniciar o promover el desarrollo de cáncer. Una proporción considerable de los cánceres podrían prevenirse. Ciertos tipos de cáncer están relacionados con agentes infecciosos, como el virus del papiloma humano (VPH), virus de la hepatitis, *Helicobacter pylori*, etc.

El cáncer cervical se origina en las células que revisten el cuello uterino. Los dos tipos principales de células que cubren el cuello del útero son las células escamosas (en el exocérvix) y las células glandulares (en el endocérvix). Estos dos tipos de células se encuentran en un lugar llamado zona de transformación. La mayoría de los cánceres de cuello uterino se originan en las células de la zona de transformación. Estas células se transforman gradualmente en cáncer. Los dos tipos más comunes de cánceres de cuello uterino son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.

Con menor frecuencia, el cáncer de cuello uterino tiene características tanto de los carcinomas de células escamosas como de los adenocarcinomas. Estos tumores se llaman carcinomas adenoescamosos o carcinomas mixtos. (20)

2.2.1.1. Anatomía e histología del cuello uterino

“El cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. El conducto cervical desemboca en la vagina por el llamado orificio cervical externo. La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama exocérvix. Es la parte más fácilmente visible en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino interior al orificio externo se denomina endocérvix, para cuya visualización es preciso estirar o dilatar el orificio externo. El estroma del cuello uterino consiste en un tejido denso, fibromuscular, atravesado por la compleja trama de un plexo vascular, linfático y nervioso. El cuello uterino está recubierto por epitelio escamoso estratificado no queratinizante y por epitelio cilíndrico. Estos dos tipos de epitelio confluyen en la unión escamoso-cilíndrica”.

- a) **Epitelio escamoso estratificado no queratinizante.** “Normalmente el exocérvix está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizante que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares y es de color rosado pálido. Las células de las capas intermedia y superficial contienen glucógeno abundante en su citoplasma, que se tiñe intensamente de color pardo-caoba o negro tras aplicar la solución yodo yodurada de Lugol con ácido peryódico de Schiff en los cortes histológicos. La presencia de glucógeno en las capas intermedia y

superficial es signo de maduración normal y de desarrollo del epitelio escamoso. La maduración anormal o alterada se caracteriza por la ausencia de glucogénesis”.

- b) **Epitelio cilíndrico.** “El conducto cervical está recubierto de epitelio cilíndrico. Está compuesto de una única capa de células altas, con núcleos oscuros, cerca de la membrana basal. A la inspección visual su color es rojizo, pues una sola y delgada capa celular permiten que aparezca la coloración de la vascularización subyacente del estroma. Forma pliegues longitudinales múltiples que sobresalen en la luz del conducto, dando lugar a proyecciones papilares e invaginaciones en el estroma cervical dándole una apariencia granular a la inspección visual”.
- c) **Unión escamoso-cilíndrica (UEC).** “La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio pavimentoso y del cilíndrico. El reemplazo fisiológico del epitelio cilíndrico evertido por un epitelio escamoso neoformado se denomina metaplasia escamosa. El medio vaginal es ácido en los años fecundos y durante el embarazo. Se piensa que la acidez desempeña una función en la metaplasia escamosa. El primer signo de metaplasia escamosa es la aparición y proliferación de las células de reserva. El epitelio metaplásico escamoso, delgado y neoformado, se denomina inmaduro cuando presenta poca o ninguna estratificación, estas células no producen glucógeno y, en consecuencia, no se tiñen de marrón o negro con la solución yodo yodurada de Lugol. La metaplasia escamosa suele comenzar en la unión escamo-cilíndrica original, en el borde distal de la ectopia, pero también puede producirse en el epitelio cilíndrico cercano a la UEC. El epitelio metaplásico incipiente puede evolucionar de dos

modos. En la gran mayoría de las mujeres, se convierte en epitelio metaplásico escamoso maduro, similar, para todos los efectos prácticos, al epitelio escamoso original normal que contiene glucógeno. En una minoría muy pequeña de las mujeres, puede evolucionar a epitelio atípico displásico. La proliferación y la expansión no controladas de estas células atípicas pueden conducir a la formación de un epitelio displásico anormal que puede volver a su estado normal, persistir como displasia o evolucionar a cáncer invasor al cabo de varios años”.

2.2.1.2. Zona de transformación

“La zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el nuevo epitelio escamoso metaplásico se denomina zona de transformación (ZT). Corresponde al área del cuello uterino limitada distalmente por la UEC original y proximalmente por el límite más lejano del epitelio metaplásico, definido por la nueva UEC. La zona de transformación puede considerarse normal cuando presenta metaplasia escamosa, incipiente o evolucionada, junto con zonas o islotes de epitelio cilíndrico, sin signos de carcinogénesis cervical. Se denomina zona de transformación anormal o atípica (ZTA) cuando en ella se observan signos de carcinogénesis cervical, como cambios displásicos. Identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona”. (21)

2.2.1.3. Fisiopatología

La evidencia consistente de alta calidad respalda el papel crucial de los tipos oncogénicos o de alto riesgo del virus del papiloma humano (VPH) en el desarrollo de la mayoría de los cánceres de cuello uterino. (22)

De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, casi todas las mujeres sexualmente activas estarán expuestas al VPH durante su vida. La mayoría de las neoplasias cervicales se origina en la zona de transformación. El genoma del HPV se integra en los cromosomas del huésped por las proteínas E6 y E7 que immortalizan los queratinocitos del epitelio cervical, lo que produce inestabilidad genómica. La proteína E6 se une al gen p53, lo que impide la apoptosis y aumenta la actividad telomerasa. La proteína E7 se une al gen del retinoblastoma (supresor tumoral). Son necesarias más de tres mutaciones independientes para la transformación celular maligna.

La infección por HPV es necesaria pero no suficiente para inducir un carcinoma en un huésped inmunocompetente, también influyen: anticonceptivos combinados orales, tabaquismo, infecciones con otros microorganismos, factores dietéticos.

La morfología de las lesiones escamosas intraepiteliales se caracteriza por la maduración celular anormal, crecimiento nuclear, atipia y mitosis. El 60% de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 1 regresa, el 30% persiste y el 11% progresa a carcinoma in situ. Para NIC 2, 40% regresión, 40% de persistencia, 20% progresa a carcinoma in situ y 5% a carcinoma invasor, siendo las cifras de 33% regresión, 56% persistencia y más del 12% de progresión a carcinoma invasor para NIC. (23)

2.2.1.4. Factores de riesgo para desarrollar cáncer de cuello de útero

En España, la prevalencia de infección, según datos recientes del estudio Cleopatre, en mujeres entre 18 y 65 años en el momento de la citología

fue del 14,3%, acercándose al 30% en el subgrupo de 18-25 años; mientras que el 84% de las infecciones corresponderían a tipos oncogénicos, solo en el 22% de las muestras positivas se detectó algún tipo de VPH de los cubiertos por la vacuna tetravalente. Los genotipos de alto riesgo detectados con más frecuencia fueron el 16 (2,9%), el 52 (1,8%), el 51 (1,6%), el 31 (1,3%) y el 66 (1,2%), mientras que el tipo 18 solo se encontró en el 0,5% de las mujeres estudiadas. El mecanismo de transmisión es mayoritariamente sexual (aunque el contacto de la piel con las verrugas cutáneas también se describe como mecanismo de transmisión) y está relacionado directamente con el número de parejas sexuales a lo largo de la vida. (24)

En lo referente a la aparición de lesiones malignas en las personas infectadas por el VPH, el proceso más estudiado es el del cáncer de cuello de útero, habiéndose identificado los siguientes factores de riesgo: multiparidad (> 5 alumbramientos), no utilización de preservativo, nivel socioeconómico bajo, infección por *Chlamydia trachomatis* y virus del herpes simple, tabaquismo, uso de terapia hormonal por un período > 5 años, dificultad de acceso a programas sanitarios. (25)

2.2.1.5. Detección de la patología cervical

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos (26) el Colegio y la Sociedad Americana del Cáncer (en colaboración con la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical [ASCCP, por sus siglas en inglés] y la Sociedad Americana de Patología Clínica) emitieron recientemente lineamientos actualizados para la detección del cáncer de cuello

uterino. Todos los grupos están ahora de acuerdo acerca de las poblaciones a las cuales aplican los lineamientos, las edades para comenzar y finalizar la detección, los intervalos óptimos de detección, y las pruebas que deben ser utilizadas. (27) (28)

Todos los lineamientos reconocen que algunas mujeres están en un riesgo suficientemente alto de cáncer de cuello uterino para que el criterio de detección deba ser más intensivo. Esto incluye a mujeres con antecedentes de lesiones cervicales precancerosas o de cáncer de cuello uterino, mujeres que están inmunocomprometidas (incluyendo las infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana), y aquellas con antecedentes de exposición a dietilestilbestrol en el útero.

