

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CORRELACION CITOLOGICA, COLPOSCOPICA E HISTOLOGICA
DE LESIONES DE CUELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA EN HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN, PERIODO 2022**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA**

PRESENTADO POR

ROXANA PANTA ORÉ

ASESOR

PERCY ROSSELL

LIMA - PERÚ

2024



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CORRELACION CITOLOGICA, COLPOSCOPICA E HISTOLOGICA
DE LESIONES DE CUELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE
GINECOLOGIA EN HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN, PERIODO 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR**

**EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR:
ROXANA PANTA ORÉ**

**ASESOR:
PERCY ROSSELL**

**LIMA – PERÚ
2024**

ÍNDICE

	Página
1. Capítulo I: Planteamiento del problema	3
1.1. Descripción del problema	3
1.2. Formulación del problema	4
1.3. Objetivos	4
1.4. Justificación	5
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	5
1.5 Limitaciones	6
2. Capítulo II: Marco teórico	6
2.1. Antecedentes	6
2.2. Bases teóricas	14
2.3. Definición de términos básicos	22
3. Capítulo III: Hipótesis y variables	23
3.1. Formulación de la hipótesis	23
3.2. Variables y su operacionalización	24
4. Capítulo IV: Metodología	26
4.1. Tipos y diseño	26
4.2. Diseño muestral	26
4.3. Técnicas y procedimientos de recolección de datos	27
4.4. Procesamiento y análisis de datos	28
4.5. Aspectos éticos	28
5. Cronograma	29
6. Presupuesto	30
7. Fuentes de Información	31
8. Anexos	37
8.1. Matriz de consistencia	37
8.2. Instrumentos de recolección	39

NOMBRE DEL TRABAJO

**CORRELACION CITOLOGICA, COLPOSCO
PICA E HISTOLOGICA DE LESIONES DE C
UELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE G**

AUTOR

Roxana Panta Oré

RECUENTO DE PALABRAS

7638 Words

RECUENTO DE CARACTERES

43210 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

39 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

147.8KB

FECHA DE ENTREGA

Dec 6, 2023 12:52 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Dec 6, 2023 12:53 PM GMT-5

● **14% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base c

- 14% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossr

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

1. CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema:

El cáncer de cérvix se considera una enfermedad prevenible, debido a una condición precursora que puede ser identificado con exámenes de detección, con mayor tasa de éxito de tratamiento mediante procedimientos de complejidad menor. Programas para tamizaje obtienen una cobertura en el grupo etario específico dentro de la población, y alta adherencia al tratamiento y posterior seguimiento en las mujeres con lesiones precursoras y pueden disminuir la incidencia de cáncer de cérvix hasta 80% (1). Pruebas de detección en el punto de atención, como el examen de inspección con ácido acético (VIA) y detección oportuna en humanos. Las pruebas de detección del virus del papiloma (VPH) permiten tanto detección como el tratamiento en una sola visita. Vincular la detección con el tratamiento es fundamental en los países de ingresos medianos y bajos (LMIC) por el cumplimiento de las con múltiples visitas para completar el tratamiento es un desafío (2). Tamizaje de mujeres entre 30 y 49 años por IVAA o VPH con tratamiento oportuno de precursores del cáncer de cérvix ha sido reconocido y aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pueden ser implementadas incluso en el primer nivel de atención y tienen una relación costo- efectividad promedio de ≤ 100 I\$ (dólar internacional) por años de vida ajustados por discapacidad (DALY) evitados en LMIC.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

De lo expuesto, planteamos:

¿Cuál es la correlación citológica, colposcopia e histológica de lesiones en cuello uterino en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, período 2022?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación citológica, colposcópica e histológica de lesiones de cuello uterino en el servicio de ginecología en Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Describir correlación citológica de lesiones de cuello uterino en el servicio de ginecología en el hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022.
- ✓ Describir correlación colposcópica de lesiones de cuello uterino en el servicio de ginecología en el hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022.
- ✓ Describir correlación histológica de lesiones de cuello uterino en el servicio de ginecología en el hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022.

1.4. Justificación

1.4.1. Importancia

La población femenina en el Perú en el rango de edad de 21 a 65 años que es elegible en la detección oportuna del cáncer de cérvix generalmente, mayoría centros médicos está disponible biopsia y papanicolaou; pero existe poca disponibilidad de estudios de colposcopia. En nuestro centro la colposcopia se realiza por el servicio de gineco obstetricia, generalmente referidos de centros de menor resolución; además de que los resultados no siempre están disponibles de forma oportuna. En el Perú, la prevalencia de cáncer de cérvix es importante; por tanto promover métodos de detección temprana, además de la citología por papanicolaou y la biopsia son de utilidad creciente; y más aún comparar su sensibilidad y especificidad a fin de realizar un tamizaje adecuado de lesiones de cuello uterino premalignas.

