



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO HISTOPATOLÓGICAS DE PÓLIPO
ENDOMETRIAL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN**

2015

**PRESENTADA POR
CARLOS ABEL FIGUEROA LA TORRE**

**TESIS PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

LIMA – PERÚ

2016



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO HISTOPATOLÓGICAS DE
PÓLIPO ENDOMETRIAL HOSPITAL ALBERTO
SABOGAL SOLOGUREN 2015**

TESIS

**PARA OPTAR GRADO DE MAESTRO EN MEDICINA CON
MENCIÓN EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADA POR
CARLOS ABEL FIGUEROA LA TORRE**

LIMA - PERÚ

2016

ASESOR

Manuel Jesús Loayza Alarico

Doctor en Salud Pública

Centro de Investigación de Salud Pública

Instituto de Investigación Facultad de Medicina Humana

USMP



Presidente :

Pedro Javier Navarrete Mejía

Doctor en Salud Pública

Miembro:

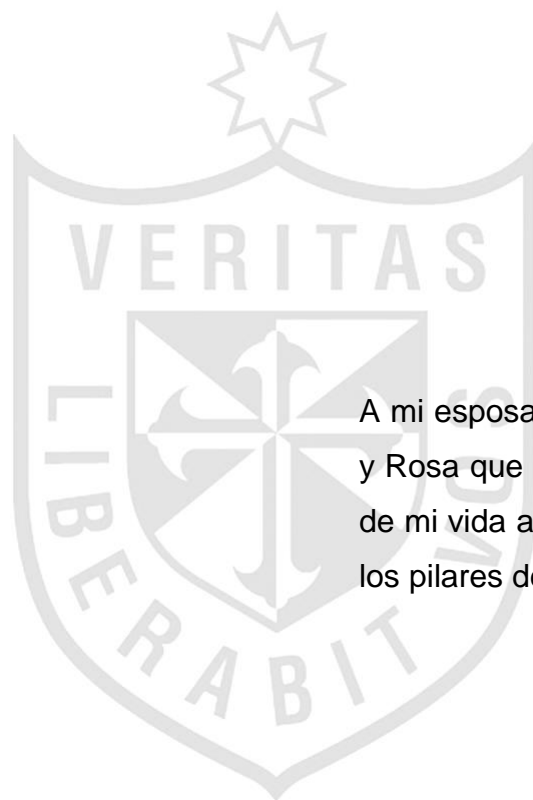
Juan Carlos Velasco Guerrero

Doctor en Salud Pública

Miembro:

Zoel Huatuco Collantes

Maestro en Políticas y Planificación en Salud



A mi esposa Rosa, mis Hijas Carla y Rosa que son el apoyo y la razón de mi vida a mis Padres que fueron los pilares de mi formación

RESUMEN

OBJETIVOS: El propósito del presente estudio tuvo como objetivos: Describir las características clínico histopatológicas de pólipo endometrial en el hospital Alberto Sabogal Sologuren, Essalud. Callao, 2015. Identificar la distribución de la población según edad y grupo etario. Identificar la distribución de la población según las enfermedades médicas concomitantes más frecuentes. Identificar la distribución de la población según los diagnósticos histopatológicos más frecuentes; de la población en estudio

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y corte transversal. La investigación incluyó 160 pacientes del servicio de ginecología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, ESSalud, Callao, durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre del 2015.

RESULTADOS: La edad media fue de 45.39 años, el 70% de ellas correspondieron al grupo etario premenopáusico, el 53.7% presentaron sobrepeso u obesidad, el 53.8% presentó grado de instrucción superior, en relación al estado civil 72.5% fueron casadas o convivientes, el 95.6 % de procedencia urbana, y el 56.9% empleadas. La enfermedad concomitante más frecuente hallada con 18.1% fue la obesidad. El 83.1% presentó síntomas, siendo la media del grosor endometrial (13.27mm) mayor en premenopáusicas. El 43.1% de las pacientes se hicieron histerosonografía. Finalmente, el 63.7% de los diagnósticos histopatológicos, fue pólipo endometrial.

CONCLUSIÓN: Dentro de las características clínico histopatológicas se encontró que el grupo premenopáusico fue más afectado, y la presentación de síntomas fue en la mayoría. La obesidad fue la enfermedad concomitante que más se presentó. El diagnóstico histopatológico más frecuente, después del tratamiento quirúrgico con histeroscopia, fue el pólipo endometrial.

Palabras clave: Características clínico histopatológicas, pólipo endometrial, histeroscopia, histerosonografía.

ABSTRACT

OBJECTIVES: The purpose of the present study aimed to: Describe clinical histopathological features of endometrial polyp in the Alberto Sabogal Sologuren Hospital, Essalud, Callao, 2015. Identify the distribution of the population according to age and age group. Identify the distribution of the population according to the most frequent concomitant medical illness. Identify the distribution of the population according to the more frequent histopathology diagnosis; of the study population.

MATERIAL AND METHODS: Descriptive, retrospective, observational and cross sectional study. The research included 160 patients of the Service of Gynecology from the Alberto Sabogal Sologuren Hospital, ESSALUD. Callao, during the period January 1 to December 31, 2015.

RESULTS: The mean age was 45.39 years, 70% of which corresponded to the premenopausal age group, 53.7% were overweight or obese, 53.8% had higher education, in relation to marital status 72.5% were married or cohabiting, 95.6% of urban origin, and the 56.9% employed. The most frequent concomitant illness found with 18.1% was obesity. The 83.1% showed symptoms, being the thickness endometrial average (13.27mm) greater in premenopausal. The 43.1% of patients did the sonohysterography Finally, the 63.7% of the histopathological diagnosis was endometrial polyp.

CONCLUSION: Inside the clinical and histopathological characteristics, it was found that the premenopausal group was the most affected, and the presentation of symptoms was in the majority. Obesity was the concomitant disease which most arose. The most common histopathological diagnosis, after surgical treatment with Hysteroscopy, was the endometrial polyp.

Keywords: clinical and histopathological features, endometrial polyps, hysteroscopy, sonohysterography.

ÍNDICE

	Pág.
Asesor y Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Resumen	iv
Abstract	v
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	4
I.1 Antecedentes de la Investigación	4
I.2 Bases Teóricas	14
I.3 Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	18
II.1 Tipo y diseño de la Investigación	18
II.2 Diseño muestral: población de estudio criterios de selección, muestra y muestreo	18
II.3 Características del lugar o institución donde se ejecutó la investigación	19
II.4 Instrumento y procedimiento de recolección de datos	19
II.5 Procesamiento y análisis de datos	20
II.6 Aspectos éticos	20
CAPÍTULO III: RESULTADOS	21
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	30
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
V.1 Conclusiones	32
V.2 Recomendaciones	34
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	
Anexo 01: Instrumentos de recolección de datos	
Anexo 02: Matriz de consistencia	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Distribución de la población según grupo de edad Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	21
Tabla 2. Distribución de la población según índice de masa corporal Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	22
Tabla 3. Distribución de la Población según grado de obesidad Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	22
Tabla 4. Distribución de la población según grado de instrucción Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	23
Tabla 5. Distribución de la población según estado civil Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	23
Tabla 6. Distribución de la población según procedencia Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	24
Tabla 7. Distribución de la población según ocupación Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	24
Tabla 8. Distribución de la población según enfermedades concomitantes Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	25
Tabla 9. Distribución de la población según cuadro clínico Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	25
Tabla 10. Distribución de la población según signos y síntomas Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	26
Tabla 11. Distribución de la población según histerosonografía Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	27
Tabla 12. Distribución de la población según diagnóstico histopatológico Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	28
Tabla 13. Población con histerosonografía según diagnóstico histopatológico Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	29

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Distribución de la población según edad Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	21
Gráfico 2. Distribución de la población según grosor Endometrial en (premenopáusica) Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	26
Gráfico 3. Distribución de la población según grosor Endometrial en (postmenopáusica) Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015	27



INTRODUCCIÓN

Los pólipos endometriales son causa de patología ginecológica frecuente, se estima una prevalencia del 24% de la población general, aunque su prevalencia real es desconocida. Los pólipos son responsables del 15% de la hemorragia uterina anormal en mujeres en edad reproductiva y del 25% en mujeres en el periodo postmenopáusicas.^{1,2,4}

La etiología y fisiopatología de los pólipos endometriales aún no se encuentra descrita en su totalidad. Se han formulado algunas hipótesis relacionadas con su origen. Algunos estudios han demostrado una relación entre la presencia de pólipos endometriales y la expresión de receptores hormonales. En un estudio realizado con pacientes postmenopáusicas y sangrado vaginal, se encontró una mayor expresión de receptores, tanto de estrógenos como de muestras de los pólipos endometriales, comparadas con las del endometrio de pacientes sin pólipos.^{2,4,21}

Para algunos autores, los mismos factores de riesgo conocidos para el cáncer de endometrio, como la edad, hipertensión, obesidad, diabetes y la terapia hormonal; y lo demás serían comunes para las mujeres con pólipos endometriales y podrían constituir un subconjunto de mayor susceptibilidad.^{2,40,41} Se entiende además, que la aparición de una enfermedad dependiente de hormonas parece ser el resultado de una interacción entre factores de riesgo, aun es poco conocido la susceptibilidad genética a menudo y la exposición del medio ambiente, lo que podría resultar de múltiples variantes. En particular el estudio de polimorfismos genéticos puede ayudar a explicar las diferencias en la susceptibilidad individual.^{3,2,4,22,26,29}

Los pólipos endometriales normalmente, son benignos y aunque existe riesgo de malignización, no son auténticas neoformaciones. A pesar de desarrollarse a partir de hiperplasias focales y de la capa basal del endometrio, el pólipo endometrial no debe considerarse como un precursor directo del carcinoma

endometrial, sino que únicamente refleja una tendencia proliferativa sobre la que puede desarrollar un carcinoma principalmente en aquellos casos en los que coexisten aunados otros factores de riesgo.^{1,4,36,37,38,42}