En el otro extremo del espectro, no se recomienda en absoluto la detección en mujeres menores de 21 años de edad, independientemente de sus antecedentes sexuales, ni en las que no han tenido anteriormente NIC 2 o más severa, a quienes se les ha retirado el cuello uterino quirúrgicamente (histerectomía total).

Todos los lineamientos coinciden en que las mujeres deben poner fin a la detección a la edad de 65 años si han tenido tres resultados normales consecutivos en la citología o dos resultados negativos consecutivos en la citología más prueba de VPH dentro de los 10 años anteriores, habiéndose realizado la prueba más reciente dentro de los últimos 5 años. La finalización de la detección es importante, ya que la incidencia de la enfermedad es muy baja entre las mujeres que se someten a una buena detección, pero persisten los daños por las pruebas con falsos positivos y los procedimientos invasivos

innecesarios. Los lineamientos de la Sociedad Americana del Cáncer-ASCCP-Sociedad Americana de Patología Clínica recomiendan específicamente que, por ningún motivo, incluyendo la relación con nuevas parejas sexuales, se reinicie la detección en estas mujeres.

Los lineamientos recomiendan la detección cada 3 años, y no con mayor frecuencia. De hecho, las directrices del Colegio y la Sociedad Americana de Cáncer-ASCCP-Sociedad Americana de Patología Clínica, establecen específicamente que la detección anual se debe desalentar entre las mujeres de cualquier edad en riesgo promedio. La detección con sólo citología cada 3 años reduce el riesgo vitalicio de cáncer de cuello uterino de aproximadamente 3.3% a 0.5%.⁵ Aunque la detección más frecuente conduce a mayores reducciones estimadas del riesgo de cáncer, también conduce sustancialmente a más daños derivados de la detección. Los análisis de decisión predicen un aumento de los niveles de protección contra el cáncer a medida que los intervalos de detección se acortan, pero con un aumento de los riesgos concurrentes acumulativos de resultados falsos positivos en las pruebas y colposcopias. (28)

Para las mujeres de 30 años o más, la adición de la prueba de VPH de alto riesgo a la citología (lo que se conoce también como pruebas conjuntas) es una opción para definir aún más un grupo de mujeres en un riesgo tan bajo que la detección puede realizarse cada 5 años, si los resultados de ambas pruebas son normales. El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos recomienda que esta estrategia se aplique sólo a mujeres que prefieren la detección con menos frecuencia que cada 3 años; los otros dos grupos piensan que las pruebas conjuntas deberían preferirse sobre la citología sola. Los lineamientos de la Sociedad Americana del Cáncer-ASCCP-Sociedad Americana de Patología Clínica reconocen que la evidencia que respalda la

designación "preferida" de las pruebas conjuntas sobre la citología es débil. Todos los lineamientos actuales desalientan las pruebas conjuntas en mujeres menores de 30 años de edad. (29)

2.2.1.6. Manejo de resultados iniciales anormales de la detección

La prevalencia de resultados anormales en las pruebas de detección varía según la edad, pruebas utilizadas, y contexto (30). El Colegio y la ASCCP cuentan con orientación basada en consenso detallado y evidencia para el manejo de mujeres con diversos resultados anómalos en las pruebas. Ofrecemos algunas generalizaciones simplificadas para los resultados comunes. (31) (32)

De acuerdo a su riesgo relativo de lesiones precancerosas subyacentes de alto grado o cáncer de cuello uterino, clasificamos a las mujeres con resultados anormales en las pruebas de detección en tres categorías: bajo riesgo, riesgo moderado y alto riesgo. El Colegio y la ASCCP recomiendan generalmente una de tres acciones clínicas para cada categoría de riesgo: pruebas en 3 años (bajo riesgo), pruebas en 1 año (riesgo moderado), o colposcopia (alto riesgo). Entre las mujeres con resultados anormales, aproximadamente 20% se considerará en bajo riesgo y tendrá detección de rutina en 3 años.

Aproximadamente la mitad estará en la categoría de riesgo moderado y deberá repetir las pruebas en 1 año. El 30% restante estará en la categoría de alto riesgo y se procederá directamente a la colposcopia. (22)

2.2.1.7. Método de diagnóstico

La citología cervical es la prueba propuesta en las recomendaciones del Consejo sobre cribado de cáncer en la Unión Europea para la detección precoz de este tipo de neoplasias y la más empleada. Para ello se emplean diferentes sistemas de clasificación, en la actualidad el más usado es la clasificación de Bethesda (2001). La citología no es una prueba diagnóstica definitiva. La prueba de confirmación diagnóstica es la colposcopia con la biopsia de las lesiones cervicales. La histopatología proporciona el diagnóstico final sobre el que se planifica el tratamiento. Nunca debe realizarse el tratamiento sin una colposcopia previa y biopsia dirigida sobre lesiones sospechosas.

La prueba de cribado lleva asociada una serie de riesgos potenciales que deben ser tenidos en consideración:

- **Resultados falsos positivos (FP).** La prueba de cribado determina la presencia de una lesión que obliga a realizar pruebas diagnósticas complementarias en las que no se diagnostican ni lesiones precursoras ni cáncer. Además, los resultados falsos positivos pueden provocar altos niveles de ansiedad y estado de ánimo deprimido, que pueden persistir a largo plazo.
- **Resultados falsos negativos (FN).** La mujer obtiene un resultado negativo en la citología, a pesar de tener una lesión precancerosa, lo que retrasa el correcto diagnóstico.
- **Sobrediagnóstico.** Detección de lesiones cervicales, que nunca hubieran progresado, y que no se hubieran diagnosticado sin el cribado.

- **Sobretratamiento.** Tratamiento de lesiones que con el tiempo regresarían espontáneamente a la normalidad y no hubieran necesitado tratamiento.
(33)

2.2.1.8. Nomenclatura de las lesiones cervicales

Fue Papanicolaou, en 1928, quien establece la primera propuesta de nomenclatura de las lesiones cervicales (LC), la cual fue utilizada por muchos años, en la que describe 5 grados. Según Lacruz Pelea, fue el mismo Papanicolaou, que gracias al desarrollo de la Citología y al uso de las biopsias, introduce los términos de Displasia y Discariosis. No obstante, no es hasta el Primer Congreso de Citología, celebrado en 1961, que se toma el acuerdo para el uso de la terminología de las tres LC mayores: Carcinoma Invasor, CIS y Displasias. Éstas últimas divididas en tres grados: Leves, Moderadas y Severas. Esta clasificación fue asumida por la OMS. En 1968 se introdujo el término de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC) propuesta por Richart en 1966, donde se le reconocen tres grados, incluyendo en el tres la Displasia Severa y el CIS de la clasificación anterior.

En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical. Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS). La característica principal del TBS fue la creación del término “LESIÓN INTRAEPITELIAL ESCAMOSA” (LIE), con dos grados: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación TBS combina

los cambios condilomatosos planos (HPV) y la NIC de bajo grado (NIC 1) en la LLIE, mientras la H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3. Se empleó el término LESIÓN para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico. El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos. Esta clasificación ha sido modificada en dos ocasiones, la última en el 2001, aportando diferentes apartados en lo que respecta a identificación y localización de LC. (34)

2.2.2. Citología Cervical-Papanicolaou

La citología cervico - vaginal es el estudio de células individuales mediante la recolección de una muestra de células de la pared vaginal, exocérvix y endocérvix con el propósito de detectar anomalías morfológicas de las células exfoliadas de la unión escamo-columnar del cuello uterino. La citología de cuello uterino tiene una sensibilidad de 51 % y una especificidad de 98 % según un meta-análisis realizado por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). (35)

La citología es un mal predictor de lesión intraepitelial de bajo grado, ya que hasta en un 15% de los casos tendrán una lesión de mayor grado que la orientación citológica. La actitud recomendada ante una lesión de bajo grado es la realización de una colposcopia y/o biopsia si procede, solo en pacientes menores de 21-25 años está recomendado obviar la colposcopia para repetir la citología en 12 meses, ya que en este rango de edad las lesiones L SIL regresan en un 90%, solo si persiste el L-SIL más de 24 meses debe de enviarse a colposcopia. El seguimiento debe de realizarse bien con citología a los 6 y a

los 12 meses o bien con tipaje viral al año, solo en caso de ser este persistentemente negativo se derivaría a colposcopia.

