

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LESIONES
PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CÉRVIX EN PACIENTES DEL
HOSPITAL AMAZÓNICO DURANTE EL PERIODO 2014 AL 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

ERIKA VANESSA JEAN LÓPEZ

PUCALLPA - PERÚ

2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

En Pucallpa, a los 09 días del mes de MARZO del dos mil veintiuno, siendo las 14^h horas, y de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunieron en los ambientes de la Sala de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, los miembros del Jurado Calificador de Tesis, para proceder con la evaluación de la tesis denominada **“CARACTERÍSTICAS HISTOPALÓGICAS DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CERVIX EN PACIENTES DEL HOSPITAL AMAZONICO DURANTE EL PERIODO 2014 AL 2018”**, elaborado por la Bachiller **ERIKA VANESSA JEAN LOPEZ**.

El Jurado Calificador de Tesis está conformado por los siguientes docentes:

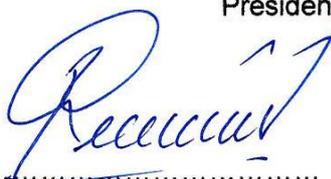
Dr. WALTER ROMAN LEVEAU BARTRA	(Presidente)
M.C. RAUL CARRION VILLAZANA	(Miembro)
Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA	(Miembro).

Finalizado el acto de sustentación, luego de deliberar el Jurado y verificar los calificativos, se obtuvo el siguiente resultado de APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo de BUENOS (15). Quedando la sustentante graduado como Médico Cirujano, para que se le expida el TITULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO.

Pucallpa, 09 de MARZO del 2021.



 Dr. Walter Roman Leveau Bartra
 Presidente del Jurado Evaluador



 M.C. Raúl Carrión Villazana
 Miembro del Jurado Evaluador



 Dr. Arturo Rafael Heredia
 Miembro del Jurado Evaluador



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



ESTA TESIS FUE APROBADA POR LOS MIEMBROS DEL JURADO CALIFICADOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI.

.....
Dr. WALTER ROMAN LEVEAD BARTRA
Presidente del Jurado Evaluador

.....
M.C. RAUL CARRION VILLAZANA
Miembro del Jurado Evaluador

.....
Dr. ARTURO RAFAEL HEREDIA
Miembro del Jurado Evaluador

.....
M.C. REINALDO GENARO MITMA VASQUEZ
ASESOR DE TESIS

.....
BACH. ERIKA VANESSA JEAN LOPEZ
TESISTA



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL**

CONSTANCIA

ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION

SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N° V/019-2020

La **Dirección General de Producción Intelectual**, hace constar por la presente, que el Informe Final (Tesis), Titulado:

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS DE LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CERVIX EN PACIENTES DEL HOSPITAL AMAZÓNICO DURANTE EL PERIODO 2014 AL 2018.

Cuyo autor (es) : **JEAN LOPEZ, ERIKA VANESSA**

Facultad : **Medicina Humana**

Escuela Profesional : **Medicina Humana**

Asesor(a) : **Dr. Mitma Vásquez, Reinaldo Genaro**

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 07%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: **SI** Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que **SI** se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se entrega la presente constancia.

Fecha: 22/06/2020



Dra. DINA PARI QUISPE
Dirección General de Producción Intelectual

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS
REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Erika Vanessa Jean Lopez
Autor de la TESIS titulada:
“ Características Histopatológicas De Lesiones Premalignas Y
Malignas Del Cervix En Pacientes Del Hospital Amazonico
Durante el Periodo 2014 al 2018”.

Sustentada el año: 2021.
Con la asesoría de: H.C. Reinaldo Genaro Rötma Ucoquez.
En la Facultad de: Medicina Humana.
Carrera Profesional de: Medicina Humana.

Autorizo la publicación:

PARCIAL Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar **si su tesis o documento presenta material patentable**, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la **tesis es una creación de mi autoría** y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, **me** hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali y del Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 09 / 03 / 2021

Email: erivajejan123@gmail.com

Firma: 

Teléfono: 992 305 505

DNI: 42513438

DEDICATORIA

A mis padres Laura Reátegui Doñez y
Alejandro Jara Iturri.

A mis amigos y a todas las mujeres, víctimas
del cáncer de cérvix que no se encuentran
aquí con nosotros.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirme llegar hasta donde estoy ahora.

A mis padres Laura Reátegui Doñez y Alejandro Jara Iturri, por mi formación, por su gran amor y por el apoyo durante todos estos años.

A mi pareja, por su apoyo incondicional y su compañía.

A mi asesor Dr. Reynaldo Mitma Vásquez, por el apoyo brindado.

PORTADA

1.1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“Características histopatológicas de lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018”.

1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Ciencias de la Salud – Ginecología y Salud Reproductiva.

1.3. AUTOR

Erika Vanessa Jean López
Bachiller de la Facultad de Medicina Humana – UNU.

1.4. ASESOR

Dr. Reynaldo Genaro Mitma Vásquez
Docente de la Facultad de Medicina Humana – UNU. Médico Ginecólogo.

1.5. INSTITUCIONES QUE FINANCIAN

Ninguno.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
PORTADA.....	viii
ÍNDICE.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
RESUMEN.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
INTRODUCCIÓN.....	xvi
CAPÍTULO I: PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Objetivo General y Específicos.....	4
1.4. Justificación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.2. Bases teóricas.....	11
2.3. Hipótesis.....	16
2.4. Variables de estudio.....	16
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
3.1. Ámbito de estudio.....	19
3.2. Tipo de investigación.....	19
3.3. Nivel de Investigación.....	19
3.4. Método de Investigación.....	19
3.5. Diseño de investigación.....	19
3.6. Población, Muestra, Muestreo.....	19
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.8. Procedimiento de recolección de datos.....	20

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	20
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	21
4.1. Presentación de Resultados.....	21
4.2. Discusión.....	32
CONCLUSIONES.....	34
RECOMENDACIONES.....	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	36
ANEXO.....	40

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Biopsias de cérvix en relación al total de biopsias procesadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	21
Tabla 2. Biopsias de cérvix positivas y negativas para lesiones premalignas y malignas según año realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	22
Tabla 3. Tipo de lesiones premalignas y malignas en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	23
Tabla 4. Tipo de lesiones premalignas según clasificación sil (lesión escamosa intraepitelial) en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	24
Tabla 5. Tipos de lesiones malignas en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	25
Tabla 6. Tipo de carcinoma de células escamosas según invasión en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	26
Tabla 7. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones premalignas del cérvix en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	27
Tabla 8. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones malignas, en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	28
Tabla 9. Pacientes con histología positiva según edad atendida en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	29
Tabla 10. Pacientes con histología positiva según número hijos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	30

Tabla 11.	Pacientes con histología positiva según número abortos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	31
------------------	---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Tipo de lesiones premalignas y malignas en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	23
Gráfico 2. Tipo de lesiones premalignas según clasificación sil (lesión escamosa intraepitelial) en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	24
Gráfico 3. Tipos de lesiones malignas en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	25
Gráfico 4. Tipo de carcinoma de células escamosas según invasión en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	26
Gráfico 5. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones premalignas del cérvix en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	27
Gráfico 6. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones malignas, en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	28
Gráfico 7. Pacientes con histología positiva según edad atendida en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	29
Gráfico 8. Pacientes con histología positiva según número hijos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	30
Gráfico 9. Pacientes con histología positiva según número abortos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.....	31

RESUMEN

El cáncer de cérvix afecta desproporcionadamente a mujeres en países en desarrollo con sistemas de tamizaje más débiles. La mayoría de los casos son diagnosticados en estadios avanzados. En Ucayali el cáncer de cérvix es una patología frecuente. Objetivo: Identificar las características histopatológicas de lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018. Métodos: Se realizó un estudio relacional de diseño descriptivo, retrospectivo y transversal, realizado a través de datos de lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018. La población estudiada fueron todas las mujeres que asistieron al departamento de ginecología y/o obstetricia. La muestra estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix que tengan información completa y haya sido atendidas en el Hospital Amazónico. Resultados: En los 5 años de estudio 2014 al 2018 se procesaron 14006 biopsias de las cuales, el 4.49% (629) fueron de cérvix, de estas biopsias estudiadas entre el 85 al 89% fueron positivas para lesiones premalignas y malignas. Entre las lesiones premalignas tenemos al NIC1 con 62.5% (50), al NIC2 16.25%(13) y NIC3 10%. Según la clasificación SIL (lesión escamosa intraepitelial): L SIL 70.42% (50) y H SIL 29.58%. Además, se observó, atipia coliocítica, atipia nuclear y metaplasia escamosa entre el 98 a 100% de todas las lesiones premalignas. En relación a las lesiones malignas, predomina el carcinoma de células escamosas, con el 88.8% de las lesiones malignas y el adenocarcinoma llega al 11.2% de las lesiones malignas. El tipo de cáncer de células escamosas predominantemente fue el invasor que suma el 75% y el otro 25% fue el microinvasor. La necrosis y la atipia nuclear se observa en el 100% de las lesiones malignas. El grupo etario más afectado fue entre 30 a 49 años con el 63%, y el 41% tuvieron entre 1 y dos hijos y el 50% tuvieron abortos. Conclusión: Por lo expuesto, el cáncer de cuello uterino es una amenaza para la salud de las mujeres peruanas y sus familias; y, por tanto, un problema de salud pública.

Palabras Clave: Lesiones premalignas y malignas del cérvix, cáncer de cérvix.