1.4.2. Viabilidad y factibilidad

La red de ESSALUD del norte de Lima, cuenta como centro de referencia principal al Hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren, es el centro de referencia y manejo de cáncer de cérvix uterino y las lesiones premalignas; el servicio de gineco obstetricia, cuenta con el sistema de detección de lesiones premalignas, los servicios de Papanicolaou, biopsia y colposcopia, a su vez un servicio de anatomía patológica, donde se realizan los procesos diagnósticos de las pruebas solicitadas. Una vez que los pacientes son sometidos a los estudios diagnósticos, deben ser revaluados para determinar la mejor conducta terapéutica para el paciente.

1.5 LIMITACIONES

La presente investigación es tipo observacional de característica estudio retrospectivo de correlación; al ser un estudio retrospectivo, se requieren que las historias clínicas estén completas; por tanto, en caso estas no estén completas, determinarán un sesgo de información y la pérdida del caso; según datos recientes la patogenia del cáncer de cérvix ha resuelto la etiología del VPH como precursor de su desarrollo (3). La infección con varias cepas de VPH se ha implicado en tanto SCC (cáncer de células escamoso) como adenocarcinoma, que en conjunto constituyen alrededor del 90 % de los cánceres de cuello uterino (4). En los estudios señalados, muchas veces no es posible hacer un diagnóstico oportuno, debido a las características del canal cervical, en especial para lesiones glandulares; el estudio no realizará un seguimiento a largo plazo; lo que podría determinar una pérdida de casos positivos y la necesidad de complementar los estudios con una prueba de detección de cadena de polimerasa para virus de papiloma humano (5); situación que no es prevista en el presente estudio.

2. CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Graue et al. (6) 2020, tipo de estudio: realiza un estudio de seguimiento de mujeres con lesiones cervicales atípicas y el riesgo de cáncer. Población y muestra: se reclutaron 142 445 casos. Para ello realiza el seguimiento de pacientes con células glandulares atípicas (AGUS), adenocarcinoma in situ (ACIS) y células normales/benignas, pero ausencia de células endocervicales o metaplásicas (NC-NEC); la mayoría de AGUS y particularmente SICA fueron seguidos con histología dentro de 1 y 3 años. Resultados: Las lesiones de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) fueron más comunes en mujeres <35 años que en mujeres ≥35 años. El adenocarcinoma de cuello uterino siguió al 13% del SICA después de 1 y 3 años. Después de ACIS y AGUS, el adenocarcinoma de cuello uterino fue el subtipo de cáncer más frecuente. Los riesgos acumulados de adenocarcinoma de cuello uterino después de ACIS, AGUS Y NC- NEC fueron del 3,5% y 0,9%, y 0,05% respectivamente, después de 22 y 9 años de seguimiento. El estudio concluye: que hubo un alto riesgo de malignidad glandular después de AGUS y ACIS en citología. Si se dispone de un tratamiento eficaz de las lesiones precancerosas y del cáncer temprano, la citología proporciona cierto nivel de prevención del adenocarcinoma. La falta de células glandulares no supuso un mayor riesgo de cáncer.

Rayyan et al (7) 2019, tipo de estudio: realiza un estudio retrospectivo en mujeres con resultados de células glandulares atípicas (AGC) informadas en pruebas de papanicolaou, población y muestra: se registraron 68 pacientes tienen frotis informados como células glandulares atípicas de significado indeterminado

(AGUS). Resultados: de 62 pacientes con frotis de Papanicolaou AGUS, se encontró que veintidós casos (32,3%) tenían lesiones malignas clínicamente significativas en el seguimiento histológico posterior. Incluyó 12 casos de adenocarcinoma de endometrio, 5 casos de adenocarcinoma de cuello uterino, 3 casos de carcinoma de células escamosas de cuello uterino y 2 casos con metástasis secundaria a vagina. De los 62 pacientes con Papanicolaou AGUS, catorce casos (20,6%) presentaron lesiones premalignas. Esto incluyó 7 casos de hiperplasia endometrial, 3 casos de adenocarcinoma in situ de cuello uterino (ACIS) y 4 casos con lesiones intraepiteliales escamosas cervicales. El sangrado vaginal anormal fue el síntoma de presentación más común (30,6%); Las mujeres mayores de 40 años y especialmente las posmenopáusicas tenían más probabilidades de tener anomalías histológicas significativas. Conclusiones: El estudio concluye que aunque la incidencia de AGUS es baja, sigue siendo importante y clínicamente significativa debido al alto riesgo sustancial de tener lesiones premalignas o malignas subyacentes. Se debe realizar colposcopia y biopsia dirigida, curetaje endocervical y biopsia endometrial a todas las mujeres con AGUC, especialmente a aquellas mayores de 40 años, menopáusicas o con sangrado vaginal anormal.