SIL alto grado / ASC-H: La actitud ante este hallazgo no tiene muchas alternativas, a todas las pacientes debe de realizarse colposcopia. ACG: Ante una citología con atipias glandulares se debe de realizar colposcopia, test de VPH, legrado endocervical a todas las pacientes, los resultados son muy dispares, desde un 15% que pueden tener un cáncer endocervical, hasta un 46% de falsos positivos. (36)

2.2.2.1. Sistema de clasificación Bethesda

Este Sistema Bethesda fue revisado en 1991. En el 2001 se reunieron más de 400 profesionales de la salud en un taller para redefinir la terminología de esta nomenclatura, así se emitió un boletín con las principales modificaciones:

- Negativo para lesiones intraepiteliales.
- En células escamosas:
 - Células escamosas atípicas (ASC)
 - Significado indeterminado (ASC-US)
 - No puede excluirse el H-SIL (ASC-H)
 - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-SIL) Displasia Leve/NIC I
 - HPV
 - Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-SIL) Displasia Moderada, Severa y CIS/ NIC II, NIC III – CIS
 - Características sugestivas de invasión

- Carcinoma epidermoide
 - En células glandulares
 - Células glandulares atípicas (AGC)
 - Endocervicales
 - Endometriales
 - Glandulares
 - Células atípicas, sugestivas de neoplasia
 - Endocervicales
 - Glandulares
 - Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
 - Adenocarcinoma
 - Endocervical
 - Endometrial
 - Extrauterino
 - No específico
 - Tras neoplasias malignas

El Sistema Bethesda se divide en las siguientes secciones:

- a. **Tipo de espécimen.** Especifica si es un Papanicolaou convencional o en base líquida.
- b. **Calidad del espécimen**
 - **Satisfactorio** para evaluación si existen células endocervicales y glandulares.
 - **No satisfactorio:** cuando el espécimen no se encuentra identificado, laminilla rota o existen elementos que impiden su interpretación

como sangre o inflamación. Para una citología convencional debe haber al menos 8,000 a 12,000 células escamosas bien preservadas y en el caso de la citología en base líquida 5,000 a 20,000 células. En ambos especímenes se requieren al menos 10 células endocervicales o de metaplasia escamosa. Si existe un 75% de células escamosas no visibles, o si el espécimen está compuesto exclusivamente por células de endocérvix, se debe de considerar no satisfactorio.

c. Categorías generales

- Negativa para lesión intraepitelial o malignidad.
- Anormalidad en células epiteliales.
- Otros.

Los términos dentro de límites normales y cambios celulares benignos son substituidos por “negativo para neoplasia intraepitelial o malignidad“, cuando no hay evidencia de neoplasia, independiente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos. No se incluye el término infección ya que los microorganismos no son siempre parte de una infección, sino más bien de una colonización. Los organismos incluidos son:

- Elementos micóticos morfológicamente consistentes con *Cándida* spp.
- *Trichomona vaginalis*.
- Cambio de flora sugestiva de vaginosis bacteriana.
- Bacterias morfológicamente consistentes con *Actinomyces*

d. Otros

Se refiere a otros hallazgos no neoplásicos como son: reparación, inflamación, cambios por radiación, cambios asociados a DIU, radiación, células glandulares post histerectomía, atrofia. En esta nueva versión del SB2001, se considera que debe de reportarse la presencia de células endometriales en toda mujer de 40 años y más, ya que es conocido el riesgo de una mujer para carcinoma de endometrio. Si se conoce la historia menstrual de la paciente y las células observadas están en la primera parte del ciclo, puede agregarse un comentario indicando que su presencia correlaciona con la historia menstrual.

e. Anormalidades en células epiteliales

- ✓ **ASC. Células escamosas atípicas:** Una de las modificaciones más importantes fue con respecto al diagnóstico de ASCUS con el fin de facilitar el manejo y seguimiento de las pacientes. El término ASC causó confusión y poca reproducibilidad, de acuerdo a SB 2001 el término ASC significa la incapacidad del patólogo para interpretar estos especímenes de forma exacta y reproducible, debido a que los cambios citológicos no son cuantitativa ni cualitativamente suficientes para hacer un diagnóstico exacto.

- ✓ **Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado:** La lesión epitelial de bajo grado comprende los cambios celulares debidos al VPH y la displasia leve o NICI, ambas son la misma lesión con distinta morfología, las anormalidades asociadas con VPH puedes ser de dos tipos, transitoria y regresiva y la persistente causara displasia y cáncer.

- ✓ **Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.** Comprende NIC2 Y NIC3 de la clasificación de Richardt, el separarlas causa importantes discrepancias inter-observador, por lo que se sugiere tan solo la interpretación como lesión de alto grado.

- ✓ **Carcinoma de células escamosas:** No es importante dividir esta lesión en los tipos queratinizante y no queratinizante. En el Sistema Bethesda 2001 Se elimina el término de AGUS, para evitar confusión con ASCUS Y se le denomina ACG. El tipo de célula glandular debe de especificarse cuando es posible. El AGC, se define como la atipia de células endocervicales que sobrepasa los cambios reactivos o reparativos, pero que aún no tiene los criterios de una AIS (Adenocarcinoma In Situ) o un Adenocarcinoma Invasor.

En este tipo de lesiones hay que definir si las células glandulares provienen del endocérvix, endometrio u otro sitio. (37)

2.2.3. Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento que se lleva a cabo con la finalidad de examinar el cuello uterino. Se utiliza luz y un microscopio de baja potencia para hacer que el cuello uterino aparezca mucho más grande. Esto le ayuda a su proveedor de atención médica para encontrar áreas anormales del cuello uterino y luego tomarles biopsias.(38)

2.2.3.1. Nomenclatura Colposcópica IFCPC 2011

Una nueva terminología colposcópica fue preparada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y

Colposcopia (IFCPC) después de una revisión crítica de las terminologías anteriores.

Los términos populares "colposcopia satisfactoria" y "colposcopia insatisfactoria" han sido sustituidos. El examen colposcópico debe ser evaluados por tres variables: 1) adecuados o inadecuados, con la razón dada, y 2) la visibilidad de la unión escamosa, y 3) tipo de zona de transformación.

Las definiciones siguientes se han agregado: Zona congénita de transformación, pólipo (exocervical o endocervical), estenosis, anomalía congénita, y la consecuencia después del tratamiento.

La Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia recomienda que la terminología 2011 debe sustituir a todos los demás y aplicarse para el diagnóstico, tratamiento e investigación. (39)

2.2.4. Histología (cervical)

Ciencia que estudia la composición, la estructura y las características de los tejidos de cuello uterino.

Es la prueba Gold estándar para el diagnóstico de lesión pre malignas y malignas de cáncer de cuello uterino.

A través de la clasificación de Richart (1967):

- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC I) (Displasia Leve)
- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado II (NIC II) (Displasia Moderada)
- Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado III (NIC III) (Displasia Severa)
/carcinoma in Situ

- Carcinoma de Células Escamosas
- Adenocarcinoma

Para valorar si una muestra de tejido cervical presenta NIC y su grado de alteración, debe realizarse un estudio en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para su clasificación se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas:

- NIC I: Conlleva la afectación de menos de un tercio del grosor del epitelio.
- NIC II: Es la afectación de uno a dos tercios del epitelio.
- NIC III – CIS: Afecta desde las dos terceras partes al grosor total del epitelio. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas.

Para realizar el diagnóstico se evalúan anomalías nucleares como la dilatación, la mayor relación núcleo/citoplasma, la hiperchromasia, el polimorfismo y la variación del tamaño nuclear. En un gran número de casos, existe una fuerte correlación entre la proporción del epitelio que presenta maduración y el grado de anomalía nuclear. A medida que se incrementa la gravedad de la NIC, se eleva el número de figuras mitóticas, que pueden verse en las capas epiteliales superficiales. Cuanto menos diferenciado es un epitelio, más alto es el nivel en que pueden verse figuras mitóticas.

NIC I: Existe buena maduración, con mínimas anomalías nucleares y pocas mitosis. Las células indiferenciadas se encuentran en las capas epiteliales más profundas (tercio inferior). Pueden verse cambios

citopáticos debidos a la infección por el VPH en todo el espesor del epitelio.

NIC II: Se caracteriza por cambios celulares displásicos restringidos sobre todo a la mitad o los dos tercios inferiores del epitelio, con anomalías nucleares más marcadas que en la NIC I. Pueden verse mitosis en toda la mitad inferior del epitelio.

NIC III: La diferenciación y la estratificación pueden faltar por completo o existir solo en el cuarto superficial del epitelio, con abundantes mitosis. Las anomalías nucleares aparecen en todo el espesor del epitelio. Muchas figuras mitóticas tienen formas anormales.

Cambios neoplásicos: La hiperchromasia y el incremento de la relación Núcleo/Citoplasma, caracterizan todas estas lesiones. Los cambios nucleares son usados para predecir el potencial de las células. En el CIS se demuestra una alta relación Núcleo/Citoplasma y un vasto patrón de cromatina. (34)

2.3. Definición de Términos Básicos

Concordancia

Los estudios de concordancia abarcan una amplia gama de diseños relacionados entre sí que se utilizan principalmente para evaluar el grado de acuerdo entre los clínicos al interpretar pruebas diagnósticas, o la exactitud con que estas pruebas orientan hacia un diagnóstico correcto.