La utilización de forma rutinaria en la consulta ginecológica del examen ecográfico transvaginal, hace que en la actualidad, el diagnóstico de pólipos endometriales sea frecuente. Otras de las pruebas que ayudan a precisar el diagnóstico, es la histerosonografía, que ayudan a incrementar de sumo, la precisión diagnóstica de la ecografía tras la inyección de líquido y/o contraste intrauterino. Una herramienta más, que ha venido a mejorar la eficacia diagnóstica de la ecografía es el doppler pulsado y color consiguiéndose con ello una visualización de la vascularización tanto del endometrio como de las estructuras que se encuentran en su seno. El diagnóstico de certeza del pólipo endometrial se realiza tras la visualización, biopsia o extracción y posterior análisis patológico del mismo, mediante el método quirúrgico de la histeroscopia. La realización de este procedimiento, nos permitirá además de visualizar la lesión y caracterizarla; para ello se consideran cualidades tales como: aspecto de la lesión, tamaño, número y situación en la cavidad uterina la vascularización, el aspecto del endometrio adyacente y la presencia o no de lesiones asociadas.^{1,7,23,27,28}

El instrumento más utilizado en el ámbito de la histeroscopia para el tratamiento de las formaciones endouterina es el resectoscopio. Instrumento cuyo sistema es de carácter electroquirúrgico, reseca o fragmenta los pólipos más voluminosos lo que facilita su extracción. Una vez extraídos, los pólipos se remiten a estudio histológicos. Otro sistema que utiliza la electrocirugía como sistema de corte es el electrodo bipolar (versapoint) dicho electrodo corta y coagula; permite el tratamiento de la patología intrauterina con histeroscopios de pequeño diámetro ambulatorios.^{1,8,23}

El tratamiento de pólipo endometrial ha pasado por etapas desde la dilatación y legrado a ciegas, la histerectomía en algunos casos; llegando a técnicas como la resectoscopia quirúrgica bajo visión directa, técnica que nació a raíz del proceso del conocimiento de que la dilatación y legrado a ciegas se muestran como diagnóstico y tratamiento inadecuado en el momento actual.^{4,30,31}

Es sabido que la histeroscopia es el método Gold estándar en el diagnóstico de las alteraciones de la cavidad uterina en este caso para el pólipo endometrial.^{4,8,10,35}

El pólipo endometrial es un problema ginecológico frecuente, que se presenta en la emergencia, consulta externa y áreas de hospitalización, del área y servicio de ginecología del hospital Alberto Sabogal Sologuren, Essalud, Callao. El propósito del presente trabajo tuvo como objetivo; describir las características clínico histopatológicas de pólipo endometrial en el hospital Alberto Sabogal, Sologuren. Essalud. Callao, 2015.

El estudio fue realizado en pacientes con diagnóstico clínico de pólipo endometrial y con manejo por histeroscopia quirúrgica; que acudieron por emergencia y/o consultorios externos del servicio de ginecología y que fueron hospitalizados. Su limitación estuvo relacionado a la recolección de datos a través y por medio de fuentes secundarias (cuaderno de registro, historias clínicas, reporte operatorio y estudio histopatológico); ocurriendo diversos hechos, como que no se encontró la información requerida, se encontró ilegible, que la documentación no se halló, por haberse extraviado y/o error de archivo ó deterioro.

El presente trabajo de Investigación se realizó en el centro hospitalario de IV de Nivel atención; Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Essalud, Callao. Contó con la autorización de la institución para realizar dicha investigación y con el apoyo de los especialistas y recursos económicos del investigador para desarrollarlos. Además se obtuvo como base de datos de los pacientes, la información del servicio de admisión y archivo de historias clínicas del centro hospitalario.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

I.1 Antecedentes de la Investigación

En el año 2007, Alejandra Catalán B. Realizo un estudio descriptivo de pólipo endometrial con manejo por histeroscopia quirúrgica y su correlación histológica en un hospital de Chile. Se presentó la experiencia quirúrgica, en 160 pacientes con diagnóstico ecográfico de pólipo endometrial. Se evaluaron las características epidemiológicas, clínicas y la correlación histológica. La edad promedio fue de 50 años, se analizaron las variables diferenciándolas en premenopáusicas o postmenopáusicas, y presencia de síntomas. En todos los subgrupos la incidencia fue igualmente alta para los pólipo endometriales, seguida en frecuencia por los leiomiomas, hiperplasia endometrial y endometrio proliferativo, entre otros. Encontraron tres casos de adenocarcinoma endometrial, todos en el subgrupo de las pacientes postmenopáusicas sintomáticas. Siendo el procedimiento fue muy bien tolerado y sin complicaciones. Siendo que el examen de histeroscopia es considerado como el estándar dorado por su alta sensibilidad y especificidad. Destacamos así su uso en el diagnóstico y tratamiento de pólipo endometrial.⁵

En el año 2007, Macarena Socías. En su estudio de investigación denominado: Correlación de la histeroscopia y biopsia dirigida en el estudio del engrosamiento endometrial patológico por ultrasonido en un hospital de Chile. Siendo que el objetivo de estudio fue correlacionar la histeroscopia con la biopsia dirigida en pacientes pre y postmenopáusicas con engrosamiento endometrial patológico al ultrasonido. Estudio retrospectivo de 265 pacientes derivadas por engrosamiento endometrial patológico en la ecografía transvaginal y evaluadas mediante histeroscopia con biopsia dirigida. Los resultados: 68.7% de las pacientes tuvieron un aspecto histeroscópico benigno, 15.1% normal, 10.6% potencialmente maligno y 5,6 % maligno. Los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes fueron: pólipo endometrial (n= 92; 34,7%), endometrio proliferativo secretor(n= 84; 31,7%) y mioma submucoso (n= 14,3%). Todos los cánceres de endometrio (n= 9%); tuvieron su presentación en pacientes postmenopáusicas sin terapia de reemplazo hormonal y con endometrio: 11mm. La correlación entre histeroscopia

y anatomía patológica, para diagnóstico de patología benigna tuvo, una sensibilidad y especificidad de 90.7%; el valor predictivo positivo fue de 21.4%. Para diagnóstico de cáncer endometrial la sensibilidad y especificidad fue de 95%; el valor predictivo positivo fue de 33.3%. Conclusión: el 85% de las pacientes con engrosamiento presentaron un histeroscopia alterada (benigna potencialmente o maligna); confirmada en el 80% de los casos por examen de anatomía patológica. El centro con experiencia la histeroscopia normal, puede hacer innecesaria la biopsia. El aspecto potencialmente maligno a la histeroscopia puede ser un sobre diagnóstico, por lo que la anatomía patológica es imprescindible. Todos los canceres endometriales fueron diagnosticados por la histeroscopia.⁶

El año 2008, Ricardo Bassil Lasmar. Publico un estudio descriptivo: Prevalence of hysteroopic finding and histologic diagnoses in patients with abnormal uterine bleeding. El diagnóstico de pólipo endometrial por histeroscopia en Sao Paulo, donde el hallazgo más frecuente por histeroscopia, fue el pólipo endometrial lo que representa: 1,374 (33,9%) casos; cavidad uterina y canal cervical normal, se encontraron en: 814 (20,1%) pacientes; miomas submucosos se diagnosticaron en: 302 (7,5%) mujeres. Endometrio normal fue el diagnóstico histológico más frecuente, lo que representa: 1,888 (46,6%) casos. El diagnóstico de pólipo endometrial se encuentra en: 1,115 (27,5%) pacientes. La hiperplasia endometrial fue diagnosticado en: 613(15,1%) y el cáncer de endometrio en: 105 (2,6%) mujeres. Concluyendo que los pólipo endometriales son los hallazgos histeroscopia más frecuentes, en los pacientes con sangrado uterino anormal mientras que el endometrio normal, es el diagnóstico histológico más frecuente.⁷

En el año 2010, Simone Madeira Nunes Miranda. En su estudio sobre; Pólipos endometriais; aspectos clínicos, epidemiológicos e pesquisa de polimorfismos. En Rio de Janeiro Investigaron los factores de riesgo clínicos y epidemiológicos, para el diagnóstico de cáncer de endometrio, en mujeres postmenopáusicas con pólipos endometriales así como el polimorfismo genético del receptor de progesterona. Concluyeron que en ancianos la edad, la hipertensión y cáncer de mama; fueron significativamente asociados con pólipos endometriales. La presencia de polimorfismo genético del receptor de progesterona, no se asoció

con pólipos endometriales significativo. La incidencia de pólipos malignos era baja y estuvo fuertemente asociada a la hemorragia; pólipo de gran tamaño y la hipertensión arterial.³

En el año 2015, Di Spiezio Sardo A. En su trabajo de revisión: Hysteroscopy and treatment of uterine polyps. En Italia. Resume y analiza a los temas que más destacaron en el proceso de diagnóstico y tratamiento de los pólipos endometriales, centrándose y ubicándose en el papel de la histeroscopia.

Procedimientos no invasivos, como la ecografía transvaginal, con o sin el uso de la ecografía tridimensional (3D) y técnicas de contraste, siguen siendo el pilar de investigación de primera línea. La resección histeroscópica representa el estándar de oro para el tratamiento mínimamente invasivo de los pólipos endometriales. Es la gestión más eficaz y permite la evaluación histológica, mientras que la biopsia ciega o legrado tiene una baja precisión diagnóstica y no deben ser realizadas.⁸

Que en el año 2015, Jehn - Hsiahn Yangy . En su estudio: Factors influencing the recurrence potential of benign endometrial polyps after hysteroscopic polypectomy. En la Universidad Nacional de Taiwán. Describen lo siguiente; un pólipo endometrial es una enfermedad ginecológica frecuentemente encontrada con sangrado uterino anormal e infertilidad siendo estos problemas que se presentan comunes; siendo la polipectomía histeroscópica un método terapéutico eficaz para eliminarlo. La recurrencia de pólipos postoperatoria podría dar lugar a la reaparición del sangrado uterino anormal o infertilidad, mientras que los factores que influyen en el potencial de recurrencia postoperatoria tienen datos limitados. Concluyen; que un mayor número de pólipos endometriales y la duración del seguimiento ya están asociados con un mayor potencial de recurrencia de pólipos después de la polipectomía histeroscópica.⁹