ABSTRACT

Cervical cancer disproportionately affects women in developing countries with weaker screening systems. Most cases are diagnosed in advanced stages. In Ucayali cervical cancer is a frequent pathology. Objective: To identify the histopathological characteristics of premalignant and malignant lesions of the cervix in patients of the Amazon Hospital during the period 2014 to 2018. Methods: A descriptive, retrospective and cross-sectional design study was conducted, using data from premalignant and malignant lesions of the cervix in patients of the Amazon Hospital during the period 2014 to 2018. The population studied were all women who attended the department of gynecology and / or obstetrics. The sample is made up of all patients diagnosed with cervical cancer who have complete information and have been treated at the Amazon Hospital. Results: In the 5 years of study 2014 to 2018, 14006 biopsies were processed, of which 4.49% (629) were of the cervix, of these biopsies studied between 85 and 89% were positive for premalignant and malignant lesions. Among the premalignant lesions we have IAS1 with 62.5% (50), IAS2 16.25% (13) and IAS3 10%. According to the SIL classification (intraepithelial squamous lesion): L SIL 70.42% (50) and H SIL 29.58%. In addition, it was observed, coilocytic atypia, nuclear atypia and squamous metaplasia between 98 to 100% of all premalignant lesions. In relation to malignant lesions, squamous cell carcinoma predominates, with 88.8% of malignant lesions and adenocarcinoma reaching 11.2% of malignant lesions. The type of squamous cell cancer predominantly was the invader that adds up to 75% and the other 25% was the microinvasor. Necrosis and nuclear atypia is observed in 100% of malignant lesions. The most affected age group was between 30 and 49 years old with 63%, and 41% had between 1 and two children and 50% had abortions. Conclusion: Due to the above, cervical cancer is a threat to the health of Peruvian women and their families; and, therefore, a public health problem.

Keywords: Premalignant and malignant lesions of the cervix, cervix cancer.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias malignas de aparato reproductor (cérvix, ovario y cuerpo de útero) se incluyen dentro de las 10 primeras causas de cáncer en la mujer, con algunas variaciones en dependencia del área o región que se analice, solo superadas por el cáncer de mama, pulmón y colorrectal, mientras que otras localizaciones como vulva y vagina reportan valores bien distantes de las primeras localizaciones aunque con tendencia al ascenso en los últimos años con extensión de la infección por el virus del papiloma humano (HPV). A nivel global, el 80% de los 471 mil casos nuevos y 233 mil defunciones que ocurrieron en el mundo por esta causa se produjeron en países subdesarrollados, hecho corroborado por un artículo de la OMS de abril de 2009 en el que se señala que mientras la incidencia de cáncer invasor en países con programas de tamizajes es de 92,3 por 100 mil mujeres, en aquellos que no cuentan con tales intervenciones la incidencia se eleva a 257,2 casos. Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer en el 2006 se diagnosticaron en el mundo 493 mil nuevos casos de cáncer cervical en el mundo, con una prevalencia de 1,4 millones de casos y 273 mil defunciones, el 80% de ellos en el Sur y Sudeste Asiático, el África Sub-sahariana y Latinoamérica. En la región del Caribe se reportaron 6 300 nuevos casos y 3 100 defunciones. (6)(7)

El presente estudio trata de identificar las características histopatológicas de las lesiones premalignas y malignas de cervix diagnosticadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

La presente investigación consta de 5 capítulos: En el capítulo I se aborda el problema de investigación: El Hospital Amazónico atiende a población de los estratos socioeconómicos bajos con más factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. En el capítulo II, se aborda el marco teórico, aquí podemos mencionar que se revisó la bibliografía relacionada a cáncer de cervix y los cambios observables en lesiones premalignas y malignas.

En el capítulo III, el marco metodológico se trata de un estudio relacional de diseño descriptivo, retrospectivo y transversal en una muestra de 80 pacientes que tenían información completa.

En los capítulos IV y V se aborda los resultados y su discusión: En los 5 años de estudio 2014 al 2018 se procesaron 14006 biopsias de las cuales, el 4.49% (629) fueron de cérvix, de estas biopsias estudiadas entre el 85 al 89% fueron positivas para lesiones premalignas y malignas. Entre las lesiones premalignas tenemos al NIC1 con 62.5% (50), al NIC2 16.25%(13) y NIC3 10%(8). Según la clasificación SIL (lesión escamosa intraepitelial): L SIL 70.42% (50) y H SIL 29.58%(21). Además, se observó, atipia colocítica, atipia nuclear y metaplasia escamosa entre el 98 a 100% de todas las lesiones premalignas.

En relación a las lesiones malignas, predomina el carcinoma de células escamosas, con el 88.8% de las lesiones malignas y el adenocarcinoma llega al 11.2% de las lesiones malignas. El tipo de cáncer de células escamosas predominantemente fue el invasor que suma el 75% y el otro 25% fue el microinvasor. La necrosis y la atipia nuclear se observa en el 100% de las lesiones malignas. El grupo etáreo más afectado fue entre 30 a 49 años con el 63%, y el 41% tuvieron entre 1 y dos hijos y el 50% tuvieron abortos.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer constituye un serio problema de salud y se estima que se incrementará en los próximos años. El pronóstico de esta enfermedad en gran medida depende de factores relacionados con el huésped, la localización del tumor y el momento en que se realice el diagnóstico. La familia y el entorno social juegan un papel importante, así como las posibilidades de recibir tratamiento. En la actualidad, el cáncer representa un gran reto social, toda vez que su incidencia aumenta con el desarrollo económico e industrial de los países, así como con el perfeccionamiento de los sistemas de salud, puesto que a mayor esperanza de vida corresponde una mayor población en los grupos de edades en los que las neoplasias aparecen con más frecuencia. En el grupo de edad de 25 a 50 años, las mujeres tienen la tasa de incidencia más alta, debido fundamentalmente a los cánceres ginecológicos. A pesar de los programas de pesquisa o cribado el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en frecuencia, en las mujeres de todo el mundo. Esto es debido a que en la mayoría de las regiones del mundo las mujeres no tienen acceso a programas organizados de cribado que pueden prevenir hasta el 75% de los casos de cáncer de cuello uterino, incluso en una misma población, el riesgo en las mujeres con menos recursos económicos es aproximadamente el doble que en las mujeres con mayores recursos. (1)

Por ello la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado nuevas guías para la prevención de cáncer de cuello uterino, donde se consideran tres opciones para tamizaje primario: el Papanicolaou, la inspección visual con ácido acético (IVAA) y la prueba para la detección del virus del papiloma (VPH). (2)

En Cuba, específicamente por localizaciones anatómicas, las neoplasias malignas de aparato reproductor (cérvix, ovario y cuerpo de útero) se incluyen dentro de las 10 primeras causas de cáncer en la mujer, con algunas variaciones en dependencia del área o región que se analice, solo superadas por el cáncer de mama, pulmón y colorrectal, mientras que otras localizaciones como vulva y vagina reportan valores

bien distantes de las primeras localizaciones aunque con tendencia al ascenso en los últimos años con extensión de la infección por el virus del papiloma humano (HPV). A nivel global, el 80% de los 471 mil casos nuevos y 233 mil defunciones que ocurrieron en el mundo por esta causa se produjeron en países subdesarrollados, hecho corroborado por un artículo de la OMS de abril de 2009 en el que se señala que mientras la incidencia de cáncer invasor en países con programas de tamizajes es de 92,3 por 100 mil mujeres, en aquellos que no cuentan con tales intervenciones la incidencia se eleva a 257,2 casos.

Según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) sobre el diagnóstico y tratamiento del Cáncer en el 2006 se diagnosticaron en el mundo 493 mil nuevos casos de cáncer cervical en el mundo, con una prevalencia de 1,4 millones de casos y 273 mil defunciones, el 80 % de ellos en el Sur y Sudeste Asiático, el África Sub-sahariana y Latinoamérica. En la región del Caribe se reportaron 6 300 nuevos casos y 3 100 defunciones. En nuestro país (Cuba) a pesar de encontrarse instituido un Programa de tamizaje desde 1968 no se han logrado los resultados esperados y después de 40 años de instaurado tal screening, sigue siendo el cérvix la principal localización de acento de la neoplasia ginecológica maligna. Según el Anuario Estadístico del Ministerio de Salud Pública durante el periodo de estudio (2003-2009) se han reportado en nuestro país 9 189 nuevos casos con este diagnóstico, fue el 2008 con sus 1 350 casos, el año de mayor incidencia en el último quinquenio, constituye la 5ta causa de muerte por cáncer en la mujer durante el año 2008 con una tasa ajustada por 100 mil mujeres de 8,1 defunciones (457 defunciones), después de pulmón, mama, colorrectal y cuerpo del útero, por ese orden. (3)

El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública en el Perú, pues de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) para el año 2015 se estimó que fueron 75 197 casos de cáncer en el País. Las neoplasias malignas más frecuentes que han sido identificadas a nivel nacional son: cáncer de cuello uterino, cáncer de próstata, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colon-recto y cáncer de pulmón. Según reportes del "Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013", para el año 2011 se observó que la mortalidad por cáncer

en el Perú ha sufrido variaciones según distribución geográfica. Además, las muertes por cáncer de estómago, hígado, pulmón y próstata representan las más altas tasas, con el componente social y económico asociado. Si se realiza el análisis por regiones geográficas, se observa que, en la costa existen altas tasas de mortalidad por cáncer de pulmón, mama y próstata; y en la sierra y selva, las altas tasas corresponden al cáncer de hígado y cérvix. (6)

En Ucayali el cáncer de cuello uterino es una patología frecuente, se ha proyectado una tasa de incidencia alrededor de 169 por cien mil mujeres en riesgo, muy por encima de la tasa de incidencia de 92 en lugares donde se realiza un estricto tamizaje, lo que amerita describir y analizar esta enfermedad. (9)

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema General

- ¿Cuáles son las características histopatológicas de las lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuáles son las características histopatológicas de lesiones premalignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018?
- ¿Cuáles son las características histopatológicas de lesiones malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018?