Citología

Se refiere al estudio integral de la célula en sus múltiples aspectos: estructurales, biofísicos, bioquímicos, fisiológicos, patológicos, nutricionales,

inmunológicos, genéticos, etc. A medida que el uso de la citología ha sido implementado en la práctica médica cotidiana, se ha desarrollado un capítulo muy importante de ésta "La citología clínica o citodiagnóstico ginecológico".

Colposcopia

La colposcopia es un procedimiento ginecológico que consiste en la exploración del cuello uterino. Se realiza, generalmente, para evaluar a la paciente con resultados anormales en la prueba de Papanicolaou o citología cervical.

Histología

Estudio de la composición, estructura y características de los tejidos orgánicos, mediante el uso de microscopios.

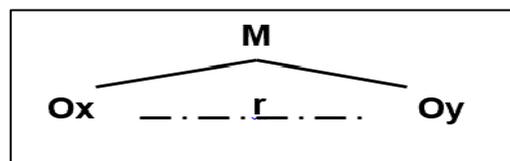
III. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

- Según el tiempo de ocurrencia de los hechos, es **retrospectivo**, porque en el estudio se empleó datos ya consignados previamente en las historias clínicas
- Según el periodo y secuencia del estudio, es **transversal**, porque los datos representan un solo momento en el tiempo.
- Según el análisis y alcance de los resultados, es **observacional**, porque la población estudiada no fue controlada por el investigador y este sólo se encarga de observar y medir.
- Según el análisis de las variables, es **analítica**, porque se establece relaciones de asociación entre las variables.

3.2. Diseño y esquema de la investigación

Corresponde a un diseño no experimental, en su modalidad descriptivo correlacional.



Donde:

M = Representa a la muestra en estudio.

Ox = Observación de la variable independiente.

Oy = Observación de la variable dependiente.

r = Representa la relación de ambas variables.

3.3. Determinación de la población

La población de estudio estuvo comprendida por todas las pacientes que acudieron al Centro Especializado Mujer, entidad privada prestadora de servicios de salud ubicada en la ciudad de Huánuco, y fueron atendidas entre enero y diciembre del 2018, con la toma de las tres pruebas diagnósticas: Papanicolaou, colposcopia y biopsia. Se tomaron en cuenta los siguientes criterios de selección:

➤ **Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:

Historias clínicas de:

- Pacientes mujeres de todas las edades, sexualmente activas con Papanicolaou positivo o cuello uterino clínicamente sospechoso a pesar de tener Papanicolaou negativo.
- Pacientes con diagnóstico de lesiones pre malignas.
- Pacientes con diagnósticos completos de citología, colposcopia e histología patológica.

➤ **Criterios de exclusión:** Se excluyeron del estudio:

- Historias clínicas que tengan el informe diagnóstico del estudio patológico no concluyente o incoherente.
- Mujeres que estén embarazadas que se realizaron Papanicolaou, colposcopia o biopsia.
- Resultados diagnósticos de Papanicolaou positivo que no se les realizó colposcopia ni biopsia.

3.4. Selección de la Muestra

Por tratarse de una población pequeña, se tomó en cuenta para el estudio a la totalidad de la población (población muestral), siendo un total de 68 pacientes.

3.5. Fuentes, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Fuentes: La fuente de recolección de datos fue secundaria, toda vez que los datos fueron recogidos por terceras personas en un tiempo pasado.

Técnicas: La técnica de recolección de datos que se empleó es el análisis de contenido, que es una técnica que permite reducir y sistematizar cualquier tipo de información acumulada (historias clínicas, documentos escritos, films, grabaciones, etc.) en datos, respuestas o valores correspondientes a variables que investigan en función de un problema.

Instrumentos: El instrumento fue la ficha clínica, que es un documento de utilidad para la investigación, con la cual se registró los datos personales de las pacientes como: la edad y los datos relacionados al diagnóstico citológico, colposcópico e histológico, los mismos que fueron importantes para el estudio.

3.6. Técnica de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos

- Autorización. Se solicitó la autorización respectiva a la gerencia del Centro Especializado Mujer.
- Revisión de los datos. Se examinó en forma crítica cada una de las historias clínicas; asimismo, se realizó el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias.

- Registro de los datos. Se registraron los datos obtenidos en la ficha de recolección de datos elaborada por las investigadoras.
- Codificación de los datos. Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento de recolección de datos.
- Clasificación de los datos. Se ejecutó de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal.
- Presentación de datos. Se presentan los datos en tablas académicas y en figuras, según las variables en estudio. En el programa SPSS.
- Análisis de datos. Para el análisis de los datos se aplicó el análisis descriptivo, a través de las tablas de frecuencia, tablas de contingencia (cruzadas), gráficos para caracterizar algunas variables. El análisis inferencial, se aplicó para determinar el nivel de concordancia entre las pruebas diagnósticas, se utilizó el índice Kappa de Cohen:

Valor de Kappa (K) /Fuerza de concordancia

< 0.20 Pobre

0.21 – 0.40 Débil

0.41 – 0.60 Moderada

0.61 – 0.80 Buena

0.81 – 1 Muy Buena

3.7. Consideraciones Éticas

En el presente estudio no hubo participación directa de personas, por lo cual no fue necesario su consentimiento informado ni su evaluación por el Comité de Ética.

Las historias clínicas participantes fueron seleccionadas en cumplimiento a los criterios de inclusión y exclusión.

Los datos recopilados son confidenciales y solo fueron utilizados con fines de la presente investigación. Asimismo, no se registró la identidad de las pacientes (nombres y apellidos) en las fichas de recolección de datos.

IV. RESULTADOS

4.1. Presentación de Resultados

Tabla 01. Edades de las pacientes atendidas en el Centro Especializado Mujer, Huánuco 2018.

	Válidos	68
	Perdidos	0
Media		40,65
Mediana		40,00
Moda		30
Desviación estándar		12,149
Rango		46
Mínimo		22
Máximo		68

Fuente: Base de Datos SPSS V. 21

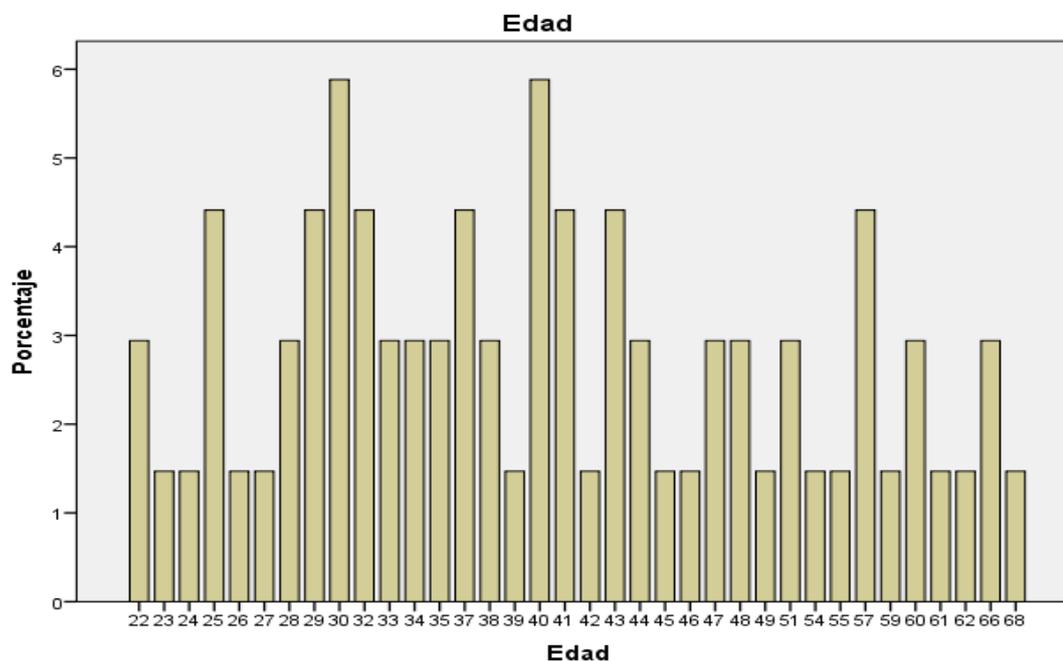


Gráfico 01

El promedio de edad fue de $40,6 \pm 12$ años. Donde el 50% de las pacientes tuvieron edades mayores de 40 años. La edad más frecuente fue de 30 años. Así mismo, la edad mínima fue de 22 años y la edad máxima de 68 años.