En el año 2015, Luis Tang Ploog: En su estudio retrospectivo llevado a cabo en el centro de endoscopia ginecológica Peruano Alemán, Lima. Perú. Histeroscopia quirúrgica: experiencia en una institución privada. Trata de mostrar la experiencia de la Institución luego de haber realizado cursos para establecer criterios uniformes de manejo de nuestros médicos, de manera de hacer

comparables los análisis. Casi la totalidad de las patologías mencionadas fueron benignas (salvo una hiperplasia atípica con tratamiento conservador por deseo de fertilidad) ya que el centro de estudio es preferentemente gineco-obstétrico; trataron de excluir los casos oncológicos, al no contar con especialista de esta rama. Por ello los pólipos y miomas encontrados en el mayor grupo de pacientes, comparable con otros estudios que excluyen sospechas de hiperplasia atípica. En otros grupos solo el diagnóstico de hemorragia uterina anormal, puede llegar a representar el 40% de los pacientes sometidos a estos estudios; otros con mayor experiencia reportan estudios de esterilización por obstrucción tubárica y resección de tabiques. La edad de nuestra pacientes fue muy variable según la patología, encontrando tanto los pólipos como los miomas preferentemente en edad reproductiva. Sin embargo, muchos trabajos amplían la edad de las mismas, ya que consideran cualquier trastorno menstrual o hemorragia uterina anormal, como indicación de histeroscopia; luego sobre todo por la sospecha de neoplasia malignas. Los ginecólogos consideran de importancia la precisión en el diagnóstico preoperatorio y el planeamiento adecuado de la cirugía, por lo que se ha propuesto varios métodos como el ultrasonido, al que se le agrega la histerosonografía, con el objetivo de evaluar el grado de compromiso miometrial de los tumores, siendo pruebas de poco riesgo y fácil realización, con sensibilidad reportada entre el 73 y 96 %. Estas fueron usadas en 96% de las pacientes. Adicionalmente, hay otros métodos rutinarios, como la histeroscopia diagnóstica de oficina y la histerosalpingografía, más invasivos.¹⁰

El año 2001. Gehard Gebauer. En su investigación investigación prospectiva, en la Universidad de Erlangen-Nuremberg, Alemania sobre; Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps: Results of a prospective study. Se menciona en su objetivo; el determinar si la histeroscopia mejora la detección y extracción de pólipos endometriales en mujeres postmenopáusicas. Este método fue comparado con el legrado uterino que se asocia y complementa con unas pinzas de Randall. Finalmente concluyen: que el curetaje solo en pacientes posmenopáusicas, no es suficiente para la detección y extracción de pólipos endometriales. El uso adicional de fórceps Randall mejora la detección de pólipos considerablemente. Sin embargo, con ambos procedimientos no se logró la extracción completa de los pólipos en un número considerable de pacientes.

La histeroscopia como procedimiento de extracción fue superior; en especial aquellos pacientes con un grosor endometrial mayor de 10mm.¹¹

En el año 2002. Steven R. Goldstein. En su estudio observacional en el departamento de obstetricia y ginecología, Universidad de New York Medical Center sobre; Evaluation of endometrial polyps. Dentro de su objetivo menciona: que los pólipos endometriales son relativamente comunes en todos los grupos de mujeres. Más pólipos están siendo diagnosticados con el uso generalizado de la ecografía transvaginal y la histerosonografía. La incidencia de malignidad es baja. El beneficio potencial de una técnica no invasiva para distinguir benignas de las malignas en pólipo es obvio. Este estudio se realizó para evaluar los pólipos endometriales de flujo de color ecografía doppler y examen histopatológico. Menciona como conclusión; que Los datos sugieren que la evaluación objetiva de la impedancia del flujo sanguíneo (índice de resistencia, índice de pulsatilidad) en los pólipos endometriales y el tamaño de estos pólipos no pueden sustituir a la extirpación quirúrgica y evaluación patológica para predecir el tipo histológico. Los pacientes con pólipos no funcionales eran mayores y menos propensos a tener sangrado vaginal.¹²

En el año 2003. Feng LM. En su investigación descriptiva sobre; clinical study of hysteroscopy surgery for endometrial polyps. En el Hospital Tiantan Beijing, China. Planteo como objetivo: Investigar los métodos de diferentes tipos de cirugía histeroscópica de pólipos endometriales. Concluye, que las pacientes con pólipo que tenía trastorno menstrual sin deseos de fertilidad deben ser sometidas a una resección endometrial, polipectomía con el fin de evitar la recurrencia. La paciente que tiene el deseo de fertilidad debe ser sometida a polipectomía simple. Si tiene un pólipo con hiperplasia polipoidea, deberá ser sometida a la resección endometrial, polipectomía con la capa superficial. La paciente postmenopáusica debe realizarse polipectomía simple o polipectomía con la ablación endometrial.¹³

En el año 2003. Wierzbowski T. En su investigación descriptiva sobre; Hysteroscopic evaluation of the uterine cavity in postmenopausal women with uterine bleeding. En la Universidad de Medicina de Lodz. Menciona como objetivo: evaluación de la histeroscopia para el reconocimiento de las patologías

que causan sangrado postmenopáusico uterino. Llegando a la conclusión; que el manejo con histeroscopia en mujeres postmenopáusicas con sangrado uterino reduce el riesgo de resultado histopatológico de falsos negativos. La histeroscopia es un método útil para la visualización de la cavidad uterina. Gracias a la localización y eliminación de las patologías como pólipos endometriales y adherencias intrauterinas; el sangrado repetido y la segunda admisión, se puede evitar por la misma razón.¹⁴

En el año 2005. Preutthipan. En la investigación que realizaron y cuyo diseño de estudio y tipo de investigación retrospectivo sobre; Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. Universidad de Bangkok, Thailandia. Teniendo como objetivo; determinar la eficacia en la terapéutica y la seguridad de la polipectomía histeroscópica en 240 pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas. Llegando a la conclusión; que la cirugía de polipectomía histeroscópica fue un procedimiento eficaz seguro y mínimamente invasivo con una baja tasa de complicaciones. La restauración de la capacidad reproductiva no depende del tamaño de la lesión eliminada. La cirugía resectoscópica es más preferible para prevenir la recurrencia de los pólipos.¹⁵

En el año 2007. Dacia D.C.A. En su estudio, Retrospectivo sobre: Polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding: effectiveness of hysteroscopy removal. Hecho en University Medical Center. Países Bajos. Su objetivo de estudio fue la estimación de la eficacia de la polipectomía histeroscópica en mujeres premenopáusicas, con sangrado uterino anormal y para identificar los factores de pronóstico para la persistencia o recurrencia de los síntomas, después de la polipectomía. Concluye que casi el 60% de los pacientes requiere tratamiento adicional para la persistencia o recurrencia de la hemorragia uterina anormal cuatro años después de la polipectomía histeroscópica. Aunque no es significativo, el resultado del tratamiento tendía a mejorar mediante la combinación de polipectomía, ya sea con ablación endometrial o inserción de un dispositivo intrauterino de liberación de levonorgestrel.¹⁶

En el año 2007. Giovana Giordano .En su estudio retrospectivo retrospectivo, sobre: Estado posmenopáusico, la hipertensión y la obesidad como factores de

riesgo de transformación maligna de los pólipos endometriales; en la Universidad de Parma, Italia. Mencionan como objetivos: analizar los datos clínicos y características patológicas de seis casos de pólipos endometriales malignas, para comparar estos con otros ejemplos reportados en la literatura y para definir las características de cáncer de endometrio que aparece en pólipos. Por otra parte para aclarar los mecanismos de la carcinogénesis en pólipos endometriales malignas hemos examinado la expresión de la ciclooxigenasas-2, P53 y Ki67 y sus relaciones con las características clínico patológico. El resultado del estudio fue; que todos los pólipos endometriales malignos se habían detectado en las mujeres postmenopáusicas. La mayoría de nuestras pacientes que presentaron pólipos endometriales con signos de malignidad, tenían factores de riesgo para el desarrollo de carcinoma endometrial como la hipertensión, la obesidad y la terapia de estrógenos sin oposición. A diferencia de otros estudios, en que las pacientes no tenían antecedentes de carcinoma de mama previo y el tratamiento con tamoxifeno. Los subtipos más comunes de cáncer de endometrio en los pólipos malignos son el carcinoma endometrial que aparece en los pólipos del endometrio, es un carcinoma endometrial temprano con buen pronóstico; a excepción de carcinoma seroso papilar. Concluyen además que el estado menopáusico, la hipertensión, obesidad; podrían ser considerados como factores de riesgo para la transformación carcinomatosa, dentro del pólipo endometrial en mujeres sin antecedente de carcinoma de mama y demás el tratamiento con tamoxifeno. Sin embargo nuestra serie es pequeña (en seis casos considerados) son necesarios para confirmar esta hipótesis más estudios.¹⁷

El año 2008. Garuti G. En su estudio de diseño prospectivo sobre: Outpatient hysteroscopic polypectomy in postmenopausal women: a comparison between mechanical and electrosurgical resection. Realizado en el Hospital Lody, Italia. Su objetivo de estudio fue la comparación de los resultados de funcionamiento de la polipectomía histeroscópica de oficina, realizadas con manejo de instrumentación electroquirúrgica mecánica o bipolar. La conclusión del trabajo menciona que la polipectomía ambulatoria con resectoscopio, representa una alternativa segura y eficaz, lo que lleva a una extirpación de pólipos completa en aproximadamente el 80% de las pacientes postmenopáusicas. No se observaron diferencias en la tasa

de escisión de pólipo, tiempo quirúrgico, o incomodidad pélvica inducida entre técnicas electroquirúrgicas y mecánicas.²⁸

En el año 2010. Lieng M. En su estudio descriptivo sobre; Treatment of endometrial polyps: a systematic review. En el hospital Ulleval, Oslo, Noruega. Su objetivo fue explorar sistemáticamente la razón de ser de la resección de pólipo transcervical. Siendo su conclusión; que las pruebas que demuestren la extirpación de los pólipos endometriales, está limitada y no se requiere la investigación futura evaluación del resultado de este procedimiento común. En base a la evidencia disponible; sin embargo proporcionamos algunas recomendaciones para el tratamiento de las mujeres con pólipos endometriales.³⁰