- ¿Cuáles son los cambios citológicos del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018?
- ¿Cuáles son los antecedentes gineco-obstétricos en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General

- Identificar las características histopatológicas de lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar las características histopatológicas de lesiones premalignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018.
- Identificar las características histopatológicas de lesiones malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018.
- Determinar los cambios citológicos del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018.
- Determinar los antecedentes gineco - obstétricos en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Las cifras del cáncer de cuello uterino en el Perú no se revierten. Cada día, cuatro mujeres mueren víctimas de esta enfermedad, pese a que se trata de una de las neoplasias malignas con mayor porcentaje de curación si es diagnosticada a tiempo. Jorge Rubiños del Pozo, director ejecutivo del Departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Control Nacional del Cáncer del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) informó que actualmente este cáncer es el más frecuente entre los 300 tipos de neoplasias que afectan a los peruanos y es también el que más mata. (10)

El cáncer de cuello uterino es uno de las neoplasias curables, por ello la necesidad de realizar esta investigación que nos aportará información valiosa para mejorar el manejo de nuestros pacientes.

Justificación social

El cáncer del cuello uterino es un problema de salud pública que afecta a la sociedad Ucayalina y por ende este tipo de investigaciones pueden sustentar diversas actividades o políticas públicas de gran impacto social que cambien el curso de las cosas aumentando la esperanza de vida en nuestra sociedad. Además, se sabe que una sociedad organizada y educada puede cambiar sus estilos de vida que ponen en riesgo la salud de la población por estilos de vida saludables que eviten este problema de salud o controlen sus complicaciones.

Justificación práctica

El Hospital Amazónico de Yarinacocha cuenta con programas preventivos o estrategias como es el Programa de cáncer de cuello uterino, encaminados a promover la salud de la población, estos programas cuentan con información valiosa que podría ser utilizada o en todo caso mediante su base de datos nos permitirá entrar en contacto directo con los pacientes y levantar la información necesaria para la presente investigación.

Justificación metodológica

Al tratarse de un estudio descriptivo, observacional y transversal es muy factible de realizar, sobre todo si se trata de investigación básica que marca el inicio de una línea de investigación que nos permitirá en el futuro solucionar este flagelo como es el cáncer de cuello uterino.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Investigaciones Internacionales

Dávila Gómez Henry Luis, García Valdés Abel, Álvarez Castillo Félix (2010). En su trabajo titulado: **“Cáncer de cuello uterino”** refiere que: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo para caracterizar el comportamiento del cáncer de cuello uterino en una muestra de 162 pacientes con este diagnóstico durante el periodo 2003-2009, en la Isla de la Juventud. A partir de la revisión de los reportes de casos de la Unidad Nacional de Cáncer, las historias clínicas individuales del Hospital General Docente de la Isla de la Juventud y del Instituto Nacional de Oncología y Radiología (INOR), así como los reportes de fallecidos, se pudo observar que el 63% de los casos se presentaron en mujeres de 34 a 57 años y que el 20% estaban en edades fuera del programa de pesquisa. El antecedente de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y/o infección por virus del papiloma humano (HPV) y el tabaquismo fueron los factores de riesgo más frecuentes. Predominó el carcinoma epidermoide no queratinizado de células grandes y el estadio 0 o *in situ*. A la mayor parte de las pacientes se les practicó tratamiento quirúrgico como terapia inicial. La mayor mortalidad se observó entre la 5ta y 6ta décadas de la vida, con una supervivencia "aceptable" al término de 5 años. (3)

Rodríguez Garcés Carlos, Padilla Fuentes Geraldo. En su trabajo titulado: **“Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad: perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión”** refiere que: La situación en Chile, en cuanto a acción preventiva y no obstante sus especificidades, es un correlato del acontecer internacional. Según cifras, al año 2011 la abstinencia a la mamografía en Chile alcanzaba el 50,2% en mujeres mayores de 35 años, y un 42,1% en el caso del Papanicolaou para aquellas sobre 15 años. En mediciones recientes la situación no ha cambiado considerablemente, con registros

de abstención alrededor del 38,2% para Papanicolaou y 40,7% para mamografías. Las explicaciones a estos déficits de cobertura dan cuenta de la multidimensionalidad transversalizada del fenómeno, el cual no solo reúne motivos económicos o de disponibilidad, sino que también alcanza las nuevas características en que se desenvuelve la mujer, las demandas que enfrenta y sus intereses, además de la valoración y percepción de riesgo que tiene frente a la probabilidad de padecimiento. No se trata solo del examen en sí, ya que ambos han probado ser eficaces, atenuantes y dúctiles, sino también de considerar las persistentes trabas de desinformación, vulnerabilidad social, acceso restringido a los servicios de salud, situación laboral, baja escolaridad, acceso y/o precariedad del servicio disponible, condición de afiliación a la seguridad social; además de los efectos que el temor y la duda tienen en las mujeres para evitar someterse a dicho examen. (4)

2.1.1 Investigaciones Nacionales

Santos-Ortiz Carlos, Manrique Javier, Amorín Edgar, Sarria Gustavo, Salazar Miriam, Limache Abel et al. (2016) En su trabajo titulado: **“Acelerando la innovación en el control del cáncer en el Perú”** refiere que: El cáncer es la segunda causa de mortalidad en América Latina luego de las enfermedades cardiovasculares. Según la Organización Panamericana de la Salud (OMS), el 45% de las muertes por cáncer a nivel mundial se producen en la región de las Américas, donde el número de muertes aumentará de 1,2 millones en 2008 hasta 2,1 millones para el año 2030 por efecto del envejecimiento poblacional y el cambio en los estilos de vida. (5)

Ruiz Rossana, Serrano Mariana, Ruiz Eloy F., Mantilla Raul, Valdivieso Natalia, Olivera Mivael et al. (2017) En su trabajo titulado: **“Características clínico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas”**, esta investigación tuvo como Objetivos: Determinar las características clínicas, histológicas y los factores pronósticos del cáncer cervical (CC) en pacientes jóvenes peruanas. Materiales y métodos. Análisis retrospectivo de pacientes de 35 años de

edad o menos diagnosticadas con CC entre el 2008 y el 2012 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Resultados. 449 pacientes tenían neoplasias epiteliales. Los tipos histológicos principales fueron: carcinoma de células escamosas (84,9%), adenocarcinoma (11,0%) y carcinoma adenoescamoso (2,4%). El tamaño tumoral promedio fue 4,98 cm. También se identificó anemia (55,7%), creatinina elevada (21,2%) e hidronefrosis (13,8%). El 82,3% de los pacientes presentaron enfermedad localmente avanzada. Los estadios IIB (47,4%) y IIIB (25,8%) fueron los más comunes. La supervivencia global a 5 años fue de 59,5% (I, 90,9%; II, 57,5%; III, 42,7% y IV, 13,3%). La creatinina elevada, la anemia, el tamaño tumoral, el compromiso parametrial y la hidronefrosis fueron factores que afectaron la supervivencia. No se encontró relación significativa entre el tipo histológico y la supervivencia. La presencia de anemia (Hazard Ratio ajustado [HRa]: 2,5; intervalo de confianza al 95% [IC 95%]: 1,6-4,0) y la hidronefrosis (HRa: 1,6; IC 95%: 1,0-4,0) estuvieron independientemente asociados con la supervivencia; asimismo, el compromiso parametrial con (HRa: 3,3; IC 95%: 1,57,2) o sin (HRa: 2,6; IC 95%: 1,3-5,3) extensión al hueso pélvico. Conclusiones. El cáncer cervical en jóvenes peruanas es diagnosticado en estadios avanzados. La supervivencia global en cada estadio es similar a la reportada en pacientes mayores. Se confirmó la importancia de los factores convencionales relacionados con el pronóstico. La anemia fue un factor de pronóstico independiente importante que requiere mayores investigaciones. (6)

Suarez López, Verónica (2017). Factores socioeconómicos y prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, setiembre - octubre 2017. El objetivo del presente estudio es identificar los factores socioeconómicos que influyen en las prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini. Es decir, describir las características socioeconómicas de las usuarias, determina las prácticas de prevención primaria y secundaria del cáncer cervicouterino e identifica las variables socioeconómicas que influyen significativamente en la realización de prácticas de prevención del cáncer

cervicouterino. Pretende aportar estadísticas confiables que permitirán fortalecer las competencias del profesional en el área de salud sexual y reproductiva, a nivel de las atenciones de prevención y detección precoz del cáncer de cuello uterino, en particular, en las poblaciones más vulnerables o con mayor factor de riesgo. (7)

2.1.3. Investigaciones Locales

Sosa Mozombite, Susan; Tuesta Vasquez, Ambar Vanessa (2016). Conocimiento sobre la prevención de cáncer cervical en mujeres en edad fértil del AA.HH. "José Olaya" - Pucallpa – 2016. El principal objetivo del presente trabajo es determinar los conocimientos sobre la prevención de cáncer cervical en las mujeres de edad fértil del AA. HH José Olaya. Del 100% (294 mujeres en edad fértil) 44,2% tienen de 36 a 49 años, 78,2% tienen grado de instrucción secundaria, 58,2% son de estado civil convivientes, 66,0% son amas de casa, 56,5% tienen de uno a tres hijos, 57,8% no se han sometido a un aborto y el 74,5% proceden de zona urbana. Sobre los CONOCIMIENTOS se encontró que, tienen conocimiento alto sobre cómo se contagia el cáncer cervical (92,18%), cual es el motivo para adquirir la enfermedad (94,56%), y el medio de diagnóstico (95,24%). Poseen bajo conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad (46,24%), y medianos conocimientos sobre la prevención del cáncer cervical (65,35%). (8)

Cahuaza L, Callupe S, Higinio L. (2015). Estilo de vida de mujeres en edad fértil y su relación con el cáncer de cuello uterino en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa 2015. Según los registros estadísticos de cáncer de cérvix del hospital de Yarinacocha utilizados el trabajo de investigación mencionan que en el 2005 las cifras de carcinoma eran 10 casos y para el 2013 dicha cifra aumentó a 39 casos de carcinoma. (9)