Pradhan et al (8) 2016. Tipo de estudio: estudio observacional, retrospectivo en pacientes que tienen resultado de células glandulares atípicas (AGC) en el papanicolau, Población y muestra: reclutaron 589.830 pruebas de Papanicolaou durante el período de estudio, resultados: 3.709 casos (0,6%) fueron informados como AGC, que incluyeron los siguientes: AGC, no especificado (52,0%); células endocervicales atípicas (28,0%); y otras categorías. Hubo 3007 casos (81,1%) con resultados de seguimiento histológico dentro de 1 año. Se identificaron

neoplasia intraepitelial cervical CIN 2/3, adenocarcinoma cervical In situ (AIS) y carcinoma endometrial en el 5,6 %, 1,9 % y 5,5 % de los casos, respectivamente. La neoplasia glandular fue más probable que se identificara en los casos con subcategorías de AGC puras que en los casos con AGC y anomalías escamosas. La neoplasia endometrial fue más probable que se identificara en casos con células endometriales atípicas que en otras categorías. En general, la anomalía grave más común en el seguimiento histológico fue CIN2/3. Aunque CIN2/3 fue la lesión grave más frecuente en pacientes de 30 años a menos (10,0 %) y de 30 a 49 años (6,4 %), el carcinoma de endometrio fue la lesión más frecuente en mujeres de 50 años o más (13,7%). Las lesiones glandulares endocervicales (AIS y adenocarcinoma) ocurrieron en solo el 1,9% de las mujeres. Conclusiones: el estudio concluye que el 90,5% de los casos con carcinoma en el seguimiento histológico fueron carcinomas endometriales o metastásicos. Este estudio respalda la recomendación de que las mujeres con resultados de Papanicolaou deben ser seguidas con muestreo endocervical y endometrial.

Kim et al (9) 2017. Tipo de estudio: realiza un estudio retrospectivo de correlación histológica y el significado clínico de las células glandulares atípicas (AGC) detectadas en las pruebas de Papanicolaou. Se agrupan resultados según el sistema Bethesda: células glandulares atípicas, no especificadas de otro modo (AGC-NOS), células endometriales atípicas (AEM) y células endocervicales atípicas (AEC). Población y muestra: De 713 casos incluidos en el análisis del estudio, resultados: la distribución de las subcategorías de AGC fue la siguiente: AGC 15,3%, AEM 59,6%, AEC 25,1%. De casos con resultados de seguimiento histológico, se diagnosticó que el 33,9 % de los casos tenían lesiones clínicamente

significativas, que incluyen neoplasia escamosa o glandular cervical (1,4% y 10,0 %), neoplasia endometrial (21,5 %) y otro carcinoma metastásico (1,0 %). La neoplasia endometrial fue la patología significativa más frecuente en mujeres ≥ 40 años (28,4 %), mientras que la neoplasia glandular cervical fue la lesión diagnosticada con mayor frecuencia en mujeres < 40 años (14,5 %, $P < 0,001$). Al considerar los antecedentes que podrían afectar los resultados del Papanicolaou, el uso del DIU (10,3 %) y el embarazo (7,3 %) fueron los que se documentaron con mayor frecuencia. Aunque las usuarias de DIU mostraron baja prevalencia de patología significativa (2,6%), los casos de AGC relacionados con el embarazo precedieron a lesiones patológicas significativas en el 14,3%. Conclusiones: la incidencia relativamente alta de neoplasia significativa relacionada con AGC enfatiza la importancia de cumplir con las pautas de manejo de AGC que recomiendan una investigación temprana e intensiva utilizando múltiples modalidades de prueba.