Tabla 02. Concordancia diagnóstica entre citología versus colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Tabla de Contingencia Citología * Colposcopia

			Colposcopia			Total
			Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Cáncer	
Citología	Negativo para lesión intraepitelial.	Recuento	11	0	0	11
		% del total	16,2%	0,0%	0,0%	16,2%
	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Recuento	31	7	0	38
		% del total	45,6%	10,3%	0,0%	55,9%
	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Recuento	2	13	1	16
		% del total	2,9%	19,1%	1,5%	23,5%
	Cáncer	Recuento	0	0	2	2
		% del total	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
	Significado indeterminado (ASC-US)	Recuento	1	0	0	1
		% del total	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
Total	Recuento	45	20	3	68	
	% del total	66,2%	29,4%	4,4%	100,0%	

Fuente: Base de Datos SPSS V. 21.

Planteamiento de Hipótesis Específica 1

Ha: Existe concordancia diagnóstica entre la citología y la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Ho: No existe concordancia diagnóstica entre la citología y la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Nivel de Significancia (Alfa)	5% = $<0,05$
Prueba Estadística	Índice de Kappa
Valor de $p = 0.000$	Kappa = 0,422

En las pacientes atendidas en el Centro Especializado Mujer se puede observar la concordancia diagnóstica entre la prueba **Citológica y Colposcópica**, en donde los datos situados en la tabla de contingencia en diagonal formada por los valores 31, 13 y 2 representan el número de mujeres en el que hay concordancia entre ambos exámenes, mientras que el resto de los números representan los casos en los que hay discordancia entre las pruebas diagnósticas. El valor del índice de Kappa de Cohen que se obtuvo fue de **0,422** lo que nos refiere una **moderada fuerza de concordancia** entre ambos diagnósticos.

Tabla 03. Concordancia diagnóstica entre citología versus histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Tabla de Contingencia Citología * Histología

			Histología				Total
			Negativo para lesión intraepitelial.	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Cáncer	
Citología	Negativo para lesión intraepitelial.	Recuento	1	11	0	0	12
		% del total	1,5%	16,2%	0,0%	0,0%	17,6%
	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Recuento	0	29	10	0	39
		% del total	0,0%	42,6%	14,7%	0,0%	57,4%
	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Recuento	0	0	11	2	13
		% del total	0,0%	0,0%	16,2%	2,9%	19,1%
	Cáncer	Recuento	0	0	0	2	2
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	2,9%
	Significado indeterminado (ASC-US)	Recuento	0	2	0	0	2
		% del total	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%
Total	Recuento	1	42	21	4	68	
	% del total	1,5%	61,8%	30,9%	5,9%	100,0%	

Fuente: Base de datos SPSS V. 21

Planteamiento de Hipótesis Específica 2

Ha: Existe concordancia diagnóstica entre la citología y la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Ho: No existe concordancia diagnóstica entre la citología y la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer, Huánuco, 2018.

Nivel de Significancia (Alfa)	5%=0,05
Prueba Estadística	Índice de Kappa
Valor de $p = 0,000$	Kappa = 0,369

En las pacientes atendidas en el Centro Especializado Mujer se puede observar la concordancia diagnóstica entre la prueba **Citológica e Histológica** en donde los datos situados en la tabla de contingencia en diagonal formada por los valores 1, 29, 11 y 2 representan el número de mujeres en el que hay concordancia entre ambos exámenes, mientras que el resto de los números representan los casos en los que hay discordancia entre las pruebas diagnósticas. El valor del índice de Kappa de Cohen que se obtuvo fue de **0,369** lo que nos refiere una **débil fuerza de concordancia** entre ambos diagnósticos.

Tabla 04. Concordancia diagnóstica entre colposcopia versus histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Tabla de Contingencia Colposcopia * Histología

			Histología				Total
			Negativo para lesión intraepitelial.	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Cáncer	
Colposcopia	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Recuento	1	38	5	0	44
		% del total	1,5%	55,9%	7,4%	0,0%	64,7%
	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado	Recuento	0	4	16	1	21
		% del total	0,0%	5,9%	23,5%	1,5%	30,9%
	Cáncer	Recuento	0	0	0	3	3
		% del total	0,0%	0,0%	0,0%	4,4%	4,4%
	Total	Recuento	1	42	21	4	68
		% del total	1,5%	61,8%	30,9%	5,9%	100,0%

Fuente: Base de datos SPSS V. 21

Planteamiento de Hipótesis Específica 3

- Ha:** Existe concordancia diagnóstica entre la colposcopia y la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.
- Ho:** No existe concordancia diagnóstica entre la colposcopia y la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.

Nivel de Significancia (Alfa)	5%=0,05
Prueba Estadística	Índice de Kappa
Valor de $p = 0,000$	Kappa = 0,678

En las pacientes atendidas en el Centro Especializado Mujer se puede observar la concordancia diagnóstica entre la prueba **Colposcópica e Histológica** en donde los datos situados en la tabla de continencia en diagonal formada por los valores 38, 16 y 3 representan el número de mujeres en el que hay concordancia entre ambos exámenes, mientras que el resto de los números representan los casos en los que hay discordancia entre las pruebas diagnósticas. El valor del índice de Kappa de Cohen que se obtuvo fue de **0,678** lo que nos refiere una **buena fuerza de concordancia** entre ambos diagnósticos

Tabla 5. Frecuencia de diagnósticos citológico, colposcópico e histológico

PRUEBA DIAGNOSTICO	CITOLOGÍA		COLPOSCOPIA		HISTOLOGÍA	
	frecuencia	%	frecuencia	%	frecuencia	%
Negativo	11	16,2	-	-	1	1,5
LIE – Bajo grado	38	55,9	45	66,2	42	61,7
LIE – Alto grado	16	23,5	20	29,4	21	30,9
Cáncer	2	2,9	3	4,4	4	5,9
ASC-US	1	1,5	-	-	-	-
Total	68	100	68	100	68	100

Fuente: Base de datos SPSS V. 21

En la tabla muestra la frecuencia de diagnóstico citológico, colposcópico e histológico, siendo el diagnóstico más frecuente la Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (LIE – BG).

4.2. Discusión de Resultados

El cáncer de cuello uterino se desarrolla lentamente a partir de lesiones precursoras y la detección temprana es tratable y curable, por lo que la detección de lesiones precancerosas es muy importante. A pesar que en nuestro país se ha puesto el esfuerzo por mejorar la detección temprana del cáncer del cuello uterino a través de la citología, no ha sido suficiente, porque no se ha podido reducir la morbimortalidad producida por esta enfermedad.

En cuanto a las edades de las pacientes, en la presente investigación se encontró que la edad más frecuente de mujeres con sospecha de lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino se encuentra entre 30 a 40 años siendo similar al estudio de Glener Armas, K. (13) donde el rango de edad más frecuente de las pacientes es de 30-49 años. Se podría decir que las mujeres contraen el virus de papiloma humano (VPH) entre la segunda y tercera década de la vida, porque se sabe que para el desarrollo a lesión graves toma más de 10 a 15 años de haber contraído la infección. En esta investigación también se ha podido observar que hay edades muy tempranas detectadas con lesiones intraepiteliales, la edad mínima fue de 22 años; se podría decir debido al precoz inicio de las relaciones sexuales y al incremento de la transmisión del VPH junto con otras ITS en muchos hombres y mujeres sexualmente activos.

Analizando la concordancia entre citología y colposcopia para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino se encontró una concordancia moderada (Kappa: 0,422) (Tabla 2). Los estudios revisados difieren en cierta forma con el nuestro, como lo encontrado en España por Begoña Cañete (14) donde se obtuvo como resultado una concordancia pobre (Kappa:0.16). Asimismo, Zari Hidalgo (18) en Lima, concluye que la citología tiene correlación pobre, siendo necesario mejorar la citología y hacer un seguimiento post tratamiento riguroso.

Como sabemos la citología (Papanicolaou) es uno de los métodos de diagnóstico más barato, rápido y fácil de realizar. Sin embargo, su valor diagnóstico acusa algunas limitaciones al compararlo con otros métodos más eficientes como la colposcopia, histología y pruebas moleculares.

Con estos resultados se resalta la importancia del estudio de tamizaje citológico junto con el colposcópico como protocolo diagnóstico, que evita falsos negativos de la citología cervicovaginal.

La concordancia entre la citología e histología para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino fue débil (Kappa: 0.369) (Tabla 3). Existen estudios que coinciden con este resultado como el de Glenner Armas K. (13) donde concluyó una concordancia débil (0, 388). Similar resultado encontró Gago Espinoza en Managua () que señala que la correlación entre PAP y biopsia es baja, sin embargo, es buena para detectar lesiones de alto grado.

Estos resultados discordantes con la histología (prueba Gold estándar), pueden deberse a mal procesamiento de la muestra, a mala interpretación citológica (mala visualización por inflamación, infecciones, déficit de la lectura, traslado de la muestra y subjetividad diagnóstica), que varía dependiendo del profesional capacitado en tomar muestras de acuerdo a las normas estandarizadas o también a la paciente que no cumple con los requisitos necesarios para una buena toma de la muestra.