2.2. BASES TEÓRICAS

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. Solo el 10% de los diagnósticos se hacen en mujeres mayores de 65 años. El tipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas, que representa el 80% de todos los carcinomas invasivos de cérvix. El 83% de los cánceres de cérvix diagnosticados cada año ocurren en los países en vías de desarrollo, siendo el mismo la causa más frecuente de muerte por cáncer en estos países, y teniendo una supervivencia media tras el diagnóstico de 5 años, mientras que en los países desarrollados es de 10 años. Las cifras estimadas para mujeres mayores de 15 años indicarían que actualmente hay 27 millones de mujeres con displasia de bajo grado, 1,5 millones con displasia de alto grado y 400.000 con carcinoma invasor de cuello. (6)

En España, el cáncer invasor de cuello uterino es el sexto más frecuente, constituye el 4,8% de los cánceres en la mujer, una de las tasas más bajas del mundo, entre 3,4 y 12,2 casos por 100.000 mujeres/año. La incidencia se ha mantenido constante en los últimos 15 años (1983-1997), aunque analizando por edades, se observa un aumento de incidencia para las mujeres nacidas entre los años 30-407. La tasa de mortalidad es de 2,7 por 100.000 mujeres/año, semejante al promedio europeo. (11)

EPIDEMIOLOGÍA DEL VPH

El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es el responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo (9). El 70-80% de las mujeres y los hombres sexualmente activos, han estado expuestos al virus en algún momento de su vida. Se estima la existencia de 310 millones de portadoras de VPH, de las cuales 27 millones corresponderían a

condilomas acuminados y 68.400 casos de cáncer de vulva, vagina, ano, pene y cavidad orofaríngea. La prevalencia de VPH en la población femenina es inferior al 10% en países desarrollados y ligeramente superior al 15% en países en vías de desarrollo. Según los datos de la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC), se observa que la prevalencia de VPH varía según las áreas geográficas, siguiendo una distribución similar a la de la prevalencia de cáncer de cérvix. Se han realizado varios estudios entre 1992 y 2006 que analizan la prevalencia en España de VPH de alto riesgo oncogénico en mujeres con citologías cervicovaginales normales, en los cuales la prevalencia varió entre el 3,4 y el 17%. (12)

En un estudio realizado en Reino Unido sobre 1075 mujeres de edades similares, se detectó un riesgo acumulado de cualquier infección por VPH en 3 años del 44%, elevándose al 60% en 5 años, siendo el VPH 16 el tipo más frecuente.

En España, Font y Cols estudiaron a 1.383 mujeres atendidas en una consulta de planificación familiar de Barcelona, observando una incidencia de nuevas infecciones del 2% anual a lo largo de un seguimiento de 3 años. El 50% de las mujeres con ADN para VPH positivo a la entrada del estudio, dio resultados negativos transcurridos 367 días. (13)

CÁNCER INVASOR DE CUELLO DE ÚTERO

Estudios realizados con técnicas de biología molecular de alta sensibilidad y con muestras biológicas adecuadas, detectan VPH de alto riesgo en prácticamente el 100% de los casos de carcinoma escamoso de cérvix. Para HSIL se detecta en el 70-90% de los casos y en un 50-70% para LSIL. La detección para células epiteliales escamosas de significado incierto (ASCUS) es cercana al 50%. La asociación observada entre VPH y cáncer de cérvix, está entre las más consistentes de las identificadas en cancerología humana, existiendo un consenso creciente en calificarla como causa necesaria, pero insuficiente, ya que no todas las infecciones por VPH persisten o progresan a carcinoma de cérvix.

Los factores determinantes que conocemos para que esta progresión ocurra, son:

Factores dependientes del virus: Tipo viral, persistencia de la infección en exámenes repetidos, Carga viral por unidad celular (probable). (14)(15)(16)

Factores ambientales

Anticoncepción hormonal oral: Cuando se consumen durante cinco años o más, aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo.

Paridad: Cuando se tienen más de 5 embarazos a término. Este factor junto con el anterior, sugieren una asociación positiva entre VPH y esteroides.

Tabaquismo: Se han aislado sustancias carcinogénicas presentes en el tabaco en el moco cervical, aunque no se conoce bien la dinámica de la interacción.

Edad de la primera relación sexual: Es un conocido factor de riesgo. La prevalencia de VPH más alta comprende las edades de estas al inicio de las relaciones, y responde a los patrones de comportamiento sexual de la comunidad. En grupos de edad de 15 a 25 años, si tienen compañeros sexuales distintos, llega a tener prevalencias del 30-40%. Después de este pico, le sigue una disminución muy marcada, estabilizándose en edades de 25 a 40 años en un 3-10%, interpretándose esta cifra como una medida indirecta del número de mujeres portadoras crónicas de la infección viral y, por tanto, del grupo de alto riesgo para progresión neoplásica. En algunas poblaciones se ha observado un segundo pico de prevalencia en mujeres postmenopáusicas, postulándose que fuera el reflejo de una reactivación de una infección latente y que se asociaría a la reducción fisiológica de la inmunidad natural con la edad.

Coinfecciones: La *Chlamydia trachomatis* parece ser un cofactor que actúa por inducción de inflamación crónica y metabolitos mutagénicos. El Herpes simple tipo 2 también parece actuar como cofactor, con una evidencia algo más dudosa.

Deficiencias nutricionales y bajos niveles de antioxidantes son otros factores propuestos.

Conducta sexual de la población: El contagio por el virus se produce piel a piel. Los lugares más susceptibles de invasión viral son aquellos donde se producen procesos de rápida replicación y diferenciación celular, como la zona de transformación escamocolumnar del cérvix (más activa aún en mujeres jóvenes) y la línea pectínea anal, desarrollando displasias y neoplasias en estas localizaciones. El preservativo, se ha comprobado que es un factor protector, pero no de forma total, para el contagio y adquisición de lesiones precursoras. Parece que la circuncisión masculina también es un factor protector. (17)(18)(19)

El VPH también se relaciona con el cáncer de vulva. Este tipo de cáncer responde a dos modelos etiológicos.

El primero ocurre en mujeres menores de 50 años, está ligado a infección por VPH y cursa con lesiones precursoras como neoplasia vulvar intraepitelial de alto grado (VIN II-III).

El segundo tipo se produce en mujeres mayores de 50 años, es independiente de la infección viral y no cursa con lesiones precursoras. La fracción de casos atribuible a VPH sería aproximadamente un 50%. Otras localizaciones expuestas al virus donde también se pueden producir neoplasias, serían el pene, la vagina y la cavidad oral y orofaríngea.

Finalmente, la prevalencia de VPH en mujeres dedicadas a la prostitución sería del 48% en Japón, del 50% en Méjico y del 61,6% en España. Situación social. Aquí incluimos a las personas con nivel socioeconómico bajo, las que están en prisión (con prevalencias en España de VPH positivo hasta del 46%) y las que provienen de países que no tienen sistemas de cribado (en un estudio realizado en Barcelona se detectó en extranjeras de diversas procedencias una prevalencia de VPH del 14,3%, en comparación con las españolas del 2,7%). Estado inmunológico. Además de la pérdida de inmunidad natural con la edad, los polimorfismos del complejo mayor de histocompatibilidad (HLA) y del gen supresor tumoral p53 son otros determinantes inmunológicos de susceptibilidad. (20)(21)(22)

Especial consideración merece el papel del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como muestran los estudios en los que se detectó que en mujeres VIH positivas el riesgo de infección por VPH de alto y bajo riesgo sería de entre 1,8 y 2,7 veces superior con una persistencia 1,9 veces mayor. (11)(22)

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Hallazgos Histopatológicos:** Se refiere a los cambios histopatológicos asociados a lesiones premalignas y malignas del cérvix, entre las lesiones premalignas tenemos a la displasia leve cuando las células atípicas comprometen un tercio del epitelio, displasia moderada dos tercios del epitelio y displasia severa, en esta hay compromiso de todo el epitelio.
- **Cáncer de Cérvix:** Neoplasia maligna del cuello del útero y puede ser de células escamosas, adenocarcinoma y adenoescamoso.
- **Lesión Escamosa Intraepitelial De Grado Alto:** Área de células anormales que se forma en la superficie de ciertos órganos, como el cuello uterino, la vagina, la vulva, el ano y el esófago. Cuando se observa al microscopio, el aspecto de la lesión escamosa intraepitelial de grado alto varía de un poco anormal a muy anormal. Por lo general, esta lesión obedece a una infección crónica por ciertos tipos del virus del papiloma humano (VPH) y se encuentra cuando se realiza una prueba de Pap o una biopsia. Si no se trata, es posible que estas células anormales se vuelvan cancerosas y se diseminen al tejido normal cercano. A veces, la lesión escamosa intraepitelial de grado alto se llama displasia moderada o grave. También se llama HSIL
- **Lesión Escamosa Intraepitelial De Grado Bajo:** Se encuentran células ligeramente anormales en la superficie del cuello uterino. La lesión escamosa intraepitelial de grado bajo es causada por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH) y es un hallazgo anormal común en la prueba de Pap. Con frecuencia, desaparece por sí sola sin necesidad de tratamiento, pero, algunas veces, las células anormales se vuelven cancerosas y se diseminan

al tejido normal cercano. La lesión escamosa intraepitelial de grado bajo se llama, a menudo, displasia leve. También se llama LSIL.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

No lleva por tratarse de un estudio descriptivo.

2.3.2 Hipótesis Específicas

No lleva por tratarse de un estudio descriptivo.

2.4. VARIABLES DE ESTUDIO

2.4.1. Variable Independiente

Características histopatológicas.

2.4.2. Variable Dependiente

Antecedentes gineco-obstétricos.