Bruehl et al (11) 2020. Tipo de estudio: realizan un estudio acerca de la utilidad de la prueba de Papanicolaou y el curetaje endocervical para detectar AIS (adenocarcinoma in situ) y EAC (adenocarcinoma endocervical). Se realiza una investigación retrospectiva observacional. Población y muestra: se identificaron 108 pacientes de AIS y EAC, se realizaron pruebas de Papanicolaou en 97 de estos casos y ECC en 87. Resultados: AIS o EAC se detectaron en el 46,4% de las pruebas de Papanicolaou; El 41,4% de los ECC presentaron AIS o EAC. El 92,7% de 20 los casos fueron positivos para Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo y la lesión intraepitelial escamosa concurrente estuvo presente en el 53,3% de los casos. Conclusiones: El estudio concluye que la

prueba de Papanicolaou y los legrados endocervicales tienen una baja tasa de detección de AIS y EAC. La mayoría de los casos de AIS y EAC dan positivo para VPH de alto riesgo. La prueba de Papanicolaou y la ECC muestran diferentes tasas de detección y son herramientas complementarias en pacientes con AIS y EAC. En algunos entornos, un ECC puede aumentar la sensibilidad y especificidad diagnósticas del diagnóstico anatomopatológico.

Zou et al (12) 2021 Tipo de estudio: realiza un estudio acerca del rendimiento de la citología por cepillado endocervical colposcópico (CEB) respecto del legrado endocervical (LEC) para detectar lesiones intra epiteliales escamosas para detectar adenocarcinoma endocervical in situ (AIS +), también se realizó la búsqueda de células glandulares atípica (AGC+). Para ello realiza una investigación tipo retrospectivo observacional. Población y muestra: 151 pacientes, Resultados: se identificaron siete CEB precedentes al diagnóstico de AIS: 6 de 7 fueron positivos o sospechosos para AIS+. Uno de 7 fue negativo y fue negativo en la nueva revisión. Tres de los 6 casos CEB positivos utilizaron bloques celulares con inmunohistoquímica. Se identificaron setenta muestras de ECC anteriores al diagnóstico de AIS: 40 de 70 fueron diagnosticadas como AGC+. Las sensibilidades de CEB y ECC para detectar AIS+ en un umbral de AGC+ son del 86 % y 57 % (muy pocos pacientes para las estadísticas), respectivamente. Para la especificidad, 12 de 18 CEB y 9 de 25 informes ECC con AGC+ fueron falsos positivos por patología quirúrgica de seguimiento. Las especificidades de CEB y ECC son 99,4% y 99,9%, respectivamente. Conclusiones: El estudio concluye que la sensibilidad de CEB para detectar AIS+ (86%) es al menos tan alta como ECC (57%). La especificidad de CEB es similar

a ECC. La adición de un bloque de celdas a CEB puede ser útil. CEB parece ser una prueba apropiada para el seguimiento de las células glandulares atípicas reportadas en las pruebas de Papanicolaou.

Huh et al (15) 2019, Tipo de estudio: realiza un estudio para caracterizar la práctica y el manejo de la colposcopia de mujeres con anomalías cervicales en clínicas comunitarias de EE. UU. Realiza un estudio comparativo, observacional; Población y muestra: se reclutan datos de 3602 mujeres elegibles (mediana de edad = 34 años) que habían sido examinadas entre 2012 y 2017 por 154 colposcopistas en 44 clínicas en 12 estados. La mayoría de las pacientes eran premenopáusicas (87,9 %), tenían seguro privado (88,2 %) y tenían una indicación bajo grado de (lesión intraepitelial escamosa de bajo grado/células escamosas atípicas de importancia indeterminada/virus del papiloma humano positivo) (87,2%). La mayoría de los colposcopistas realizaron menos de 3 colposcopias al mes y su tasa de biopsias fue de 1,47 biopsias/paciente para derivaciones de alto grado y de 0,97 para derivaciones de bajo grado ($p < 0,001$). La biopsia aleatoria fue rara (0,4% de las biopsias). La mayoría de las mujeres (74,9%) se sometieron a muestreo endocervical, incluido el 62,5% de mujeres de 21 a 24 años. La impresión colposcópica con frecuencia no se informó (58,8 %), y su sensibilidad para predecir la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 2+ confirmada por histología como "de alto grado" fue del 56,5 % para derivaciones de alto grado y del 23,2 % para derivaciones de bajo grado. Las escisiones a menudo (44,5 %) arrojaron <CIN 2, incluidos pacientes de 21 a 40 años (37,4 %). Conclusiones: El estudio concluye que la mayoría de los colposcopistas realizaron pocas colposcopias y tomaron menos de 2 biopsias por paciente. La impresión colposcópica tuvo poca sensibilidad para predecir CIN 2+ confirmado por histología. Aunque

investigaciones recientes indican que tomar múltiples biopsias mejora la sensibilidad y la detección de CIN 2+, esto no se practica en los EE. UU.