Otra causa asociada a las discordancias es el progreso de la enfermedad, el tiempo desde la toma de muestra citológica hasta la obtención de la muestra histológica de la misma paciente no tratada. El tiempo es un factor predisponente a la obtención de resultados discordantes analizados en este trabajo, puesto que muchas pacientes que acudieron a la toma citológica se

sometieron en su mayoría a la intervención quirúrgica para la obtención histológica meses después de su estudio de *screening* previo, entonces los casos citológicos reportados como LEIB, fueron diagnosticados como NIC II/III. También existe discordancia cito-histológicas cuando hay diferencia de interpretación, lo cual conlleva a una mala elección de tratamiento, ocasionando un tratamiento intensivo en caso de una sobre estimación diagnóstica que vista desde el punto clínico sería el ideal dentro de los casos de error diagnóstico, muy por el contrario a un reporte sub estimado ya que este no requeriría de una acción terapéutica contra la enfermedad que silenciosamente progresaría conllevando en un peor panorama al cáncer mismo.

Respecto a la concordancia encontrada entre colposcopia y la histología para lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino, esta fue buena (Kappa:0.678) (Tabla 4). Resultados similares encontró Ramírez López V. (Lima-2016) donde se concluye como resultado una concordancia buena (Kappa:0.823), entonces cabe mencionar los estudios de Armas K. Glener (Trujillo) que nos indica que la colposcopia detecta con mayor facilidad lesiones precursoras, lo cual ~~nos dice~~ significa que es la más acertada y confiable, considerada la prueba Gold estándar, por ello su importancia como prueba diagnóstica es superior a la citología.

Se evidencia que tanto en los diagnósticos citológicos, colposcópicos e histológicos la mayoría de lesiones encontradas corresponden a lesiones intraepiteliales de bajo grado, fue 55,9 % en citología, 66,2 % en colposcopia y 61,7 % en histología; se deduce que en el Centro Especializado Mujer se están detectando más las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, permitiendo dar a tiempo un tratamiento y hacer un buen seguimiento por personal calificado.

CONCLUSIONES

- La concordancia diagnóstica entre la citología y la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer fue moderada (índice de Kappa: 0.422).
- La concordancia diagnóstica entre la citología e histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer fue débil (índice de Kappa: 0.369).
- La concordancia diagnóstica entre la colposcopia e histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer fue buena (índice de Kappa: 0.678).
- Las edades más frecuentes de mujeres atendidas en el Centro Especializado Mujer fueron de 30 a 40 años.
- El diagnóstico más frecuente en citología, colposcopia e histología es la lesión intraepitelial de bajo grado (LIE – Bajo Grado) con un porcentaje en citología de 55,9 %, en colposcopia de 66,2 % y en histología de 61,7 % del total de 68 pacientes.

RECOMENDACIONES

- Al Centro Especializado Mujer: Desarrollar programas y/o talleres de formación y capacitación para el personal de salud (médicos patólogos, cito tecnólogos) que intervienen en los procesos de obtención del material de estudio, así como la lectura de los extendidos citológicos (*screening*) e histológicos (Gold estándar) del cuello uterino.
- A los alumnos de la Facultad de Obstetricia: Se exhorta incrementar la práctica de la toma correcta de Papanicolaou con los protocolos estandarizados.
- Proponemos que en los programas de promoción, prevención y detección temprana de cáncer cuello uterino de todos los establecimientos de salud (ESSALUD – MINSA) se incorpore el tamizaje citológico y colposcópico como protocolo diagnóstico, puesto que la citología normal no excluye la posibilidad que exista una infección por el VPH, evitando los falsos negativos de la citología cérvico vaginal sola.
- Al personal capacitado: Se recomienda hacer énfasis en la técnica correcta de la toma de frotis cérvico vaginal y en su adecuada lectura a fin de obtener una menor cantidad de falsos negativos.
- Se recomienda hacer una revisión exacta de las pruebas previas de cada paciente antes de someterla a procedimiento alguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <https://www.paho.org.OPS/OMS> Cáncer Cervicouterino
2. Flores-Alatraste JD, Saldívar-Gutiérrez y col. Tasa de infección por virus del papiloma humano diagnosticada mediante visualización directa con ácido acético y lugol en pacientes del área rural. Gineco/Obstet. México, 2015. Pág: 429-436.

Citado por: Abanto Millones Jessica Cira, Inspección visual con ácido acético y Papanicolaou en la detección de lesiones intraepiteliales de alto grado del cuello uterino en pacientes de cuidate consultorios especializados - La victoria enero - diciembre 2015.
3. Alonso de Ruiz P, Lazcano EC, Hernández M (2000). Cuello uterino normal. En Cáncer cervicouterino: Diagnóstico, prevención y control. Editorial Panamericana 2da edición. México.

Citado por: Huarcaya Damiano Y, Vásquez Tafur D. Correlación citohistológica de anomalías cervico-uterinas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé – 2016.
4. Torné A, Cusidó M, Alameda F, Andia D, Cortés J, et al. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero. Rev Esp Patol. 2014; 47(1):1-43. Disponible en: <https://www.seap.es>> get_file.
5. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásica. Guías de Práctica clínica de cáncer de cuello uterino. Ministerio de salud del Perú; 2011. Disponible en: bvs.minsa.gob.pe>MINSAs.
6. Ministerio de Salud. Guía de Práctica clínica para la prevención y manejo del cáncer del cuello uterino. Plan Nacional de Prevención y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Lima .2017. Disponible en: bvs.minsa.gob.pe
7. Ramos W, Venegas D, Medina J, Guerrero P, Cruz A. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013. Lima Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. Disponible en: www.dge.gob.pe.

8. Rojas Mendoza G, Córdova Uscanga C, Paulín J. Evaluación del estudio de Papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical en la Unidad Especial Centro de Apoyo Diagnóstico San Rafael. *Rev Esp Med Quir* 2012; 17(2):76-80. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>.
9. Sarduy M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2009; 35(1). Disponible en: scielo.sld.cu >scielo.
10. Mendoza B, González E, Erosa M. Correlación colpohistopatológica como indicador de calidad de la colposcopia. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(10):587-96. Disponible en: <https://www.medigraphic.com>>pdfs.
11. Asotic A, Taric S, Asotic J. Correlation of Cervical Smear and Pathohistological Findings. *Med Arh*. (2014), [cited July 07, 2016]; 68(2): 106-9.
12. Gago Espinoza IG. Correlación Cito-colposcópica e Histopatológica de Lesiones Pre e invasivas de Cuello Uterino en las pacientes que acuden a la Consulta Ginecológica del Centro de Salud Francisco Morazán, Managua. 2015. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Managua. 2017. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/7447/&ved>.
13. Glener K. Nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino. Hospital Regional Docente de Trujillo. 2010 – 2013. (Tesis de grado). Universidad Nacional de (Trujillo, 2014). Disponible en: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1029&ved>.
14. Cañete. B. Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix: correlación entre citología, colposcopia y biopsia. *Revista Española de Patología*. 2017 octubre; 1(1). Disponible en: <https://medes.com/publication/124295&ved=2ahUKEwjXnuD4>.
15. Almaras Arias, L. Concordancia diagnóstica cito-colposcópica según la histopatología cervical en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, año 2016. (tesis

- pregrado) Universidad Privada San Juan Bautista (Lima, 2018). Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1530/T>.
16. Huayhua Guevara S. Hallazgos de citología, colposcopia y biopsia de cérvix en mujeres con sospecha de lesión precursora de neoplasia cervical en Essalud - Cajamarca en el año 2015-2016. Para obtener el título de Médico Cirujano, Universidad Nacional De Cajamarca. (Cajamarca, 2017). Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC>.
 17. Ramírez López, V. “Correlación citológica, colposcópica e histológica en lesiones pre malignas del cuello uterino Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz 2014” Tesis para optar grado de maestra en medicina con mención en ginecología y obstetricia, Universidad San Martin de Porres. (Lima, 2016). Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe>.
 18. Zari Hidalgo CE. Correlación entre citología, colposcopia e histopatología en pacientes con lesiones cervicales sometidas a conización, Hospital Nacional Dos de Mayo. 2016. Tesis para optar el grado de médico cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle>.
 19. Bocanegra Flores KA. Grado de confiabilidad de las pruebas de Tamizaje PAP e IVAA en comparación con las Muestras Anatomopatológicas - biopsia, para la Identificación de lesiones precancerosas del Cuello uterino en mujeres en edad fértil Atendidas en el Hospital Amazónico. 2015. Tesis para optar el grado de obstetra. Universidad Nacional De San Martin. Pucallpa, 2015. Disponible en: <http://tesis.unsm.edu.pe/handle/11458/1354&ved=2ahUKEwj1186J>.
 20. American Cancer Society. Datos y Estadísticas sobre el Cáncer entre los Hispanos/Latinos 2012 – 2014. Atlanta: Sociedad Americana contra el cáncer. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/investigación/datos-y-estadísticas-sobre>.
 21. World Health Organization - International Agency for Research on Cancer. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. Lyon: OPS. 2014. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman.