2.4.3 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Características Histopatológicas	Estudia las características de las células y/o tejidos del cérvix bajo un microscopio.	Lesiones premalignas	Displasia leve Displasia moderada Displasia severa Cáncer de células escamosas Adenocarcinoma	Presente Ausente	Nominal	Ficha de recolección de datos
		Lesiones malignas	Carcinoma de células escamosas Microinvasor Carcinoma invasor de células escamosas Adenocarcinoma Otras neoplasias malignas	Presente Ausente	Nominal	
		Cambio citológico	Atipia coliocítica Atipia nuclear Metaplasia Necrosis Émbolos venosos Otros	Presente Ausente	Nominal	

Antecedentes Gineco-Obstétricos	Son características fisiológicas que proporcionan información acerca del número de hijos, abortos, etc.	Edad	Mujeres según su edad	20 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años > 70 años	De razón	Ficha de recolección de datos
		Hijos	Número de hijos	Nulípara = 1 Multípara = 2	Nominal	
		Abortos	Número de abortos	SI = 1 NO = 2	Nominal	
		PVH	Positivo / Negativo	SI = 1 NO = 2	Nominal	

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. ÁMBITO DE ESTUDIO

Hospital Amazónico de Yarinacocha.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Cualitativa, aplicada, clínica, transversal y descriptiva.

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

3.4. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método cuantitativo, hipotético deductivo, no experimental descriptivo que hará uso de la estadística descriptiva.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Retrospectivo, descriptivo y transversal.

3.6. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población con el cual se trabajó fueron todos los pacientes que se atendieron en el programa de cáncer de cuello uterino del Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

La muestra estuvo constituida por todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix que con información completa y que hayan sido atendidas en el Hospital Amazónico. De los cuales se seleccionó a 80 pacientes que presentaron información completa.

- **Criterios de Inclusión:** Toda mujer que asista al consultorio de ginecología y obstetricia con patología cervical con biopsia de cérvix y cuente con información completa.
- **Criterios de exclusión:** Toda mujer que asista al consultorio de ginecología y obstetricia con patología cervical sin biopsia de cérvix o no se encuentre la información requerida.

3.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró una hoja de recolección de datos para consignar la información requerida la que se obtuvo de las historias clínicas y de los libros del programa.

3.8. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se revisó las historias clínicas y los registros del programa de cáncer de cuello uterino, para luego ser procesados en el programa SPSS.

3.9. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Se hizo uso de la estadística descriptiva para evaluar frecuencias y de las medidas de tendencia central. La información se presentó en tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Biopsias de cérvix en relación al total de biopsias procesadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

AÑO	TOTAL DE BIOPSIAS	BIOPSIAS DE CÉRVIX	%
2014	2824	101	3.58
2015	3293	140	4.25
2016	2807	165	5.88
2017	3019	101	3.35
2018	2063	122	5.91
TOTAL	14006	629	4.49

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la tabla 1, podemos observar que en este periodo se procesaron 14006 biopsias de las cuales 629 corresponden a biopsias de cérvix que hacen un 4.49%, los años en los cuales se procesaron más biopsias de cérvix fue el año 2016 con 165 y el 2015 con 140 casos.

Tabla 2. Biopsias de cérvix positivas y negativas para lesiones premalignas y malignas según año realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

AÑO	BIOPSIA POSITIVA	%	BIOPSIA NEGATIVA	%	TOTAL
2014	90	89.11	11	10.89	101
2015	120	85.71	20	14.29	140
2016	146	88.48	19	11.52	165
2017	88	87.13	13	12.87	101
2018	107	87.70	15	12.30	122
TOTAL	551	87.60	78	12.40	629

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la tabla 2, podemos observar que el porcentaje de positividad para biopsias de cérvix está por encima del 85.71% llegando hasta el 89% en el 2014.

Tabla 3. Tipo de lesiones premalignas y malignas en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

TIPO DE LESIÓN	No.	%
NIC 1	50	62.5
NIC 2	13	16.25
NIC3	8	10
CARCINOMA ESCAMOSO	8	10
ADENOCARCINOMA	1	1.25
TOTAL	80	100

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la tabla 3, podemos observar que el tipo de lesión más predominante es la displasia leve o NIC 1 con un 62%, seguido de NIC2 con el 16.25% y la lesión menos frecuente es el adenocarcinoma.

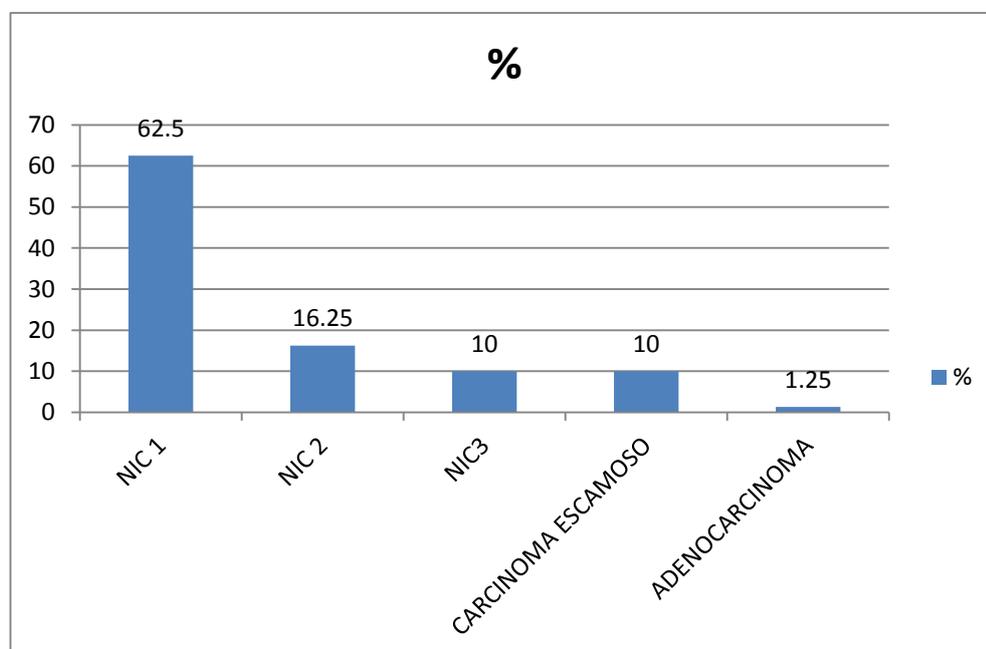


Gráfico 1. Tipo de lesiones premalignas y malignas en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 4. Tipo de lesiones premalignas según clasificación sil (lesión escamosa intraepitelial) en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

TIPO DE LESIÓN	No	%
L SIL (NIC1)	50	70.42
H SIL (NIC2, NIC3)	21	29.58
TOTAL	71	100

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

La tabla 4, muestra que la mayoría de lesiones premalignas son aquellas de bajo grado LSIL que llega al 70.42%, seguidas por las lesiones de alto grado o HSIL que llega al 29.58%.

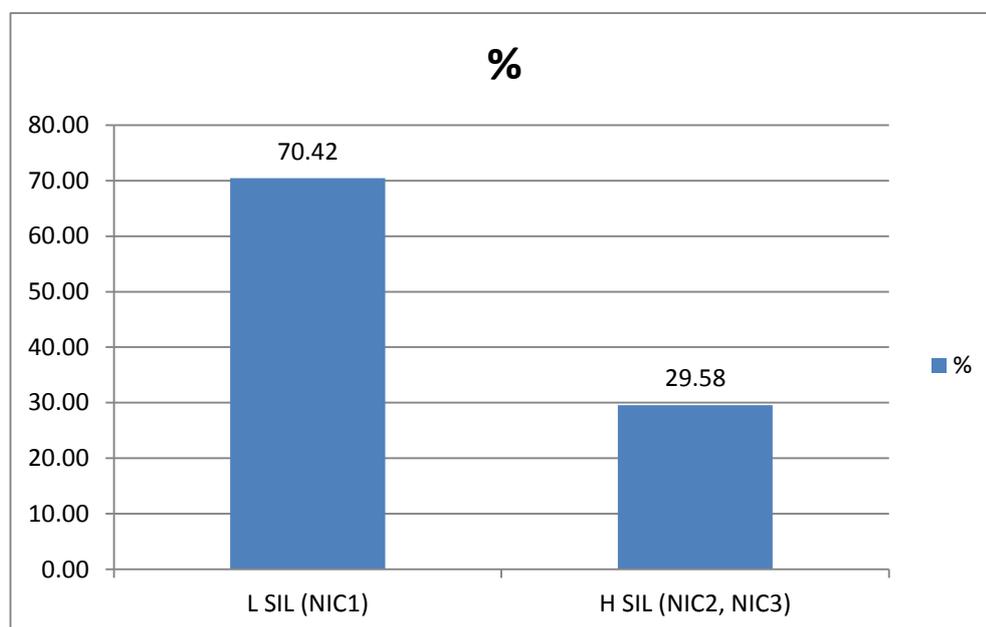


Gráfico 2. Tipo de lesiones premalignas según clasificación sil (lesión escamosa intraepitelial) en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 5. Tipos de lesiones malignas en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

TIPO DE CARCINOMA	No.	%
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS	8	88.89
ADENOCARCINOMA	1	11.11
TOTAL	9	100

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la tabla 5, podemos observar el predominio del carcinoma de células escamosas con el 88.89% y el adenocarcinoma es mucho más raro llega al 11.11%.