Buss et al (16) 2022, Tipo de estudio: realizan un estudio acerca del acceso al examen de colposcopia, luego de los resultados de citología anormales. Población y muestra: Se reclutaron 1761 mujeres. Resultados: 700 (39,8%), vinculados a registro de colposcopia dentro del periodo de estudio. Los participantes del estudio constaron de 671 (38%) y el seguimiento se mantuvo hasta seis meses. Se evidencio mayor participación en mujeres de región metropolitana de Sao Paulo, en comparación con los otros estados. No se evidencio asociación entre asistencia de la colposcopia y o citología. Conclusiones: El estudio concluye que acceso a colposcopia se limita en ciudad de Sao Paulo. Esto comprende calidad de pruebas de detección, por lo que se proyecta darles prioridad en planificación de servicios de salud.

Leaño et al (17) 2020, Tipo de estudio: realiza un estudio de correlación entre el estudio citológico, colposcópico e histológico de lesiones pre cancerosas, desarrollan un estudio observacional, retrospectivo. Población y muestra: Se reclutaron 370 historias clínicas. Resultados: La gestión 2015 se registran con diagnóstico citológico de LIE-BG 63% y un 17,2% con LIE –AG 63% y un 17.2% con LIE-AG, ASCUS fue 6.7% y ASCH 12.8%. Según el diagnóstico colposcópico el 54% dio LIE-BG y un 42.5% LIE-AG. El reporte histológico un 62.2% fue NIC I. 26.5% NIC II y el 9.7% NIC III. Conclusiones El estudio concluye que se evidencia correlación entre los elevados porcentajes y lesiones premalignas en cérvix.

Gómez et al (18) 2019, Tipo de estudio: realizan un estudio acerca de la correlación entre los métodos diagnósticos para lesiones cervicales; Población y

muestra: se reclutaron 678 pacientes. Resultados, la citología fue PVH 55.2%, NIC 1 50.1%, NIC 3 7.8%, NIC 2 7.6%, carcinoma in situ 3.1%, carcinoma micro invasor 0.2%, carcinoma infiltrante 0.3%, adenocarcinoma endocervical 0.1%. Los hallazgos de colposcopia bajo grado de 51%, muy por debajo, las patologías benignas 26.8%, y las de alto grado 22.2%. Se realizó biopsia en 379 pacientes; los resultados de las biopsias fueron: PVH 54.6%, NIC 1 37.1%, cervicitis crónica 26.3%, displasia severa NIC 3 24.5%, NIC 2 23.9%, metaplasia escamosa 15.1%, y cervicitis aguda 14.8%. Citología y colposcopia tuvo una correlación de 84.72%. Colposcopia y citología de alto grado tuvo una correlación de 86.5%. La correlación entre citología y colposcopia de bajo grado fue 84.8% y la correlación con patologías benignas y citología fue de 83.4%. La correlación entre lesiones colposcópicas de alto grado y biopsia fue de 97.9%; las lesiones colposcópicas de bajo grado fue 94.4% y lesiones benignas fue de 85.2%. Conclusiones: EL estudio concluye que la asociación entre los métodos diagnósticos mostró una buena correlación citocolposcópica y colpohistológica con diagnóstico de confirmación principalmente ante lesiones de alto grado.

2.2 Bases Teóricas

La investigación sobre la patogenia del del cáncer de cérvix ha descubierto que infección de etiología VPH es un factor crítico precursor de su desarrollo. La infección con varias cepas de VPH se ha implicado en tanto SCC (cáncer de células escamoso) como adenocarcinoma, que en conjunto constituyen alrededor del 90 % de los cánceres de cuello uterino; además, la infección persiste en los diferentes subtipos oncogénico de VPH es la "necesaria", pero no es el determinante etiológico para desarrollar este cáncer. (3) El VPH es el virus sexual

más común infección transmitida e ingresa a las células basales del epitelio cervical en zona de transformación que contienen receptores específicos VPH. La replicación del virus produce la neoplasia intraepitelial cervical 1 (CIN 1) o lesiones intraepiteliales escamosas de bajo grado (LSIL). El 90% aproximadamente por VPH desaparecen 2 años por inmunidad natural juntos a cambios del CIN 1. (4) La infección por VPH oncogénico en epitelio cervical en proporción menor de mujeres infectadas, dan lugar a las condiciones neoplásicas. El adenocarcinoma es la segunda forma más común de cáncer de cuello uterino y constituye aproximadamente 10% de los casos. Los precursores de los adenocarcinomas cervicales son el adenocarcinoma in situ (AIS) o las lesiones glandulares que pueden ser multifocales hasta en un 50% de los casos; más del 90% de las AIS están asociadas a infección por VPH oncogénicos (5).