En el año 2008. Scrimin F. En su ensayo cuasi-aleatorio sobre: Resectoscopic treatment of atypical endometrial polyps in fertile women; realizado en el Institute of child Health, Italy. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia a largo plazo y el pronóstico de la resección histeroscópica y la coagulación de la base de pólipos endometriales con atipia focal en mujeres en edad fértil con o sin supresión de progestina. Llegando a la conclusión: que el tratamiento conservador con resectoscopio, puede ser considerado en mujeres fértiles con polipós atípicos, si la base del pólipo y el endometrio circundante son benignos. Si las mujeres quieren quedar embarazadas en corto plazo, el uso de progestinas se puede retrasar, con un estricto procedimiento de seguimiento. Se debe alentar estudios más amplios.³¹

En el año 2003. Gundem G. En su investigación: Preoperative and postoperative correlation of histopatological findings in cases of endometrial hiperplasia. Realizada en la Universidad de Ege, facultad de Medicina, Bornova, Izmir, Turquía. Objetivos: para determinar la correlación diagnóstica preoperatoria y postoperatoria de los hallazgos histopatológicos en los casos con diagnóstico de hiperplasia endometrial. Conclusión: El diagnóstico post operatorio de la patología endometrial podría ser diferente que del diagnóstico preoperatorio, especialmente en los casos con hiperplasia endometrial simple sin atipia.³⁸

En el año 2010. Páucar W. En su trabajo de Investigación, para optar el título de especialista en ginecología obstetricia. Correlación del grosor endometrial por ecografía transvaginal, con el diagnóstico histopatológico en pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica: Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; Perú. Conclusión: Los hallazgos histopatológicos mas frecuente en pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica, sin terapia de reemplazo hormonal que acudieron al Hospital Nacional Arzobispo Loayza, entre febrero 2009 y febrero 2010 son: pólipo Endometrial, miomatosis uterina, hiperplasia endometrial sin o con atipia seguido por atrofia endometrial. El grosor endometrial medido por ecografía transvaginal tiene buena correlación con los resultados histopatológicos de patología endometrial en mujeres con hemorragia uterina anormal postmenopáusica. La ecografía transvaginal es un método electivo para brindar una alta probabilidad de sospecha de patología endometrial en mujeres con hemorragia uterina anormal postmenopáusica en quienes el grosor endometrial es mayor a 4mm. Toda paciente con hemorragia uterina anormal y hallazgo de grosor endometrial > 4mm. Debe pasar a estudio histopatológico, para confirmar diagnóstico.⁴⁰

En el año 2013. Quispe C. I. En su Tesis para optar el título de médico especialista en ginecología y obstetricia. Correlato clínico ecográfico e histopatológico del engrosamiento endometrial en pacientes postmenopausicas con hemorragia uterina anormal. En el hospital de la Fuerza área del Perú, durante el periodo comprendido entre enero del 2005 a setiembre del 2012. Siendo un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar el grado de correlación entre el engrosamiento endometrial ecográfico y las características clínicas e histopatológicas en pacientes con hemorragia uterina anormal posmenopáusica. Cuya conclusión describe la existencia de correlación entre el engrosamiento y patología endometrial con hemorragia uterina anormal postmenopáusica. La patología más frecuente por estudio anatomopatológico fue el pólipo endometrial.⁴¹

En el año 2010. Bonilla b. En su Tesis para optar el postgrado en la especialidad de Ginecología Obstetricia. Correlación ultrasonográfica histopatológica en el

diagnóstico de hemorragia uterina anormal durante la perimenopáusia. En el Hospital general de zona Nro. 71 Licenciado Benito Coquet Lagunas. IMSS, Veracruz. México. Siendo un estudio comparativo, transversal, retrospectivo y observacional. El objetivo planteado en este estudio fue; determinar la correlación ultrasonográfica - histopatológica en el diagnóstico de la hemorragia uterina anormal durante la perimenopáusia. Conclusión: La correlación ultrasonografica y Histopatológica de hiperplasia endometrial y miomatosis uterina es mayor al 80%.⁴³

En el año 2010. Coronel C.A. En su Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Siendo su estudio: Correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú. Siendo una investigación correlacional, observacional, descriptivo, retrospectivo. El objetivo fue determinar el grado de correlación entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del hospital Nacional Arzobispo Loayza, en el periodo comprendido del 01 de enero al 31 de diciembre del 2009. La conclusión a que llegaron; fue la existencia de una correlación clínico patológica positiva, la enfermedad medica asociada más frecuente fue la hipertensión arterial. El mayor porcentaje de las pacientes estudiadas presentaron sobrepeso y obesidad.⁴⁶

I.2 Bases teóricas

Los pólipos endometriales son neoformaciones intrauterinas carneas y blandas están formadas por glándulas endometriales y estroma fibrótico y están cubiertas por un epitelio superficial. Los pólipos son lesiones frecuentes y su prevalencia en la población con sintomatología y perdida anormal de sangre, las cifras varían del 10 al 30%. Los pólipos intactos pueden ser únicos o múltiples, asimismo tener un diámetro de milímetros a centímetros y ser sésiles o pediculados. Siendo que en su crecimiento se ha dicho que participan los estrógenos y la progesterona, las dos hormonas elongan las glándulas endometriales, el estroma y la arteria espiral y por ello surge la imagen polipoide característica. Entre los factores de riesgo están el incremento de edad, la obesidad y el uso de tamoxifeno.^{18,1,2}

Los pólipos endometriales son responsables de aproximadamente el 25% de las metrorragias de la menopausia y en las piezas de histerectomía o de biopsia de endometrio la prevalencia es (de 10 a 24%). El riesgo de malignidad del pólipo endometrial en la postmenopáusia es variable y está relacionada con el sangrado uterino anormal.^{24,32} En los casos asintomáticos el riesgo es mínimo; la técnica de polipectomía histeroscópica mejora la fertilidad de esta manera aumenta la frecuencia de embarazos en paciente infértiles.

Napi L. En su estudio determinó que la obesidad, la diabetes y la hipertensión arterial, aisladamente no pueden ser consideradas factores de riesgo para la aparición del pólipo endometrial. Tampoco son factores de riesgo la píldora y el pólipo cervical, pero el uso habitual de la terapia hormonal de reemplazo en la mujer postmenopáusica esta positivamente asociado a la presencia de pólipos endometriales. También se encontró una frecuencia significativamente elevada de mujeres con endometriosis asociada con pólipos endometriales, este incremento fue observado en todos los estadios de la endometriosis.¹⁹

La etiología y fisiopatología de los pólipos endometriales aun no se encuentra descrita en su totalidad, se han formulado algunas hipótesis relacionadas con su origen, entre ellas los factores hormonales. Algunos estudios han demostrado una relación entre la presencia de pólipos endometriales y la expresión de receptores

hormonales, tanto de estrógenos como de progesterona; en las células estromales y glandulares de las muestras de los pólipos endometriales, comparadas con las del endometrio de pacientes sin pólipos. Los pacientes que usan tibolona pueden tener un mayor riesgo de presentar pólipo endometrial. La tibolona produce una hiperplasia del estroma, lo que hace característico en estas pacientes los pólipos de tipo atrófico. Otra razón para pensar en la relación causal entre los pólipos endometriales y el estímulo hormonal, es la mayor incidencia de pólipos observada en pacientes que toman moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, tales como el tamoxifeno o el raloxifeno. Otros factores mencionados son los inflamatorios y proliferativos. Algunos estudios han sugerido que los mastocitos juegan un rol fundamental en el desarrollo del pólipo nasal y los pólipos adenomatosos intestinales. Parece que el papel de los mastocitos en la iniciación y progresión del pólipo endometrial es igualmente importante.^{19,25}

Existen factores genéticos mencionados en reportes citogenéticos sobre los pólipos endometriales, como el realizado por; Paola Dalcin. La conclusión de este grupo de trabajo es que de la misma manera que en otros tipos de tumores mesénquimatosos benignos, la cantidad de alteraciones citogenéticas en los pólipos endometriales es amplia a pesar de su apariencia clínica y morfológica tan similar; por tanto se hace necesario buscar un común denominador para esos tumores a nivel molecular.²

El diagnóstico ha pasado por varias etapas: desde la dilatación y legrado uterino a ciegas, aproximación diagnóstica mediante los rayos x, (histerosalpingografía) la ecografía; primero transabdominal luego la ecografía con sonda vaginal; finalmente con el advenimiento de los métodos más sensibles con la histeroscopia y la histerosonografía se ha constatado que la presencia del pólipo endometrial es mucho mayor y se ha demostrado también que muchos son inadvertidos en los estudios de rutina con la ecografía transvaginal o se muestran como alteraciones inespecíficas.^{4,39}

La histeroscopia es un método sencillo, seguro y efectivo; que permite observar y extirpar el pólipo endometrial, para su posterior estudio anatomopatológico; es la metodología adecuada que combina diagnóstico y tratamiento. La ecografía transvaginal, es casi siempre un estudio previo del que se origina la indicación de la histeroscopia, por haberse encontrado un endometrio engrosado o la sospecha de un pólipo del endometrio; un mioma submucoso u otra anomalía de la cavidad endometrial, ya sea sintomática o no. La histerosonografía, que suele ser un método intermedio entre la ecografía transvaginal y la histeroscopia, es un procedimiento exclusivamente diagnóstico y mínimamente invasivo, más eficaz que la ecografía transvaginal para el diagnóstico de pólipo endometrial.¹⁹ Los pólipos endometriales presentan una escasa tendencia a sufrir transformación maligna o premaligna entre el 0.5% y el 1% según los diferentes autores. Se han sugerido ciertos criterios o características clínicas que se asocian a malignidad.