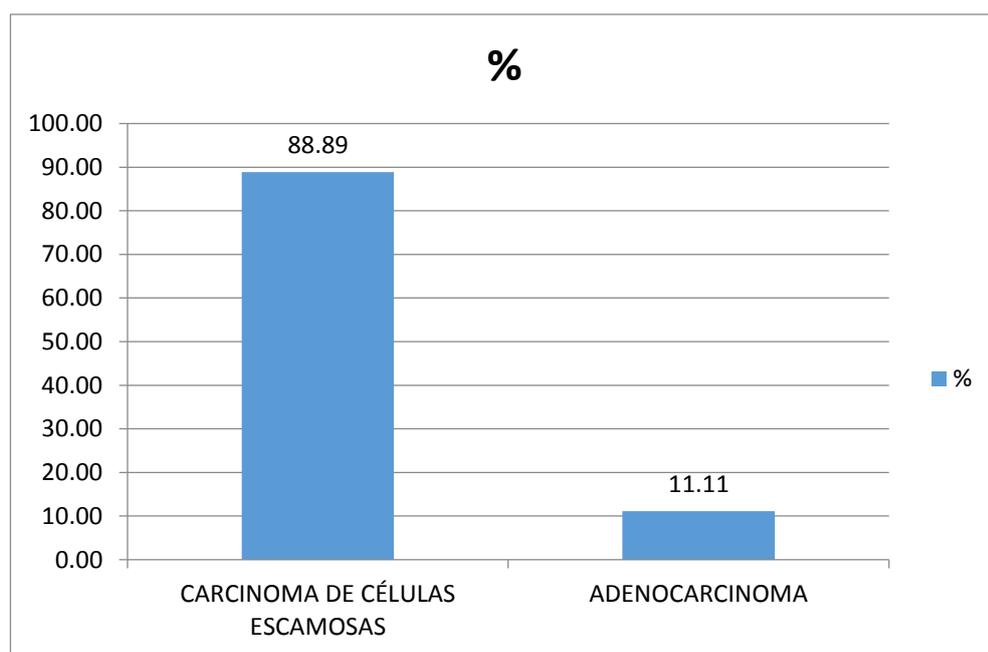


Gráfico 3. Tipos de lesiones malignas en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 6. Tipo de carcinoma de células escamosas según invasión en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

SEGÚN TIPO DE INVASIÓN	No	%
MICROINVASOR	2	25
INVASOR	6	75
TOTAL	8	100

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la tabla 6, se observa el predominio del carcinoma de células escamosas de tipo invasor que llega al 75%, el microinvasor hace un 25%.

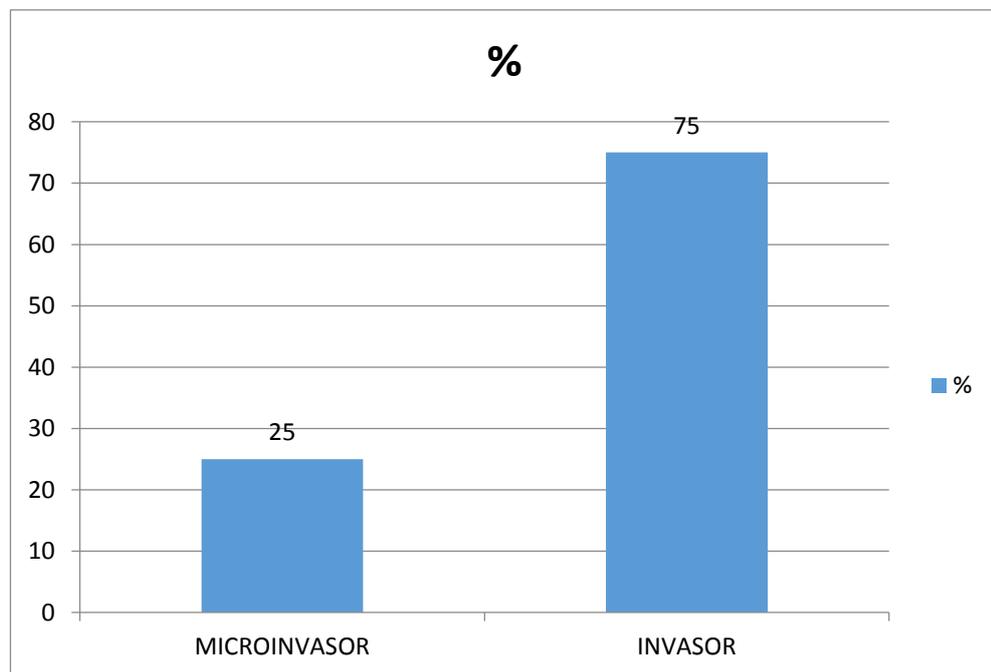


Gráfico 4. Tipo de carcinoma de células escamosas según invasión en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 7. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones premalignas del cérvix en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

CAMBIOS MORFOLÓGICOS	No	%
ATIPIA COILOCITICA	70	98.59
ATIPIA NUCLEAR	71	100.00
METAPLASIA ESCAMOSA	71	100.00
MITOSIS ATIPICA	2	2.82
NECROSIS	1	1.41
QUERATINIZACIÓN	2	2.82
EXTENSIÓN GLANDULAR	5	7.04
EMBOLOS VENOSOS	1	1.41

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la tabla 7, podemos observar que algunas características histopatológicas se observan en el 100% de lesiones premalignas como la atipia nuclear y la metaplasia escamosa. En el 98% se observa la atipia coilocítica.

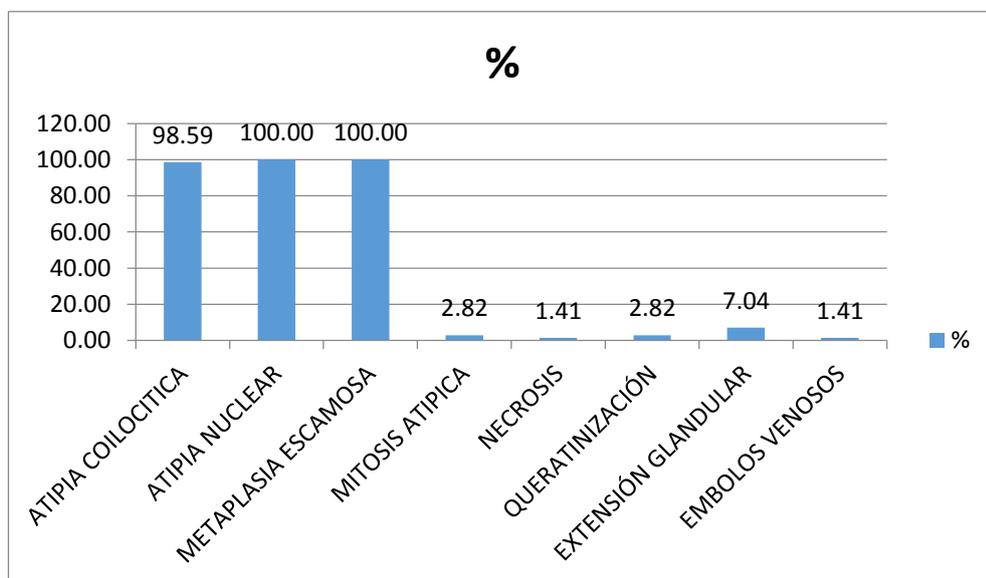


Gráfico 5. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones premalignas del cérvix en biopsias realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 8. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones malignas, en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

CAMBIOS MORFOLÓGICOS	No	%
ATIPIA COILOCITICA	8	88.89
ATIPIA NUCLEAR	9	100.00
METAPLASIA ESCAMOSA	6	66.67
MITOSIS ATIPICA	3	33.33
NECROSIS	9	100.00
QUERATINIZACIÓN	1	11.11
EXTENSIÓN GLANDULAR	3	33.33
EMBOLOS VENOSOS	4	44.44

Fuente: Registro del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico.

En la Tabla 8, se observa que algunos cambios histopatológicos son muy frecuentes en lesiones malignas como la atipia nuclear y la necrosis que llega al 100%, la atipia coilocitica en el 88.89%.

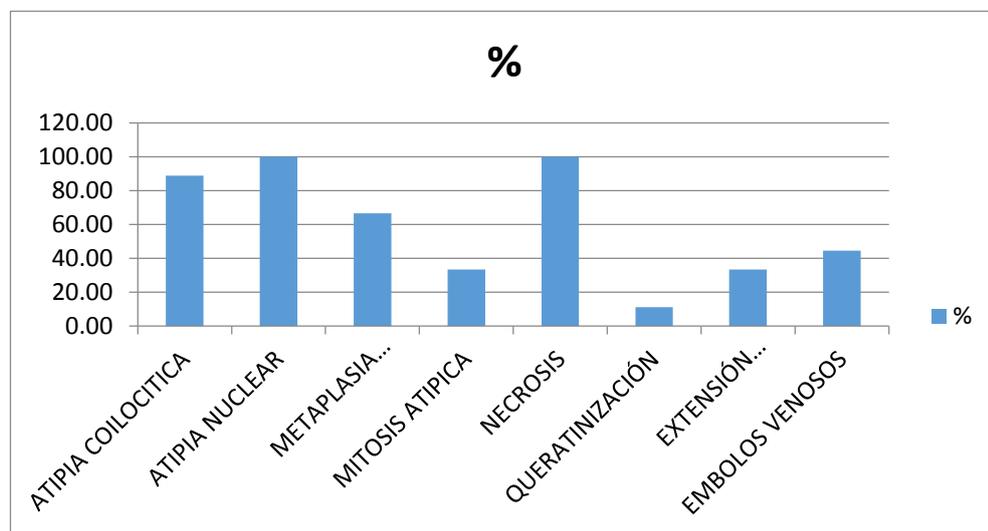


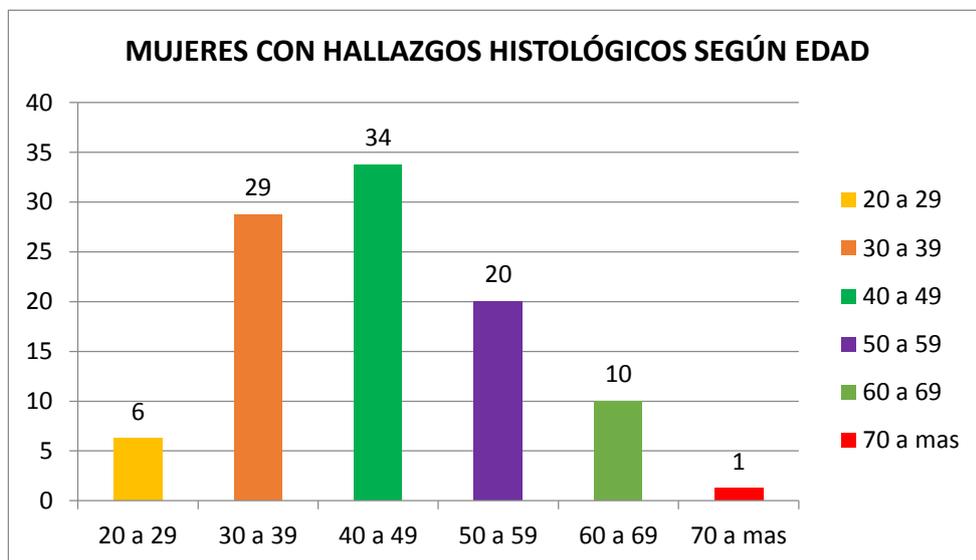
Gráfico 6. Frecuencia de cambios histopatológicos importantes en lesiones malignas, en biopsias de cérvix realizadas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 9. Pacientes con histología positiva según edad atendida en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

EDAD	N°	%
20 a 29	5	6
30 a 39	23	29
40 a 49	27	34
50 a 59	16	20
60 a 69	8	10
70 a mas	1	1
TOTAL	80	100

Fuente: Libro de reportes de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico – Yarínacocha Pucallpa.