Epidemiología: Actualmente, aproximadamente 218 tipos de VPH han sido aislados e identificados como causantes de infecciones en humanos (19). La infección ocurre predominantemente por vía de contacto; asimismo, las lesiones cutáneas pueden transmitirse indirectamente, a través de áreas con superficie contaminadas. (20) La lesión genital por VPH es la infección de transmisión sexual más prevalente en todo el mundo. En una reciente revisión sistemática, la prevalencia en Brasil es de 11.89%, Centroamérica (13%) y Europa occidental (9%). (21) Los factores asociados que aumentan el riesgo son número de parejas y la edad de la primera relación sexual, inmunosupresión (incluido VIH), y la presencia de otras ITS, como el herpes simple; la relación con el tabaquismo y el uso de anticonceptivos orales sigue siendo controvertida. (22). La incidencia máxima es alrededor de los 10 años, después de la sexarquia., generalmente

entre los 24 a los 30 años de edad para ambos sexos. Los episodios de manifestación clínica tienen una duración media de dos meses y medio. (23). En la región anogenital, VPH más frecuentes tipo 16 y 18 participa en la patogenia de los tumores malignos, con implicación en prácticamente el 100% de los casos de cáncer de cérvix, 85% de los tumores anales y 50% de los tumores de pene y vulva (24).

Patogénesis: El PVH es un virus con marcada especificidad de especie y son capaces de producir infecciones subclínicas, de larga evolución con baja replicación viral; a través de la evasión de los mecanismos inmunes del huésped; además, participan en el proceso de carcinogénesis de tumores de la región cutánea, anogenital y oral (25). La familia de Papillomaviridae incluye dos subfamilias, Firstpapillomavirinae, con más 50 género y 130 especie Secondpapillomavirinae, con un genero y una especie. (26) la clasificación basada en ADN del gen L1: los géneros comparten más del 60% de la secuencia de nucleótidos y especies, entre 71% y el 89% de nucleótidos. PV mide aproximadamente 50nm diámetro y tiene una cápside no envuelta con simetría icosaédrica; su ADN consiste en una doble hélice con un genoma que va desde 5748 (Sparus aurata virus del papiloma tipo 1; SaPV1) a 8607 nucleótidos (virus del papiloma canino tipo 1; CPV1) (29). La cápside consta de 72 pentámeros de principal proteína L1 y L2 moléculas de la proteína L2 secundaria. Infecta a los peces, reptiles, aves y principalmente, mamíferos. Los PV son genéticamente estables, el genoma viral es generalmente dividida en una región reguladora upstream (URR) o larga región de control (LRC) y dos grupos de marcos de lectura abiertos (ORF) que se designan como temprano (E) o tardío (L) (30). El núcleo, los genes E1, E2, L1 y L2 cumplen las funciones esenciales

durante el ciclo de vida del virus en el epitelio. El E5, E6 y los genes E7 se consideran accesorios y han evolucionado para facilitar la replicación viral en el epitelio escamoso, no estando presente en todos los tipos de PVs (31).

Respuesta inmune: La infección por VPH se da cuando las partículas víricas llegan a ser presentadas a células basales, lo más frecuente es por microtrauma en epitelio.. Principalmente muestra tropismo por células madre de diferentes mucosas y epitelios cutáneos, cuya diferencias influyen en la expresión genética del virus. Los lugares donde infección es más predisponente son cuello uterino y región anal., epitelio especializado las glándulas salivales de la cavidad oral y criptas amigdalinas de la orofaringe, folículos pilosos, ecrinas y glándulas apocrinas, además de la epidermis (22). Su unión con proteoglicanos de sulfato de heparan de células basales y membrana basal expuesta, se da por la proteína L1 e induce cambios en la cápside viral. El ingreso de la cápside ocurren similarmente por mecanismo de macropinocitosis, tarda de dos a cuatro horas. La entrada del genoma viral al núcleo esta mediada por proteína L2 partir de entonces la infección comienza por genoma viral.

Transcripción (23). El ciclo de replicación viral consta de tres fases: el primero de aplicación del ADN con participación proteína E1 y E2. Fase de mantenimiento de replicación viral que ocurre en células infectadas en proliferación y fase amplificación del genoma y formación de nuevos virus que ocurren cuando células completan diferenciación. La Fase de mantenimiento puede durar meses o años. Las proteínas de la cápside viral encapsula el ADN viral y forma partículas virales, que se liberan en medida de que se desprende de células epiteliales. (24).