Algunos autores concluyen que los pólipos sintomáticos en menopausia y aquellos mayores de 1.5cm; se asociaron a cambios malignos y premalignos. Las pacientes premenopáusicas asintomáticas con pólipos menores de 1.5cm, pueden ser sometidas a observación. Otros encuentran que la edad, menopausia y la hipertensión se asocian a malignidad. Otros encuentran asociación entre pólipos e hiperplasia endometrial; pero la existencia de adenocarcinoma presenta la misma prevalencia en pacientes con hiperplasia que en pacientes con pólipos. Asimismo se describe que de 126 pólipos el 23.8%, se asociaron a hiperplasia compleja o atípica y un 1.5% habían experimentado degeneración maligna, dicha generación siempre se asocio a la menopausia.^{20,33,34}

La conclusión histopatológica para todos los subgrupos, correspondió ciertamente a los pólipos en los mayores porcentajes para los cuatro subgrupos; destaca que los hallazgos de malignidad se concentraron efectivamente en el grupo de más alto riesgo neoplásico, como son los pacientes con sangrado menopáusico.^{5,33,34,43}

Es sabido que la histeroscopia es el método Gold Estándar, para el diagnóstico y tratamiento de las alteraciones de la cavidad endometrial.^{4,44,45}

I.3 Definición de términos básicos

- **Pólipo endometrial:** Neoformaciones intrauterinas carneas y blandas están formadas por glándulas endometriales y estroma fibrótico y están cubiertas por un epitelio superficial. Los pólipos son lesiones frecuentes y su prevalencia en la población general es cercana al 8%.¹⁸
- **Premenopáusia:** Es el periodo reproductivo anterior a la menopausia.¹⁸
- **Postmenopáusia:** Es el periodo que se extiende desde la última menstruación (menopausia) en adelante, independientemente de si la menopausia fue inducida o espontánea.¹⁸
- **Histeroscopia:** Constituye el método más sencillo para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de los pólipos endometriales, pues su práctica nos permite confirmar la naturaleza y localización de la lesión, evaluar detalladamente el endometrio, establecer un diagnóstico anatomopatológico con tomas de biopsia.²⁰
- **Histerosonografía:** Es una excelente técnica de estudio para el diagnóstico de patología de la cavidad uterina en la que la infusión de una solución salina estéril en la cavidad endometrial, distiende las paredes y contornea las lesiones ocupantes de la cavidad endometrial.⁴
- **Enfermedad concomitante:** Enfermedad asociada o que ocurre durante el mismo periodo de tiempo, que la enfermedad de fondo.⁴¹
- **Diagnóstico clínico:** Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad mediante evaluación clínica de imágenes y de laboratorio.⁴⁶
- **Diagnóstico histopatológico:** Es el estudio macro y microscópico de los tejidos, que se llega mediante el examen por medio de técnicas histológicas de muestras, obtenidos a través de la biopsia o necropsia.^{40,46}

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

II.1 Tipo y diseño de investigación

- Descriptivo, Retrospectivo, Observacional, de corte Transversal

II.2 Diseño muestral

Población de estudio

Pacientes ingresados por emergencia, consultorio; hospitalizadas con diagnóstico clínico de: pólipo endometrial, las cuales durante el proceso de estudio tuvieron el diagnóstico clínico y estudio histopatológico, obtenido mediante el procedimiento quirúrgico de histeroscopia; durante el periodo comprendido del, 01 de enero al 31 diciembre del 2015.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados con diagnóstico clínico de pólipo endometrial con tratamiento y manejo por histeroscopia; además resultado histopatológico de estudio de muestra quirúrgica obtenida por histeroscopia.

Criterios de Exclusión

- Historias clínicas no accesibles o incompletas y pacientes que no cumplen los criterios señalados anteriormente y resultados histopatológicos que indiquen muestra insuficiente.

Muestra y muestreo

La muestra fue censal incluyó a la población total de pacientes, con diagnóstico de pólipo endometrial y con tratamiento por histeroscopia; atendidos en el periodo de tiempo en mención, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión. No se uso muestra, se trabajó con toda la población. La muestra con la cual se trabajo fue de 160 pacientes. Que acudieron al servicio de ginecología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Essalud, Callao. Durante el periodo 01 de enero al 31 de diciembre del 2015.

II.3 Características del lugar o institución donde se ejecuto la investigación

El presente estudio fue realizado en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren, perteneciente a la red hospitalaria de Essalud; ubicado en jirón colina; 1081, Bellavista; Callao - Lima ,Perú.

II.4 Instrumentos y procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos las realizó el propio investigador, mediante revisión de todas las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de pólipo endometrial a quienes se le realizó histeroscopia quirúrgica en el servicio de ginecología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, entre el 01 enero al 31 diciembre del 2015; los datos obtenidos se manejaron con total confidencialidad y se mantuvo en el anonimato a los pacientes participantes en el estudio.

Se realizó capacitación previa para la recolección de datos en el llenado de la ficha, que fue el instrumento de recolección de datos (anexo: 01); previa revisión exhaustiva de las historias clínicas. El investigador se encargo de la recolección de los resultados histopatológicos del servicio de anatomía patológica del hospital.

II.5 Procesamiento y análisis de datos

Los datos se obtuvieron de la ficha de recolección de datos, se ordenaron en la computadora en el programa de Excel para Windows 2007 y se procesaron valiéndose del programa estadístico statistical package for the social sciences (SPSS V. 22.0). Se analizaron los resultados estudiándose las variables obtenidas en la consolidación de datos. Se procesó y se buscó la posible aparición de relaciones entre ellos.

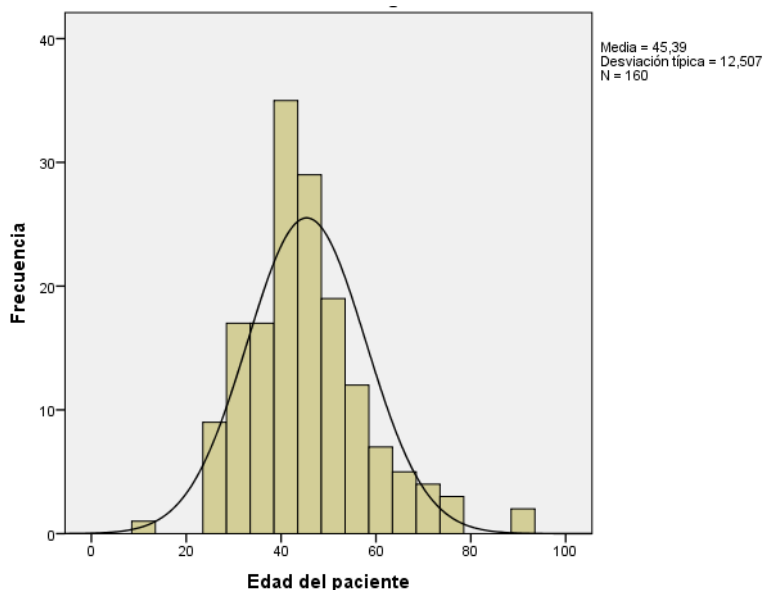
II.6 Aspectos éticos

Según la declaración de Helsinki; se aplicaron sus parámetros éticos para llevar el proceso de investigación, donde se respetó la identidad de las pacientes que se incluyeron al estudio; mencionándose en la base de datos únicamente el número de la historia clínica ingresada en el estudio para poder identificarlas. Asimismo las fichas y resultados histopatológicos fueron guardados solo por el investigador. Asimismo para el desarrollo del presente trabajo de investigación se tuvo la autorización de la jefatura del Servicio de Ginecología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Essalud, Callao; garantizando la confidencialidad de los datos y registros de historia clínica.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Gráfico 1. Distribución de la población según edad
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015



La edad media de la población en estudio es 45.39 años (D.E. :12.5)

Tabla 1. Distribución de la población según grupo de edad
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Grupo	26-49 años (Premenopausia)	112	70,0	70,0
	50-85 años (Postmenopausia)	48	30,0	100,0
	Total	160	100,0	

El 70% (112/160) de los casos estudiados corresponden a mujeres entre los 26 y 49 años.

Tabla 2. Distribución de la población según índice de masa corporal
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<18 (Desnutrido)	3	1,9	1,9
18 -24.9 (Normal)	71	44,4	46,3
IMC 25 - 26.9 (Sobrepeso)	37	23,1	69,4
> 27 (Obesidad)	49	30,6	100,0
Total	160	100,0	

El 53.7% (86/160) de las pacientes presenta sobrepeso u obesidad.

Tabla 3. Distribución de la población según grado de obesidad
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguno	111	69,4	69,4
Grado I	19	11,9	81,3
Obesidad Grado II	26	16,3	97,5
Grado III	4	2,5	100,0
Total	160	100,0	

El 30.7% (49/160) de las pacientes presenta algún grado de obesidad.

Tabla 4. Distribución de la población según grado de instrucción
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
GI	Primaria	17	10,6	10,6
	Secundaria	57	35,6	46,3
	Superior	86	53,8	100,0
	Total	160	100,0	

El 53.8% (86/160) presenta grado de instrucción superior.

Tabla 5. Distribución de la población según estado civil
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EC	Soltero	37	23,1	23,1
	Conviviente	25	15,6	38,8
	Casado	91	56,9	95,6
	Viudo	3	1,9	97,5
	Divorciado	4	2,5	100,0
	Total	160	100,0	

El 72.5% (116/160) de la población es conviviente o casada.

Tabla 6. Distribución de la población según procedencia
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Procedencia	Urbano	153	95,6	95,6
	Rural	7	4,4	100,0
	Total	160	100,0	

El 95.6% (153/160) de la población en estudio son de procedencia urbana.



Tabla 07. Distribución de la población según ocupación
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ocupación	Empleado	91	56,9	56,9
	Desempleado	69	43,1	100,0
	Total	160	100,0	

El 56.9% (91/160) de la población en estudio se encontraba empleada al momento de la investigación.

Tabla 8. Distribución de la población según enfermedades concomitantes
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EC	Ninguna	99	61,9
	Obesidad	29	18,1
	Diabetes	1	,6
	Hipertensión arterial	13	8,1
	Diabetes + obesidad	3	1,9
	HTA + Obesidad	10	6,3
	Diabetes + HTA	3	1,9
	Obesidad+diabetes+HTA	2	1,3
	Total	160	100,0

El 38.1% (61/160) de la población en estudio presentó enfermedades concomitantes. La enfermedad de mayor frecuencia fue la obesidad (18.1%, 29/160).