En la tabla 9, podemos observar que la mayoría de pacientes con hallazgos histológicos positivos se encuentra entre los 30 a 49 años, llegando al 63% de pacientes.



Fuente: Libro de reportes de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico – Yarínacocha Pucallpa.

Gráfico 7. Pacientes con histología positiva según edad atendida en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 10. Pacientes con histología positiva según número hijos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

N° DE HIJOS	n°	%
Ninguno	8	10
1 a 2	33	41
3 a 5	29	36
6 a 9	8	10
10 a mas	2	3
TOTAL	80	100

Fuente: Libro de reportes de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico – Yarinacocha Pucallpa.

La tabla 10, muestra que la mayoría de pacientes con histología positiva tuvieron uno a dos hijos, seguido de las pacientes que tuvieron 3 a 5 hijos y solo 13% de mujeres tuvieron de 6 hijos a más.

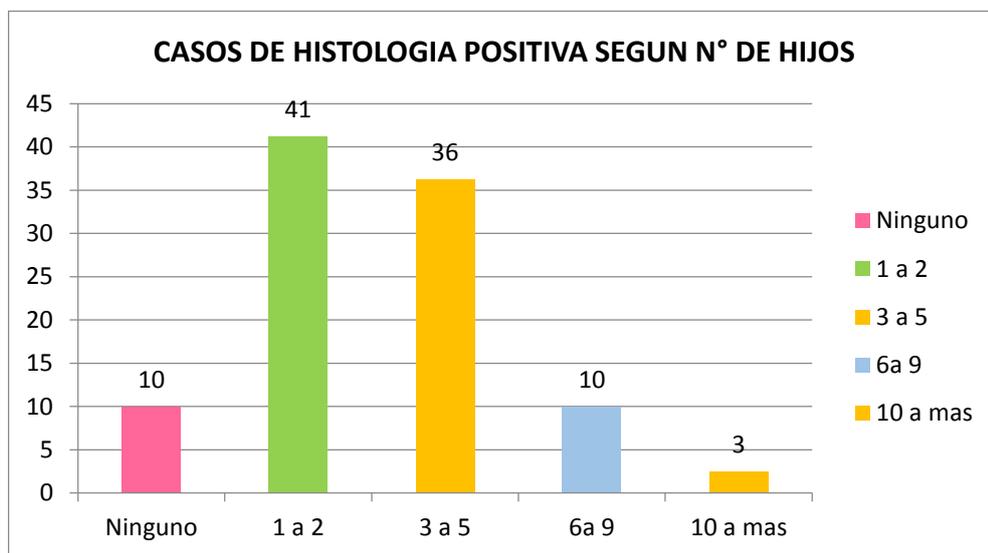


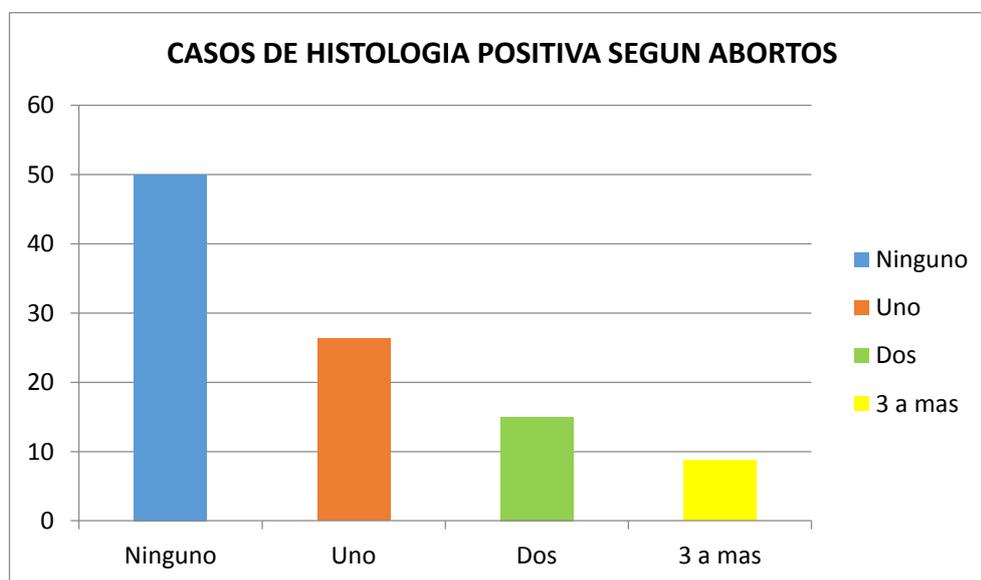
Gráfico 8. Pacientes con histología positiva según número hijos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

Tabla 11. Pacientes con histología positiva según número abortos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

N° DE ABORTOS	N°	%
Ninguno	40	50
Uno	21	26
Dos	12	15
3 a mas	7	9
TOTAL	80	100

Fuente: Libro de reportes de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico – Yarinacocha Pucallpa.

En la tabla 11, podemos observar que el 50% de pacientes no tuvieron ningún aborto y el 26% tuvo un aborto.



Fuente: Libro de reportes de Anatomía Patológica del Hospital Amazónico – Yarinacocha Pucallpa.

Gráfico 9. Pacientes con histología positiva según número abortos atendidas en el Hospital Amazónico en el periodo 2014 al 2018.

4.2. DISCUSIÓN

Coincidimos con varios autores citados Marañón, Jerónimo y Dávila (1)(2)(3) en relación al predominio de lesiones premalignas LSIL 70% o NIC1 62%, todas estas lesiones asociadas a atipia colocítica lo que demuestra su relación con la infección por PVH, la atipia nuclear que compromete diferentes niveles del epitelio es fundamental para el diagnóstico. También fue muy común observar la metaplasia escamosa. En los 5 años de estudio 2014 al 2018 se procesaron 14006 biopsias de las cuales, el 4.49% (629) fueron de cérvix, de estas biopsias estudiadas entre el 85 al 89% fueron positivas para lesiones premalignas y malignas. Entre las lesiones premalignas tenemos al NIC1 con 62.5% (50), al NIC2 16.25%(13) y NIC3 10%(8). Según la clasificación SIL (lesión escamosa intraepitelial): L SIL 70.42% (50) y H SIL 29.58%(21). Además, se observó, atipia colocítica, atipia nuclear y metaplasia escamosa entre el 98 a 100% de todas las lesiones premalignas.

También hay coincidencia con otros autores: Rodríguez (4) y Santos Ortiz (5) sobre el predominio del carcinoma de células escamosas; en nuestro estudio en relación a las lesiones malignas, predomina el carcinoma de células escamosas, con el 88.8% de las lesiones malignas y el adenocarcinoma llega al 11.2% de las lesiones malignas. El tipo de cáncer de células escamosas predominantemente fue el invasor que suma el 75% y el otro 25% fue el microinvasor. La necrosis y la atipia nuclear se observa en el 100% de las lesiones malignas.

A diferencia de Ruiz, Serrano y colaboradores en su investigación realizada en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que encontraron, los tipos histológicos principales fueron: carcinoma de células escamosas (84,9%), adenocarcinoma (11,0%) y carcinoma adenoescamoso (2,4%). El tamaño tumoral promedio fue 4,98 cm. Nosotros encontramos los siguientes: NIC 1 (62,2%), NIC 2 (16,25%), NIC 3 (10%), Carcinoma escamoso (10%), Adenocarcinoma (1,25%).

El antecedente de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y/o infección por virus del papiloma humano (HPV) y el tabaquismo fueron los factores de riesgo más

frecuentes. Predominó el carcinoma epidermoide no queratinizado de células grandes y el estadio 0 o *in situ*. A la mayor parte de las pacientes se les practicó tratamiento quirúrgico como terapia inicial. La mayor mortalidad se observó entre la 5ta y 6ta décadas de la vida, con una supervivencia "aceptable" al término de 5 años (3).

CONCLUSIONES

1. En los 5 años de estudio 2014 al 2018 se procesaron 14006 biopsias de las cuales, el 4.49% (629) fueron de cérvix, de estas biopsias estudiadas entre el 85 al 89% fueron positivas para lesiones premalignas y malignas. Entre las lesiones premalignas tenemos al NIC1 con 62.5% (50), al NIC2 16.25%(13) y NIC3 10%(8). En relación a las lesiones malignas, predomina el carcinoma de células escamosas, con el 88.8% de las lesiones malignas y el adenocarcinoma llega al 11.2% de las lesiones malignas.
2. En relación a las características histopatológicas de las lesiones premalignas se observó, atipia coliocítica, atipia nuclear y metaplasia escamosa entre el 98 a 100% de todas las lesiones premalignas.
3. En relación a las lesiones malignas, el tipo de cáncer de células escamosas predominantemente fue el invasor que suma el 75% y el otro 25% fue el microinvasor. La necrosis y la atipia nuclear se observa en el 100% de las lesiones malignas.
4. En relación a los cambios citológicos del cérvix, según la clasificación SIL (lesión escamosa intraepitelial): L SIL 70.42% (50) y H SIL 29.58%(21).
5. En relación a los antecedentes Gineco – Obstétricos, el grupo etario más afectado fue entre 30 a 49 años con el 63%, y el 41% tuvieron entre 1 y dos hijos y el 50% tuvieron abortos.