22. Schiffman M, Solomon D. Clinical practice. Cervical-cancer screening with human papillomavirus and cytologic cotesting. *N Engl J. Med* 2013; 369:2324–31. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.gov/m/pubmed/2428466&ved=2ahUKEwjv1PT>
23. Moreno M. Correlación cito-colpo-histológica de lesiones causadas por el virus del papiloma humano (HPV) y la utilidad de la técnica de PCR para determinar la infección por HPV. *Hosp. Aeronaut Cent.* 2013; 8(1): 39-40. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.
24. Castellsagué X, Iftner T. Prevalence and genotype distribution of human papillomavirus infection of the cervix in Spain: the CLEOPATRE Study. *J. Med Virol.* 2012;84:947-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/22499018/>.
25. Brankovic I, Verdonk P, Klinge I. Applying a gender lens on human papillomavirus infection: cervical cancer screening, HPV DNA testing, and HPV vaccination. *Int J Equity Health.* 2013; 12:14. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23394214&ved=2ahUKEwjhoZ>
26. Moyer VA. Preventive Services Task Force. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012; 156:880–91, W312. Disponible en: <https://annals.org/aim/ful/article/1183214&ved=2ahUKEwir7SV>.
27. Cervical cancer screening and prevention. Practice Bulletin No. 157. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;127: E1–20. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/26695583&2ahUKEwiFrbi>
28. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 2012; 62:147–72. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/224226631&ved=2ahUKEwjkt73>.

29. Kulasingam SL, Havrilesky L, Ghebre R, Myers ER. Screening for cervical cancer: a decision analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ publication no. 11-05157-EF-1. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.gov/books/NBK92546/&ved=2ahUKEwib4KbM>.
30. Sawaya GF, Kulasingam S, Denberg TD, Qaseem A. Clinical Guidelines Committee of American College of Physicians. Cervical cancer screening in average-risk women: best practice advice from the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2015; 162:851–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25928075&ved=2ahUKEwj5ib>.
31. Massad LS, Einstein MH, Huh WK, Katki HA, Kinney WK, Schiffman M, et al. updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 829-46. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23519301&ved=2ahUKEwiF-My>
32. Management of abnormal cervical cancer screening test results and cervical cancer precursors. Practice Bulletin N° 140. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 1338-67. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/2464713&ved=2ahUKEwj-9s>.
33. Queiro VQ, Puñal RP. Métodos automatizados de lectura de citología cervical uterina. *avalía-t* Núm. Galicia: 2013. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia>.
34. Cordero Martínez J. Nomenclatura y diagnóstico de las lesiones intraepiteliales cervicales. Hospital General Docente “Leopoldito Martínez” San José de Las Lajas. *Rev de Ciencias Médicas La Habana* 2006; 12 (1). Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/220>.
35. Vela LO, Soler HE. Estrategia educativa para la toma de citología cervical. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc* 2011;19 (1): 29-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2011>.

36. Sánchez GM, Calderón RM. Et al. Racionalización del cribado HPV: Tipificación HPV en patología cervical. 2013. Disponible en: <https://studylib.es/doc/6198358/racionalizaci%25C%25B3n-del>.

Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003913>.
37. Bornstein J, J Bentley, Bosze P. Nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFCPC 2011. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. Universidad de Guadalajara. 2012. Pág. 166-172. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2012/tgi127f>.
38. Estrada NL. Sistema Bethesda, diez años después. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior 2011; III (6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin>.

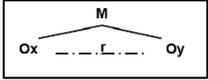
ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CONCORDANCIA DIAGNOSTICA CITOLOGICA, COLPOSCOPICA Y HISTOLOGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER, HUANUCO – 2018”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGIA	
<p>General: ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer? Huánuco, 2018.</p> <p>Específicos: - ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en</p>	<p>General: Determinar el nivel de concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.</p> <p>Específicos: Identificar en nivel de concordancia diagnostica entre la citología versus la colposcopia en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en</p>	<p>Hi: Existe concordancia diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.</p> <p>Ho: No existe concordancia</p>	<p>Independiente</p> <p>-Citología -Colposcopia -Histopatología</p> <p>Dependiente</p> <p>-Lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino</p>	<p>-ASC-US -Negativo -Lesión escamosa bajo grado -Lesión escamosa alto grado -Cáncer -Hallazgos colposcópicos intraepitelial bajo grado -Hallazgos colposcópicos intraepitelial alto grado -Cáncer</p>	<p>Tipo de estudio -Según el tiempo de recurrencia de los hechos es retrospectivo. -Según el periodo y secuencia del estudio es transversal. -Según el análisis y alcance de los estudios es observacional descriptivo.</p>	<p>Población: Todas las pacientes que se atendieron en el Centro Especializado Mujer entre enero y diciembre del 2018 que fueron sometidas a Papanicolaou, colposcopia y biopsia.</p>

<p>el Centro Especializado Mujer? Huánuco, 2018? ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer? Huánuco, 2018. - ¿Cuál es el nivel de concordancia diagnóstica entre la colposcopia versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer? Huánuco, 2018.</p>	<p>el Centro Especializado Mujer. Huánuco 2018. -Identificar el nivel de concordancia diagnóstica entre la citología versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018. -Identificar el nivel de concordancia diagnóstica entre la colposcopia versus la histología en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.</p>	<p>diagnóstica citológica, colposcópica e histológica en lesiones precursoras y malignas de cáncer de cuello uterino en el Centro Especializado Mujer. Huánuco, 2018.</p>		<p>-Neoplasia intraepitelial cervical (NIC I) -Neoplasia intraepitelial cervical (NIC II) -Neoplasia intraepitelial cervical (NIC III) ASC-US LIE de bajo grado (NIC I) LIE de alto grado (NIC II) LIE de alto grado (NIC III) Carcinoma en situ Carcinoma epidermoide Adenocarcinoma</p>	<p>Diseño de la Investigación: Diseño no experimental descriptivo correlacional. Esquema: </p>	<p>Muestra: Por tratarse de una población pequeña, se tomó en cuenta para el estudio a la totalidad de la población (población muestral). Siendo un total de 68 pacientes. Técnica: Análisis de contenido. Instrumento: Ficha clínica</p>
--	---	---	--	--	---	--

ANEXO 02

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"
FACULTAD DE OBSTETRICIA



FICHA CLÍNICA

TÍTULO DEL PROYECTO: "CONCORDANCIA DIAGNOSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCOPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018"

1. DATOS GENERALES:

Edad:

2. DATOS DE DIAGNÓSTICO:

Reporte citológico:

1. NEGATIVO (...) 2. LIE de bajo grado (...)
3. LIE de alto grado (...) 4. Cáncer (...) 5. ASC-US (...)

Reporte colposcópico:

1. NEGATIVO
2. Hallazgos colposcópicos a LIE de bajo grado (...)
3. Hallazgos colposcópicos a LIE de alto grado (...)
4. Hallazgos colposcópicos a Cáncer (...)

Reporte de histología (Biopsia):

1. NEGATIVO (...) 2. NIC I (...)
3. NIC II - NIC III (...) 4. Cáncer (...)

ANEXO 03

AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Huánuco, 10 de agosto del 2019.

CARTA N° 01 – 2019 – GG/ESB - CEM

DRA. MARI LUISA MAQUE PONCE

DECANA DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA DE LA UNHEVAL

PRESENTE. -

ASUNTO: AUTORIZACION PARA EJECUCION DE PROYECTO DE TESIS.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente a la vez informarle que en virtud al oficio presentado se autoriza la ejecución del proyecto de investigación titulado "CONCORDANCIA DIAGNOSTICA CITOLOGICA, COLPOSCOPICA E HISTOLOGICA EN LESIONES PRESURSORAS Y MALIGNAS DE CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUANUCO, 2019", cuya recolección de datos se realizará en el mes de agosto del presente año.

Esperando cumplir con lo solicitado.

ATENTAMENTE.