Tabla 9. Distribución de la población según cuadro clínico
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CC	Asintomático	27	16,9
	Sintomático	133	83,1
	Total	160	100,0

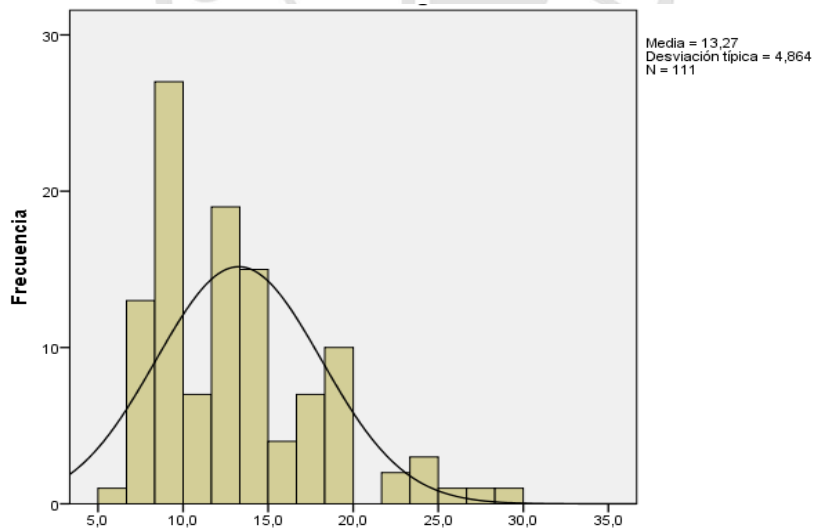
El 83.1% (133/160) de las pacientes presento sintomatología.

Tabla 10. Distribución de la población según signos y síntomas
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Ninguno	27	16,9	16,9
	Dolor	19	11,9	28,7
	Hemorragia uterina anormal	47	29,4	58,1
	Dolor+ Hemorragia uterina	67	41,9	100,0
	Total	160	100,0	

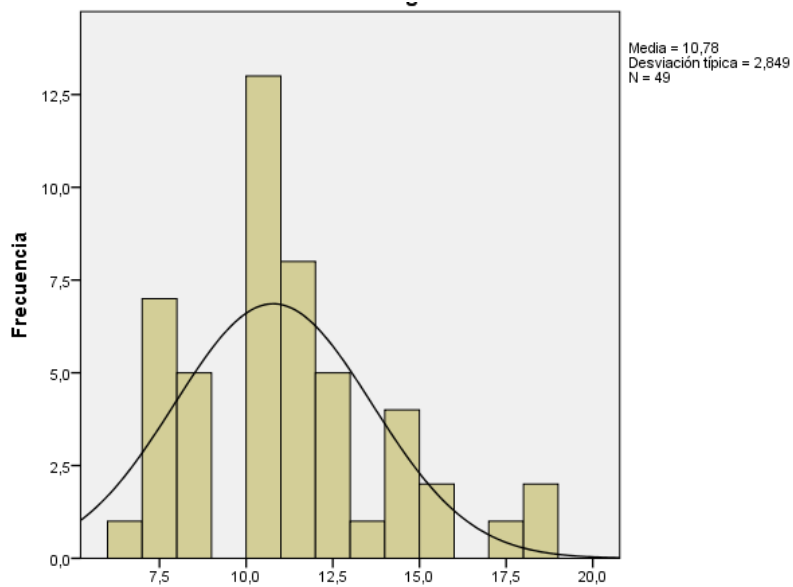
El 41.9% (67/160) de las pacientes presento dolor y hemorragia uterina.

Gráfico 2. Distribución de la población según grosor endometrial en (premenopáusica) Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015



La media del grosor endometrial por ecografía transvaginal en premenopáusica es 13.27 mm, (D.E.= 4.87),N= 111

Gráfico 3. Distribución de la población según grosor endometrial en (postmenopáusia) Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015



La media del grosor endometrial por ecografía transvaginal en postmenopáusica es = 10.78mm (D.E. =2.85), N= 49

Tabla 11. Distribución de la población según histerosonografía Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Histerosonografía	Si	69	43,1
	No	91	56,9
	Total	160	100,0

El 43.1% (69/160) de las pacientes fueron sometidas a histerosonografía.

Tabla 12. Distribución de la población según diagnóstico histopatológico
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
	Pólipo	102	63,7	63,7
	Leiomioma o mioma	35	21,9	85,6
H P	Hiperplasia endometrial simple s/atipia	20	12,5	98,1
	Hiperplasia endometrial c/atipia	1	,6	98,8
	Ca de endometrio	2	1,3	100,0
	Total	160	100,0	

El 63.7% (102/160) de los diagnósticos histopatológicos fueron Pólipo. El 1.3% (2/160) fueron Ca de endometrio.

Tabla 13. Población con histerosonografía según diagnóstico histopatológico
Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2015

			Histerosonografía		Total
			Si	No	
Diagnóstico histopatológicas	Pólipo	Recuento	42	60	102
		% dentro de Histerosonografía	60,9%	65,9%	63,7%
	Leiomioma o mioma	Recuento	18	17	35
		% dentro de Histerosonografía	26,1%	18,7%	21,9%
	Hiperplasia endometrial simple s/atipia	Recuento	8	12	20
		% dentro de Histerosonografía	11,6%	13,2%	12,5%
	Hiperplasia endometrial c/atipia	Recuento	1	0	1
		% dentro de Histerosonografía	1,4%	0,0%	0,6%
	Ca de endometrio	Recuento	0	2	2
		% dentro de Histerosonografía	0,0%	2,2%	1,2%
Total	Recuento	69	91	160	
	% dentro de Histerosonografía	100,0%	100,0%	100,0%	

El 60.9% (42/69) de las pacientes con histerosonografía tuvieron diagnóstico histopatológico de pólipo.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

El pólipo endometrial, es un crecimiento localizado de tejido endometrial cubiertos de epitelio, y con una proporción variable entre estroma, glandular y vasos sanguíneos. La frecuencia aumenta con la edad y son excepcionales en menores de 20 años. La mayor incidencia se ubica en el periodo premenopáusico el riesgo de malignidad en la post menopausia es variable y está relacionada con el sangrado uterino; en los casos asintomáticos el riesgo es mínimo. En nuestro estudio se observa que la media de edad según nuestra población fue (45.39%); con una desviación estándar de(12.5); siendo el mayor grupo en pacientes perimenopáusica: 70%; que son coincidentes con otros estudios, como los mencionados.^{1,16,19}

En relación al índice de masa corporal; se encontró, que el mayor porcentaje de casos se presento, tanto en el rango de obesidad y el sobrepeso, que sumados hacen el (53.7%). Siendo coincidente con otros trabajos.⁴⁶

Actualmente se considera a la obesidad y el sobrepeso, problemas de salud pública, debido a las graves consecuencias; el riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el índice de masa corporal; siendo un factor importante de riesgo para enfermedades crónicas tales como: cardiovasculares; dentro de ellas, la hipertensión, cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales; la diabetes, las enfermedades del aparato locomotor en particular la artrosis y algunos canceres como del endometrio, mama y colon.^{3,17}

Se evaluaron algunas características socio-demográficas, como grado de instrucción, donde más de la mitad (53.8%) presentó instrucción superior; esto guarda relación con el dato lugar de procedencia donde la mayoría (95.6%) fue de procedencia urbana, por la ubicación geográfica del Callao, región eminentemente urbana; siendo la explicación que el acceso a la educación es más asequible que en comparación con la zona rural. De igual forma existe una relación directa la educación con la ocupación; el (56.9%) de la población en estudio, se encontraba empleada al momento de la investigación a diferencia de

otras investigaciones.^{40,41} Debido quizás al hecho de que el Hospital Alberto Sabogal, pertenece a las redes hospitalarias de Essalud; que atiende a pacientes trabajadores asegurados en forma exclusiva y a sus derecho habientes, (esposa e hijos) según ley; siendo esta una población cautiva adscrita a la red hospitalaria correspondiente. En cuanto se refiere estado civil el (72.5%) fueron casadas o convivientes. En cuanto a las enfermedades concomitantes, el 38.1% de la población en estudio presentó enfermedades concomitantes. La enfermedad de mayor frecuencia fue la obesidad; seguido de la asociación: obesidad e hipertensión; siendo de menor frecuencia fue la diabetes; y la asociación: obesidad, diabetes e hipertensión. Estos datos son coincidentes con otros estudios, encontrándose que la obesidad, es la más frecuente como las otras asociaciones.^{12,40,}

En relación al cuadro clínico, al evaluar la presencia de síntomas o no; una gran mayoría de las pacientes presento sintomatología, siendo que el 41.9% presentó dolor y hemorragia uterina; coincidentes con otros estudios.⁵ El grosor endometrial por ecografía transvaginal, es un diagnóstico clínico que se asocia al diagnóstico de pólipo endometrial; en este estudio se observo que en pacientes premenopáusicas, la media de grosor endometrial es mayor al de las pacientes postmenopáusicas. Siendo este un índice ecográfico para el diagnóstico clínico de patología endometrial, entre ellos al pólipo endometrial. La histerosonografía es un examen sensible para el diagnóstico de pólipo endometrial, el cual solo es desplazada por la histeroscopia. En el presente estudio el 43 % de la población, se les realizo esta prueba; dentro de las cuales el 60.9%, tuvieron diagnostico histopatológico post-histeroscopia; de pólipo endometrial. Siendo importante comentar que en otros estudios se encontró y consideró mayor uso de esta prueba.^{4,19,20}

Después del tratamiento de pólipo endometrial con histeroscopia, se obtuvo como diagnósticos histopatológicos mas frecuente al pólipo endometrial, seguido del leiomioma, el cáncer de endometrio tuvo una minima frecuencia 1.3%; estos datos se corroboran con la literatura actual con respecto a la frecuencia del pólipo endometrial; en relación con el leiomioma, se encontró en segundo lugar de frecuencia; ubicación no encontrada en algunos estudios.^{5,6,7,34,40,46}

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1 Conclusiones

- Dentro de las características clínico descritas, se identificó que el grupo etáreo más afectado son las pacientes del grupo premenopáusico, que la frecuencia aumenta con la edad, que el riesgo de malignidad en el grupo postmenopáusico es variable y está en relación directa con la presencia de sintomatología; siendo en nuestro estudio la mayoría de pacientes presento sintomatología, es importante considerarlo.
- En relación al índice de masa corporal y su relación con las enfermedades metabólicas, como la obesidad y el sobrepeso; que se encontraron con mayor frecuencia en nuestro estudio. Estas son considerados factores de riesgo para enfermedades crónicas en general y en alguna patología endometrial; el riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el índice de masa corporal. Que el examen de histerosonografía, que se considera más sensible para diagnóstico, fue realizado en un menor grupo de pacientes.
- Se identificó que la edad media en que se presento el pólipo endometrial fue, 45.39 años; que se encuadra dentro del rango de pacientes premenopáusicas, grupo etáreo que está expuesto a la mayoría de enfermedades concomitantes.
- En cuanto a la distribución de la población, según enfermedades concomitantes, se identificó que la obesidad estuvo presente con mayor frecuencia; seguido de la asociación obesidad-hipertensión. Teniendo en cuenta que las enfermedades metabólicas se asocian a factores de riesgo de la patología en estudio, debemos considerarlas.