El VPH completa sus fases del ciclo de vida en células epiteliales, no genera viremia, ni lisis celular, ni inflamación y es protegido por sistema inmune por mecanismos de evasión de respuesta inmune innata, retrasa respuestas inmunes adaptativa. Por regla general, esto fenómeno se correlaciona con infecciones persistentes por VPH y una mayor probabilidad de progresión a neoplasias (25). Los queratinocitos son células centinela del sistema inmunitario y puede iniciar una respuesta a patógenos virales. Las proteínas E6 y E7 de HR-HPV (16, 18 y 31) interfieren en esta respuesta. La infección por VPH no activa ni recluta células de Langerhans, células presentadoras de antígeno presentes en las células escamosas. epitelio. No responden a la cápside del VPH, a diferencia de las células dendríticas derminas que son capaces de iniciar un sistema inmunológico respuesta a la proteína viral L1. En consecuencia, no se produce una respuesta inmunitaria específica de antígeno. (26) Las infecciones iniciales de algunos tipos de VPH se pueden controlar inmunidad innata, mientras que las lesiones clínicamente evidentes requieren una respuesta inmunitaria local que involucra linfocitos T citotóxicos CD8+ y T helper 1CD4+, que producen interleucina 2 (IL-2) e interferón-gamma (IFN-) y reconocen las proteínas virales E6, E7 y E2. La eliminación completa del virus. puede no tener lugar, lo que lleva a su latencia. reactivación del VPH se observa a menudo en pacientes trasplantados inmunosuprimidos y pacientes con VIH. (27)

Oncogenicidad: Los primeros VPH asociados con el cáncer fueron los VPH 5 y 8 en pacientes con EV, una enfermedad genética que predispone a infección por VPH, principalmente del género beta, y en los que, debido a un mecanismo que no se entiende completamente, el cuerpo no logra eliminar el virus y se observan

verrugas en varias áreas En estos pacientes, los VPH están relacionados con la aparición de cánceres de piel no melanoma (CPNM) en las zonas expuestas al sol. (28). Los VPH también contribuyen al NMSC en pacientes inmunosuprimidos con TOS, y persisten dudas sobre su papel en pacientes inmunocompetentes. (29) El principal CPNM encontrado en estos pacientes fue el CCE cutáneo, cuyo principal factor de riesgo es radiación ultravioleta (RUV). Los estudios sugieren que los VPH actúan como carcinógenos auxiliares, necesarios en la iniciación del cáncer proceso, ya que el genoma viral no se detecta en los tumores. Facilitarían la acumulación de mutaciones en el ADN inducida por UVR. (30) Los estudios muestran que se dirigen a las vías celulares involucradas en apoptosis, reparación del ADN y diferenciación celular. Los objetivos celulares varían entre los diferentes tipos de VPH. La proteína E6 de los VPH 5, 8 y 38, por ejemplo, permite que la célula infectada acumular las mutaciones genéticas necesarias para el proceso de la carcinogénesis al interferir con los mecanismos de defensa celular. Se une a la proteína p300, interfiere con el ADN reparar en respuesta al daño producido por la UVR, y contribuye a la acumulación de mutaciones, cromosómicas anomalías e inmortalización celular. Es más, induce la degradación de Bak, una proteína que repara, a través de la apoptosis, daño del ADN celular inducido por UVR. Los La proteína E7 de los -VPH 23, 38 y 49 también tiene propiedades oncogénicas, similares al género alfa, que involucran la inhibición de proteínas supresoras de tumores de la familia de los retinoblastomas.²⁵ VPH del género alfa, específicamente 12 filogenéticamente tipos relacionados de transmisión sexual, especialmente el VPH 16, son relacionados con el cáncer de cuello uterino y, cada vez con mayor evidencia, con otros cánceres en la región anogenital (ano, vulva, vagina, y pene) y orofaringe. (32).El mecanismo por donde HR- HPVs presenta rol

fundamental en la oncogénesis incluye irregularidades en viral expresión génica. Que es causada por integración del genoma viral en lesiones premalignas de alto grado y coexpresión de proteínas E6 y E7 donde modifican medio celular y amplifican genoma viral en células epiteliales diferenciadas, lo que normalmente ser incompetente para la replicación del ADN. Los VPH, proteína E7 se une a proteína supresora de tumores retinoblastoma (pRb), ya que las proteínas supresoras de tumores P53, inhibiendo su acción antiproliferativa y apoptótica.. (28)