SANTAMARIA
CENTRO DE DIAGNOSTICO DE ANATOMIA PATOLOGICA Y CITOLOGIA
[Firma]
Dra. Eddie Santamaría Bedoya
ANATOMO - PATOLOGA
C.M.P. 65808 - R.N.E. 33331

GERENTE GENERAL DEL
CENTRO ESPECIALIZADO MUJER

ANEXO 04

RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



"Año de la Lucha contra la corrupción y la impunidad"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"- HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN N° 280-2019-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 02 de Julio del 2019

VISTO:

La solicitud N° 0485500 de fecha 01.JUL.19 presentado por las alumnas Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA;

CONSIDERANDO:

Que, con Resolución N°233-2019-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 05.JUN.2019 se aprobó como exclusividad el título de Proyecto de Investigación: "CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018", de las alumnas Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA;

Que, mediante Resolución N°101-2018-UNHEVAL/FOBST-D de fecha 27.MAR.2018 se nombró a la Dra. Nancy Elizabeth CASTAÑEDA EUGENIO como Asesora de Tesis de las alumnas Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA, para la elaboración de su Proyecto de Investigación, así como la orientación de su desarrollo;

Que, con Informe N°003-2019-FOBST-NECE-AT, de fecha 20.MAY.2019 la Dra. Nancy Elizabeth CASTAÑEDA EUGENIO, asesora de las alumnas Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA, informa que se ha concluido con la asesoría del proyecto de tesis titulado: "CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018", presentada por las alumnas en mención;

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA, presentaron un (01) ejemplar del Proyecto de Tesis arriba indicado para su aprobación;

Que, con Informe N°003-MRN-JE-FOBST-UNHEVAL-2019 de fecha 28.JUN.2019, la Mg. María Elena RAMOS NAVARRO y con Informe N°006- ICFIS-UNHEVAL-2019-C.AdHoc de fecha 19.JUN.2019, la Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ, Comisión Revisora Ad Hoc del Proyecto de Tesis titulado: "CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018", de las alumnas de la Facultad de Obstetricia, Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA, indican que se encuentra APTA para su aprobación y ejecución;

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad, en su Capítulo IV de la modalidad de la tesis, Art. 18° dice: Emitida la Resolución de Decanato, el alumno(a) procederá a desarrollar su Proyecto de Tesis en un tiempo mínimo de sesenta (60) días hábiles. Si no lo desarrollara en un plazo de catorce meses, debe presentar un nuevo Proyecto de Tesis, y

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **APROBAR** el Proyecto de Tesis titulado: "CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018" de las alumnas Treisi Irene ROMERO PAREDES y Evelyn Josefina PEÑA AGAMA, asesorado por la Dra. Nancy Elizabeth CASTAÑEDA EUGENIO.
- 2° **INSCRIBIR** el Proyecto indicado en el libro correspondiente de la Unidad de Investigación de la Facultad, guardándose dicha inscripción por un año contados a partir del 28.JUN.2019.
- 3° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a la interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD OBSTETRICIA

.....
Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA

DISTRIBUCIÓN:
DUI, asesora, interesado y archivo.
Sec/CPH

ANEXO 05

RESOLUCIÓN DE ASESOR DE TESIS



"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"
UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN" - HUÁNUCO
FACULTAD DE OBSTETRICIA



RESOLUCIÓN 101-2018-UNHEVAL/FOBST-D.

Huánuco, 27 de marzo de 2018.

VISTO:

La solicitud N° 0391550, con registro N° 257 de fecha 15.ENE.2017;

CONSIDERANDO:

Que, las alumnas de la Facultad de Obstetricia PEÑA AGAMA Evelyn Josefina y ROMERO PAREDES Treisi Irene, solicitan nombramiento del Asesor de Tesis";

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo IV de la Modalidad de Tesis, Art. 14° señala: "El alumno que va a obtener el título profesional por la modalidad de tesis debe presentar (...), solicitando al Decano de la Facultad el nombramiento de un Asesor de Tesis (...);

Que, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la UNHEVAL, Capítulo V del Asesor de Tesis, Art. 29° señala: "El asesor deberá trabajar conjuntamente con el alumno para planificar el proceso de asesoría, esto es, clarificar los propósitos de la asesoría y elaborar la estrategia de trabajo, la lista de actividades a realizar, el cronograma para cumplir dichas actividades y el sistema de verificación de logros. Además definirá un compromiso de trabajo que deberá cumplirse de acuerdo a lo pautado. En resumen, es el responsable del contenido y calidad de la tesis", y;

Estando a las atribuciones conferidas a la Señora Decana de la Facultad de Obstetricia, mediante Resolución N° 052-2016-UNHEVAL-CEU, de fecha 26 de agosto de 2016;

SE RESUELVE:

- 1° **NOMBRAR** a la **Dra. Nancy CASTAÑEDA EUGENIO, Asesora de Tesis** de las alumnas **PEÑA AGAMA Evelyn Josefina y ROMERO PAREDES Treisi Irene**, para la orientación y asesoramiento en el desarrollo del Trabajo de investigación.
- 2° **DAR A CONOCER** la presente Resolución a los órganos correspondientes y a las interesadas.

Regístrese, comuníquese y archívese.

Distribución:

Asesor
Interesado
Archivo
MMP/mgr

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE OBSTETRICIA

Dra. Mary L. Maque Ponce
DECANA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los 19 días del mes de Noviembre de 2019, siendo las 10⁰⁰ Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: "**CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018**", presentado por la bachiller **Evelyn Josefina PEÑA AGAMA**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

Presidente : Dra. Digna Amabilia MANRRIQUE DE LARA SUAREZ
Secretaria : Obst. María Elena RAMOS NAVARRO
Vocal : Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ
Accesitaria : Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

03 Papeleta (S) APROBADOS
1 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: 18 y cualitativa de: Muy Buena

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

Dra. Digna A. MANRRIQUE DE LARA SUAREZ
PRESIDENTE

Obst. María Elena RAMOS NAVARRO
SECRETARIA

Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ
VOCAL

Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA

Asesora: Dra. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En la ciudad de Huánuco, a los19..... días del mes de *Noviembre* de 2019, siendo las10⁰⁰..... Horas, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos, se reunieron en la Sala de Conferencia de la Facultad de Obstetricia, los miembros integrantes del Jurado examinador de la Sustentación de Tesis Titulada: **"CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018"**, presentado por la bachiller **Treisi Irene ROMERO PAREDES**, para obtener el **TÍTULO DE OBSTETRA**, estando integrado por los siguientes docentes:

- Presidente : Dra. Digna Amabilia MANRRIQUE DE LARA SUAREZ
- Secretaria : Obst. Maria Elena RAMOS NAVARRO
- Vocal : Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ
- Accesitaria : Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA

Finalizado el acto de Sustentación los Miembros del Jurado procedieron a calificar, efectuándose la votación con el siguiente resultado:

.....03..... Papeleta (S) APROBADOS
 Papeleta (S) DESAPROBADOS

Con nota cuantitativa de: *18* y cualitativa de: *Muy Buena*

Con lo que se dio por concluido el acto de graduación.

En fe, de lo cual firmamos.

 Dra. Digna A. MANRRIQUE DE LARA SUAREZ
PRESIDENTE

 Obst. Maria Elena RAMOS NAVARRO
SECRETARIA

 Dra. Ibeth Catherine FIGUEROA SANCHEZ
VOCAL

 Dra. María del Pilar MELGAREJO FIGUEROA
ACCESITARIA

Asesora: Dra. Nancy Elizabeth Castañeda Eugenio

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN	UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN	 REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES	RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
			OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	1 de 2

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE PREGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos de los autores de la tesis)

Apellidos y Nombres: PEÑA AGAMA, Evelyn Josefina

DNI: 71063998 Correo electrónico: evelyn_epa18@hotmail.com

Teléfonos: Celular 928711934

Apellidos y Nombres: ROMERO PAREDES, Treisi Irene

DNI: 72125604 Correo electrónico: treisiromeroparedes@gmail.com

Teléfonos: Celular 917291647

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Pregrado
Facultad de Obstetricia
Escuela Profesional de Obstetricia

Título Profesional obtenido: OBSTETRA

Título de la tesis:

"CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA CITOLÓGICA, COLPOSCÓPICA E HISTOLÓGICA EN LESIONES PRECURSORAS Y MALIGNAS DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL CENTRO ESPECIALIZADO MUJER. HUÁNUCO, 2018"

Tipo de acceso que autoriza(n) el (los) autor(es):

Marcar "X"	Categoría de Acceso	Descripción del Acceso
X	PÚBLICO	Es público y accesible al documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, más no al texto completo

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN		REGLAMENTO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR GRADOS ACÁDEMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES			
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN		RESPONSABLE DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UNHEVAL	VERSION	FECHA	PAGINA
		OFICINA DE BIBLIOTECA CENTRAL	0.0	06/01/2017	2 de 2

Al elegir la opción "Público", a través de la presente autorizo o autorizamos de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que con dicha autorización cualquier tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya(n) marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el período de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

- () 1 año
- () 2 años
- () 3 años
- () 4 años

Luego del período señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasará a ser de acceso público.

Cayhuayna, 20 de noviembre del 2019.



PEÑA AGAMA, Evelyn Josefina
71063998
AUTORA 1



ROMERO PAREDES, Treisi Irene
72125604
AUTORA 2