- En referencia a la distribución de la población según diagnóstico histopatológico, posterior al procedimiento de histeroscopia se encontró que el pólipo endometrial fue el diagnóstico que con más frecuencia se presento; se encontró que el cáncer de endometrio fue el menos frecuente, aún así se debe tomar en cuenta por su consideración como problema de salud.



V.2 Recomendaciones

- Es importante mencionar que toda paciente en etapa premenopáusica y con datos clínicos de pólipo endometrial, se le debería implementar un manejo protocolizado para un diagnóstico y tratamiento adecuado, tomando en cuenta, las características clínico histopatológicas descritas y la importancia de los exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos; debiéndose actualizar las guías de atención en los servicios de ginecología de los centros hospitalarios.
- Siendo la obesidad identificada como la enfermedad concomitante más frecuente en pólipo endometrial, se debería optar por planes, programas de atención a los problemas de trastorno metabólico, como la obesidad; que se consideran factores de riesgo para una serie de patologías como los pólipos endometriales y cáncer de endometrio. Que a nivel del estado y por intermedio de las instituciones prestadoras de salud, se deberían adecuar estrategias y propuestas para el control de la obesidad y el sobrepeso.
- Al identificar como resultados del presente estudio que el diagnóstico histopatológico mas frecuente después del diagnostico clínico y tratamiento con histeroscopia fue pólipo endometrial; deberíamos afianzar el uso de la histerosonografía, que es considerada como el examen más sensible para diagnóstico de esta patología. Asimismo usar la histeroscopia como tratamiento de elección ya que es considerada la más recomendable para el tratamiento de pólipo endometrial como está descrito en la literatura actual.
- Los estudios venideros se deben de realizar; comprendiendo un mayor tiempo y población a estudiar. Obteniéndose más datos acordes a la patología estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

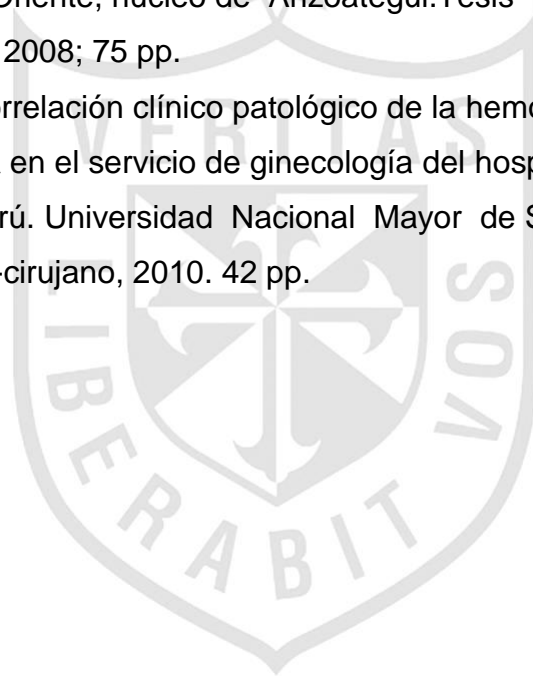
1. Rovira J. Polipectomía Histeroscópica Ambulatoria con energía mecánica: Estudio de los resultados comparado con el sistema de energía bipolar. Tesis Doctoral Barcelona España. Universidad Autónoma de Barcelona. 2015.191pp.
2. Vivas C. A, Ríos J, Romero H.A. Pólipo endometriales, fisiopatología y factores de riesgo. Rev. CES Med.2012;26(2): 175.184.
3. Madeira S, Tamura M, Dale Cotrin I, Joao Batista M. Pólipos Endometriais : Aspectos clínicos, epidemiológicos e pesquisa de polimorfismo. Rio de Janeiro. Rev. Bras .Ginecol.Obstet. 2010, 32 (7).
4. Maita F, Hochstatter E, Ricaldez R, Flores T, Niño de Guzmán O. Diagnóstico de lesiones pólipoides de la cavidad uterina, exéresis dirigida : papel de la histerosonografía. Gac. Medic. Bol. 2007; 30 (2).
5. Catalan A, Corvalan J, Pantoja V, García K, Godoy M. Pólipos Endometrial: Manejo con Histeroscopia Quirúrgica y correlación Histológica. Rev. Chil. Obst. Ginecol. 2007- 72(2):116-119.
6. Socias M, Vargas R, Costoya A, Monje B, Haye M. Correlación de la histeroscopia y biopsia dirigida en el estudio del engrosamiento endometrial patológico por ultrasonido. Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 2007; 72(2): 99-104.
7. Bassil R, Dias R, Mussel P, Pinho M.A, Da Silva E, Baltar D, Prevalence of Hysteroscopic finding and histologic diagnosis in patients with abnormal uterin. bleeding. Fertility and Sterility Am. 2008; 89 (6): 1803-1807.
8. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Guida M, Pierino A, Nappi C. Hysteroscopy And treatment of uterine polyps.Best Pract. Res. Clin. Obst. Gynec.2015. Oct. Oct; 29(7)Oct;29(7):908-19.
9. Yang JH, Chen CD, Chen SU, Yan YS, Chen MJ, Factors Influencing the recurrency potential of bening endometrial polyps after hysteroscopic polypectomy. Plos One 2015 Dic11;10(12).
- 10.Tang L, Albinagorta R, Vega N. Histeroscopia quirúrgica: experiencia en una Institución privada. Rev. Perú. Ginecol. Obste. 2015; 61 (1) 1-8.
11. Gebauer G, Hafner A, Siebzehnrubl E, Lang N. Role of hysteroscopy in detection and extraction of endometrial polyps: Results of a prospective study. American Journal Obstetrics January 2001;184(2): 59-63.

12. Goldstein S, Monteagudo A, Popiolek D, Mayberry Pat, Timor-tritschllan. Evaluation of endometrial polyps. Rev. Am. Journal of Obst. and Gynec. 2002 April; 186 (4): 669-674.
13. Feng LM, Wang Wj, Zhang HX, Zhu YZ. Clinical study of hysteroscopic surgery for endometrial polyps. Zhong hua, Fu Chan Ke Za Zhi. 2003 Oct; 38(10):611-3.
14. Wierzbowski T, Gottwald L, Bienkiewicz A, Suzin J, Hysteroscopic evaluation of uterine cavity in postmenopausal women with uterine bleeding. Ginekol. Pol. 2003 Sep; 74(9): 892-6.
15. Preutthipan S, Herabutya Y. Hysteroscopic polypectomy in 240 premenopausal and postmenopausal women. Fertil Steril. 2005, Mar; 83 (3): 705-9.
16. Henríquez Dacia, Van Dongen Heleen, Wolterbeek R, Jansen F. Polypectomy in premenopausal women with abnormal uterine bleeding: Effectiveness of hysteroscopic removal. J. Minim. Invasive Gynecol. 2007, 2006. January February; 14 (1): 59-63.
17. Giordano G, Gnetti L, Merisio C, Melpignano M. Postmenopausal status, hypertension and obesity as risk factors for malignant transformation in endometrial polyps. Maturitas, The European menopause Journal. 2007 February, 2007; 56 (2): 190-197.
18. Hoffman B, Schorge J, Schaffer J, Halvorson L, Bradshaw K. Cunningham, MD - Williams Ginecología, segunda edición. Mexico, Mc Graw - Hill Interamericana Editores, S. A. de C. 2014. 230-231.
19. Marco C. Pólipo de endometrio. Diagnóstico ecográfico y tratamiento. Rev. Arg. Ultrasonido 2009; 8 (4): 189-193.
20. Villanueva E, Muñoz M. Pólipos endometriales. Rev. Española de Obstetricia Ginecología, 2007; 1(7): 359-366.
21. Elsevier, et al. AAG. Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of endometrial polyps. J. Minim. Invasive Gynecol, 2012 Jan-feb; 19 (1): 3-10.
22. Salim S, Won H, Mrazcog MBBS, Nesbitt-Hawes, Med B, Campbell N, et al. Diagnosis and management of endometrial polyps: A critical Review of the literature. J Minim. Invasive Gynecol. 2011, sep-oct; 18 (5): 569-581.