RECOMENDACIONES

1. La cobertura del tamizaje es baja y el porcentaje de colposcopías y biopsias también, por lo tanto se debe fortalecer el programa de cáncer de cuello uterino en los hospitales.
2. Continuar las investigaciones para cuantificar las características histopatológicas de las lesiones premalignas ya que algunas como la metaplasia escamosa, presente entre el 98 a 100% de todas las lesiones premalignas puede ser un indicador útil para el seguimiento.
3. Intervenir en la población para detectar a las pacientes en estadios iniciales y evitar esos altos porcentajes de cáncer ya que el cáncer de células escamosas predominantemente fue el invasor que suma el 75% y el otro 25% fue el microinvasor.
4. Las lesiones citológicas de alto grado es un porcentaje alto se debe promocionar el tamizaje por intermedio del estudio citológico con el papanicolau ya que según la clasificación SIL (lesión escamosa intraepitelial): L SIL 70.42% (50) y H SIL 29.58%(21).
5. Direccionar nuestras intervenciones a las mujeres jóvenes ya que el grupo etario más afectado fue entre 30 a 49 años con el 63%, incluso en mujeres con baja paridad (41%).

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Marañón Cardonne Tatiana, Mastrapa Cantillo Kenia, Flores Barroso Yanet, Vaillant Lora Lillian, Landazuri Llago Sanlia. Prevención y control del cáncer de cuello uterino. ccm [Internet]. 2017 Mar [citado 2018 Sep 09]; 21(1): 187-203. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812017000100015&lng=es.
2. Jerónimo José. Cáncer de cérvix: reflexiones sobre el tamizaje y manejo. Rev. Perú. ginecol. obstet. [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 Sep 10]; 62(3): 261-264. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S230451322016000300007&lng=es.
3. Dávila Gómez Henry Luis, García Valdés Abel, Álvarez Castillo Félix. Cáncer de cuello uterino. Rev cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2010 Dic [citado 2018 Sep 09]; 36(4): 603-612. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2010000400014&lng=es.
4. Rodríguez Garcés Carlos, Padilla Fuentes Geraldo. Cáncer de cérvix y autorresponsabilidad: perfilando el riesgo de abstención al Papanicolaou entre las mujeres chilenas mediante Árboles de Decisión. Horiz. Med. [Internet]. 2018 Ene [citado 2018 Oct 28]; 18(1): 13-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2018000100003&lng=es.
5. Santos-Ortiz Carlos, Manrique Javier, Amorín Edgar, Sarria Gustavo, Salazar Miriam, Limache Abel et al. Acelerando la innovación en el control del cáncer en el Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 Jul [citado 2018 Oct 28]; 33(3): 535-539. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342016000300020&lng=es.

6. Ruiz Rossana, Serrano Mariana, Ruiz Eloy F., Mantilla Raúl, Valdivieso Natalia, Olivera Mivael et al. Características clínico-patológicas y sobrevida en mujeres jóvenes con cáncer cervical: análisis retrospectivo del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2017 Abr [citado 2018 Oct 28]; 34(2): 218-227. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342017000200008&lng=es.
7. Suarez López V, Factores socioeconómicos y prácticas de prevención del cáncer cervicouterino en usuarias del consultorio de planificación familiar del Centro de Salud Carlos Cueto Fernandini, setiembre - octubre 2017. Cybertesis UNMS. [Internet] 2017 [citado 28 de octubre del 2018]. Disponible: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7706>
8. Sosa Mozombite, Susan; Tuesta Vásquez, Ambar Vanessa. Conocimiento sobre la prevención de cáncer cervical en mujeres en edad fértil del AA.HH. "José Olaya" - Pucallpa – 2016 [Tesis]. Universidad Nacional de Ucayali; 2016.
9. Cahuaza L, Callupe S, Higino L. Estilo de vida de mujeres en edad fértil y su relación con el cáncer de cuello uterino en el Hospital Amazónico de Yarinacocha, Pucallpa 2015 [Tesis]. Universidad Nacional de Ucayali; 2015. disponible en: <https://es.scribd.com/document/341717140/Articulo-Tesis-2016>.
10. Perú 21.net. [internet]. Lima: Perú 21; 2017. [Actualizado 05 mar 2017; citado el 28 de octubre del 2018], disponible en: <https://peru21.pe/lima/cuatro-mujeres-mueren-dia-peru-cancer-cuello-uterino-70360>.
11. Diestro Tejeda M. D., Serrano Velasco M., Gómez-Pastrana Nieto F. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncología (Barc.) [Internet]. 2007 [citado 2018 Oct 28]; 30(2): 14-31. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037848352007000200002&lng=es.

12. Ferreccio C, Barriga MI, Lagos M, Ibáñez C, Poggi H, González F, et al Screening trial of human papillomavirus for early detection of cervical cancer in Santiago, Chile. *Int J Cáncer*. 2013; 132(4):916-23. <https://doi.org/10.1002/ijc.27662>.
Fe de erratas en: *Int J Cáncer* .2013; 133(2): E1. <https://doi.org/10.1002/ijc.27662>.
13. Reina Julio César, Muñoz Nubia, Sánchez Gloria Inés. El estado del arte en las infecciones producidas por el virus del papiloma humano. *Colomb. Med.* [Internet]. 2008 June [cited 2020 Jan 27]; 39(2): 189-195. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342008000200009&lng=en.
14. Ferreccio C, Prado RB, Luzoro AV, Ampuero SL, Snijders PJ, Meijer CJ, et al. Population-based prevalence and age distribution of human papillomavirus among women in Santiago, Chile. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*.2004; 13(12):2271-6.
15. Lazcano-Ponce E, Herrero R, Muñoz N, Cruz A, Shah KV, Alonso P, et al. Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology. *Int J Cancer*. 2001; 91:412-20. <https://doi.org/10.1002/1097>
16. Herrero R, Hildesheim A, Bratti C, Sherman ME, Hutchinson M, Morales J, et al. Population-based study of human papillomavirus infection and cervical neoplasia in rural Costa Rica. *J Natl Cancer Inst*. 2000;92(6):464 <https://doi.org/10.1093/jnci/92.6.464>
17. Molano M, Posso H, Weiderpass E, Van Den Brule AJ, Ronderos M, Franceschi S, HPV Study Group. Prevalence and determinants of HPV infection among Colombian women with normal cytology. *Br J Cáncer*. 2002; 87(3):324-33. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6600442>
18. Ferreccio C, Corvalán A, Margozzini P, Viviani P, González C, Aguilera X, et al. Baseline assessment of prevalence and geographical distribution of HPV types in

Chile using self-collected vaginal samples. *BMC Public Health*. 2008; 8:78.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-78>

19. Castro FA, Dominguez A, Puschel K, Van De Wyngard V, Snijders PJ, Franceschi S, et al. Serological prevalence and persistence of high-risk human papillomavirus infection among women in Santiago, Chile. *BMC Infect Dis*. 2014; 14:361.
<https://doi.org/10.1186/1471-2334-14-361>
20. Ferreccio C, Van De Wyngard V, Olcay F, Domínguez MA, Puschel K, Corvalán AH, et al. High-risk HPV infection after five years in a population- based cohort of Chilean women. *Infect Agent Cancer*. 2011; 6(1):21. <https://doi.org/10.1186/1750-9378-6-21>
21. Roa JC, García P, Gómez J, Fernández W, Gaete F, Espinoza A, et al. HPV genotyping from invasive cervical cancer in Chile. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 105(2):150-3. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.12.017>
22. Terrazas S, Ibáñez C, Lagos M, Poggi H, Brañes J, Barriga MI, et al. Examen de detección de virus papiloma humano en el tamizaje de cáncer cervicouterino en un Servicio de Salud de Santiago, Chile. *Rev Med Chil*. 2015; 143(1):56-62.
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872015000100007>

ANEXO

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS DE LAS LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS DEL CÉRVIX EN LAS MUJERES QUE ASISTEN AL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACOCHA

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE CÉRVIX (ESTADIO): _____

CARACTERÍSTICAS HISTOPATOLÓGICAS:

		Presente	Ausente
Lesiones premalignas	Displasia leve		
	Displasia moderada		
	Displasia severa		
	Cáncer de células escamosas		
	Adenocarcinoma		
Lesiones malignas	Carcinoma de células escamosas		
	Microinvasor		
	Carcinoma invasor de células escamosas		
	Adenocarcinoma		
	Otras neoplasias malignas		
Cambio citológico	Atipia colocítica		
	Atipia nuclear		
	Metaplasia		
	Necrosis		
	Émbolos venosos		
	Otros hallazgos		

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS:

EDAD:

20 - 29 años.	
29 - 39 años.	
40 - 49 años.	
50 - 59 años.	
60 - 69 años	
>70 años	

NÚMERO DE HIJOS:

Ninguno	
1 a 2	
3 a 5	
6 a 9	
Más de 10	

NÚMERO DE ABORTOS:

Ninguno	
1	
2	
Más de 3	

ANEXO 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS GENERAL Y ESPECÍFICAS	VARIABLES
¿Cuáles son las características histopatológicas de las lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes atendidos en el Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018?	Identificar las características histopatológicas de lesiones premalignas y malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar cuáles son las características histopatológicas de lesiones premalignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018. 2. Identificar las características histopatológicas de lesiones malignas del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018. 3. Determinar los cambios citológicos del cérvix en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018. 4. Determinar los antecedentes Gineco - Obstétricos en pacientes del Hospital Amazónico durante el periodo 2014 al 2018. 	No lleva por ser una investigación descriptiva.	<p>Variable Independiente Características histopatológicas</p> <p>Variable Dependiente Antecedentes Gineco - Obstétricos</p>