23. Jiménez j, Hiriart B, Coda S, Corvalan J, Olivares M, Zamora E, et. alt. Experiencia clínica en histeroscopia diagnostica ambulatoria. Análisis de 1,312 casos. Rev. Obstet. Ginecol. Hosp. Santiago Oriente. Dr. Luis Tisne Brouse. 2016; 1 (3) 171–175.
24. Gregoriou O, Konidaris S, Vrachnis N, Bakalianou K, Salakos N, Papadias K, Kondi-Pafiti A, Creatsas G. Climateric, 2009 Oct; 12(5):454-8.
25. Barahona S, Meré J. Hiperplasia Endometrial: Experiencia en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev. Per. Ginecol. Obstet. 2006; 52(3): 170-178.
26. Mac Gurgan P, Taylor L. J, Duffy S. R, O Donovan P. J. Are endometrial Polyps pre-menopausal women similar to postmenopausal women? An inmunohistochemical comparison of endometrial polyps from pre-menopausal and post-menopausal women. Maturitas, The European menopause Journal 2006; 54(3):277-284.
27. Van Dongen H, Janssen CA, Smets MJ, Emanuel MH, Jansen FW. BJOG. 2009 Sep; 116(10):1387-90.
28. Garuti G, Centinaio G, Luerti M. Outpatient hysteroscopic polypectomy in Postmenopausal women: a comparison between and electrosurgical resection. J Minim. Invasive Gynecol, 2008 Sep-Oct; 15 (5): 595-600.
29. Oguz S, Sargin A, Kelekci, Aytan H, Tapisiz O, Mollamahmutoglu L. The Rol of hormone replacement therapy in endometrial polyps formation; the europe menopause Journal. 2005, Mar; 50 (3): 231- 236.
30. Lieng M, Istre O, Qvigstad E. Treatment of endometrial polyps: a review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2010 August; 89 (8): 992-1002.
31. Scrimin F, Wiesenfeld U, Candiotto A, Inglese S, Ronfan L, Guaschino S. Resectoscopic treatment of atypical endometrial polyps in fertil women. Am J. obstetric Gynecol. 2008, Oct; 199(4): 365.e 1-3.
32. Nathani F, Clark T J. Uterine polypectomy in the management of abnormal Uterine bleeding: A systematic creview. J. Minim. Invasive Gynecol. 2006 july, august; 13(4): 260-8.
33. Savelli L, De Iaco P, Santini D, Rosati Federica, Ghi T, Pignotti E, et al. Histopathologic features and risk factors for benignity, hiperplasia, cancer in Endometrial polyps. Am. Journal of Obst. And Gynec. 2013 April; 1 88(4) : 927-931.

34. Wang JH, Zhao J, Lin J. Opportunities and risk factors for premalignant and Malignant transformation of endometrial polyps: management strategies. *J Minim. Invasive Gynecol.* 2010 . Jan-Feb; 17 (1): 53-8.
35. Garuti G, Mirra M, Luerti M. Hysteroscopic view in atypical endometrial hiperplasias: correlation with pathologic findings on hysterectomy specimens. *J. Minim. Invasive Gynecol.* 2006 Jul-Aug; 13 (4): 325-30.
36. Saygili H. Histopathologic correlation of dilatation and curettage and Hysterectomy specimens in patients with postmenopausal bleeding. *Eur. J. Gynaecol Oncol.* 2006;27(2):182-4.
37. Kleebkaow P, Maneetab S, Somboonporn W, Seejornj K, Thinkhamrop J, Kamwilaisak R. Preoperative and postoperative agreement of histopathological findings in cases of endometrial hiperplasia. *Asian Pac. J Cancer Prev.* 2008, Jan-Mar; 9 (1): 89-91.
38. Gundem G, Sendang F, Kazandi M, Akercan F, Mgoyi L, Terek MC, preoperative and postoperative correlation of histopathological findings in cases of endometrial hiperplasia. *Zekioglu O. Eur. J. Gynaecol Oncol,* 2003; 24(3-4) : 330-3.
39. Perera O, Molina L, Torres J. Caracterizacion of Endometrial at prof. Eusebio Hernández, Gynecobstetric Teaching. *Hospital Revista Cubana de Obstetricia Ginecologia.* 2014; 40 (3): 1-11.
40. Paucar W. Correlación del grosor endometrial por ecografía transvaginal con el diagnostico histopatológico en pacientes con hemorragia uterina anormal postmenopáusica: Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis para el grado de especialista en ginecología obstetricia. Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor San Marcos, 2010. 45, pp.
41. Quispe C. Correlato Clínico ecográfico e histopatológico del engrosamiento endometrial en pacientes postmenopáusicas con hemorragia uterina anormal. Tesis para el título de especialista en ginecología y obstetricia. Lima, Perú. Universidad San Martin de Porres, 2013- 34pp.
42. Prado C, Torres L. Correlación del grosor endometrial por ecografía transvaginal con el diagnostico histopatológico en mujeres con sangrado postmenopáusico Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, salud; tesis para especialista en Ginecología-Obstetricia Lima-Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos-2003. 34 pp.

43. Bonilla B. Correlación Ultrasonográfica-Histopatológica en el diagnóstico de hemorragia uterina anormal durante la perimenopausia. Tesis para Grado de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Veracruz, México. Universidad Veracruzana, 2010. 28pp.
44. Mendoza G . Histeroscopia diagnóstica versus legrado Uterino. Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Tesis grado de especialista en Ginecología y Obstetricia. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca. 211. 2011. 107 pp.
45. Álvarez J; Correlación Ecográfica – Histeroscópica – Anatómica – Patológica en pacientes con alteraciones endometriales y sangrado uterino anormal. Centro médico profesional de Maturín del estado de Monagas. Barcelona, España. Universidad del Oriente, núcleo de Anzoátegui. Tesis para título de médico cirujano, Octubre 2008; 75 pp.
46. Coronel C. A; Correlación clínico patológico de la hemorragia uterina anormal postmenopáusica en el servicio de ginecología del hospital nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis para título de Médico-cirujano, 2010. 42 pp.





ANEXO 1 :

Ficha de recolección de datos :

Factores socio - demograficos de la paciente:

- edad :
premenopáusicas : <49 años ()
posmenopáusicas : >50 ()
- peso :
- talla :
- Índice de masa corporal :
I.M.C = $\text{Peso (kg)} / \text{talla}^2 \text{ (mts.)}$

Desnutrida : menor de 18 ()
Normal : 18 a 24.9 ()
Sobrepeso : 25 a 26.9 ()
Obesidad : mayor a 27 ()

- Grados de obesidad : I () 27 a 29.9
II () 30 a 39.9
III () mayor a 40.
- Grado de instrucción :
Analfabeta () primaria () secundaria () superior ()
- Estado civil :
soltera () conviviente () casada () viuda () divorciada ()
- Procedencia :
urbana () rural ()
- Ocupación :
empleada () desempleada ()
- Enfermedades concomitantes :
Ninguna ()
Obesidad ()
Diabetes mellitus ()

Hipertensión arterial ()

Otros

Asociaciones de enfermedades concomitantes:

Diabetes – Obesidad ()

Hipertensión arterial – Obesidad ()

Diabetes – Hipertensión arterial ()

• Cuadro clínico :

Asintomático : ()

Sintomático : ()

Dolor : SI () NO ()

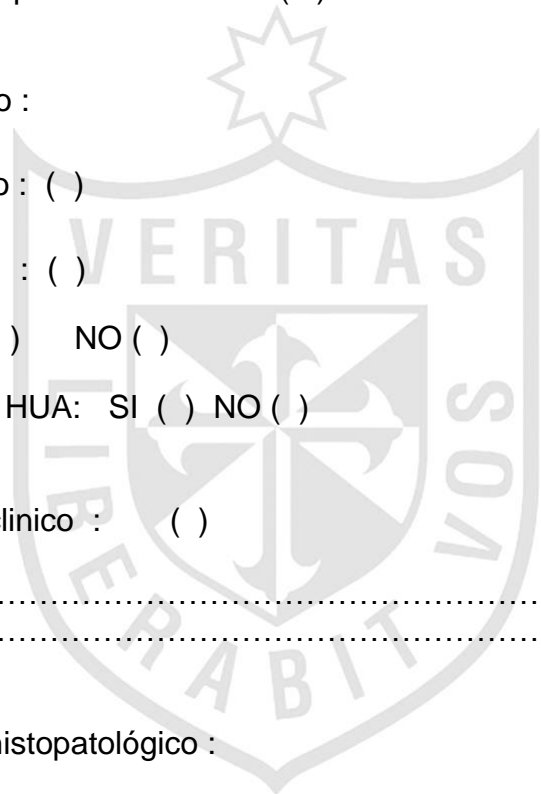
Sangrado – HUA: SI () NO ()

• Diagnóstico clínico : ()

.....
.....

• Diagnóstico histopatológico :

.....
.....
.....
.....



ANEXO : 2

MATRIZ DE CONSISTENCIA

CARACTERISTICAS CLÍNICO HISTOPATOLOGICAS DE PÓLIPO ENDOMETRIAL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL

SOLOGUREN ESSALUD CALLAO 2015

<p><u>FORMULACION DEL PROBLEMA :</u></p>	<p><u>OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION :</u></p>	<p><u>VARIABLES:</u></p>	<p><u>TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO :</u></p>	<p><u>INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS :</u></p>	<p><u>PROCESAMIENTO DE DATOS :</u></p>
<p>¿Cuales son las características clínico histopatológicas de pólipo endometrial en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren Essalud Callao, 2015?</p>	<p>General.- -Describir las características clínico histopatológicas de pólipo endometrial en el hospital Alberto Sabogal Sologuren Essalud Callao, 2015.</p> <p>Específicos.- -Identificar la distribución de la población, según edad y grupo étnico de la población en estudio.</p> <p>-Identificar la distribución de la población según enfermedades medicas concomitantes, deL grupo en estudio.</p> <p>-Identificar la distribución de la población según diagnostico histopatologico más frecuente, de la población en estudio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Grupo étnico. - Índice de masa corporal - Estado civil. - Grado de instrucción. - Procedencia. - Ocupación. - Enfermedades médicas asociadas. - diagnostico Clínico: cuadro clínico sintomatológico. - Grosor endometrial por eco transvaginal. -Histerosonografía - Diagnostico histopatológico. 	<p>Estudio.-</p> <ul style="list-style-type: none"> -Retrospectivo. -Descriptivo. -Observacional. .De corte transversal. 	<p>La recolección de datos realizara por propio investigador.Mediante revisión de historia clínicas de pacientes a quienes se le realizo histeroscopia en pólipo endometrial en el Servicio de Ginecología del Hospital Alberto Sabogal Sologuren entre enero a diciembre del 2015. Los datos obtenidos se manejaran con total confidencialidad y se mantendran en el anonimato a los pacientes participantes del estudio. Se realizara capacitación previa para la recolección de datos en el llenado de la ficha, previa revisión exhaustiva de las historias clínicas.</p>	<p>Los datos se obtendrán de la Ficha de recolección de datos,se ordenaran en la computadora en programa Excell para Windows 2007 y se procesaron valiéndose del programa estadístico Sttistical package for the social sciencies (SPSS 22.0). Se analizaran los resultados estudiándose las variable obtenidas en la consolidación de datos. Se procesara y se buscara la posible aparición de relaciones entre ellos.</p>