Citología: Ante una prueba PVH positivo, se debe realizar una citología. Según el colegio americano de patólogos ha establecido clasificación en terminología de histopatología denominada LAST (Lower anogenital Squamous terminology) que clasifica lesiones escamosas intraepiteliales (SIL) histológicas asociados al VPH en dos grados: las lesiones de (LSIL) y lesiones de “alto grado” (HSLI), independiente de localizado en cérvix, vagina, ano, región perianal y pene. LSIL: se incluye las lesiones NIC1 (Neoplasia intraepitelial cervical de grado 1) de la clasificación de Richart/OMS,2004 (33), ante este resultado, se requiere referir al paciente a colposcopia; el riesgo de progresión a carcinoma invasivo de lesiones identificadas como LSIL en la citología es bajo. Mas de dos tercios de las citologías de LSIL se asocia a infección por VPH, por ello no es útil para la selección de estas pacientes mediante prueba de PVH. La mayoría de veces regresa espontáneamente. HSIL: Incluido NIC2,NIC3 según OMS en 2004. Las lesiones HSLI/NIC2 pueden tanto regresar como progresar. Las lesiones HSIL/NIC3 se consideran neoplasias intra epiteliales con elevado potencial de progresión y constituyen la lesión precursora necesaria de cáncer de cérvix. Ante una prueba

PVH positiva, se debe realizar citología; ante un resultado HSIL, la opción preferente es la colposcopia; 60% de resultados son HSIL/NIC2 y carcinoma invasor 2%.. Población con VPH positivo y citología negativa, presentan riesgo a los 5 años de 5-10%. Las mujeres mayores de 30 años de edad, incrementa riesgo de cáncer invasor a los 5 años y seguimiento del 8%. (34). Atipia en células escamosas de significado incierto (ASC-US):Ante una citología ASC-US se admite varias posibles estrategias, siendo la más recomendada realizar una prueba PVH. Si la prueba es positiva,debe ser derivada a colposcopia más biopsia.

Colposcopia: La colposcopia es el examen del epitelio cervical, bajo del región genital baja y el región ano genital, incrementando la resolución imagen, luego la aplicación de soluciones específicas para detectar lesiones compatibles con neoplasias o para afirmar la normalidad, esto permite las biopsias a áreas de mayor anormalidad (35). La colposcopia está indicada en respuesta a frotis cervical anormal o una prueba adyuvante a la prueba de PVH, el procedimiento debe ser realizado después que el sangrado ha cesado en mujeres que han estado menstruando, los casos de cervicitis o vulvovaginitis deben ser resueltos antes de realizarse el examen, limitar su uso durante el embarazo, en mujeres post menopáusicas, su uso debe ser precedido por el empleo de estrógenos tópicos u orales, tres semanas antes del procedimiento (36). El examen de colposcopio comprende la aplicación de tres soluciones estándar, para determinar la fuente de células anormales en el frotis cervical (37). La solución salina: Debe ser empleada para removerel moco oscuro y detritus, puede encontrarse hiperqueratosis (leucoplaquia), que es un área epitelial engrosada blanca que requiere biopsia, o vasos atípicos, el uso de filtros verdes permite la mejor

visualización de la angio arquitectura. Solución ácido acético 3% a 5%: se emplean torundas o spray para su aplicación, los hallazgos anormales comprenden epitelio acetoblanco y patrones vasculares anormales como son el mosaicismo y la puntuación (38). Además, la solución de lugol o Test de Schiller: Epitelio escamoso ectocervical y vaginal contiene glicógeno, el cual se tiñe con la la solución en marrón caoba. El epitelio columnar y la metaplasia escamosa inmadura o el epitelio neoplásico aparecen como amarillo mostaza; por cuando no presentan glicógeno. Una vez que se han identificado las células anormales, se requiere determinar el margen proximal y distal, el margen distal o periférico, ocasionalmente se puede extender a la vagina (39). El margen proximal, requiere colposcopia, para poder visualizar la nueva unión escamocolumnar, esto determina el informe de colposcopia satisfactoria o insatisfactoria. En caso el borde proximal se encuentre dentro del canal endocervical, se requiere curetaje endocervical, para descartar adenocarcinoma cervical in situ (AIS) y adenocarcinoma invasivo, muchos de los cuales están asociados con NIC.

2.3 Definición de Términos Básicos:

SIL: Lesión escamosa intraepitelial (SIL) histológicas en relación al PVH en dos grados: Lesiones de bajo grado” (LSIL) y lesión de alto grado (HSIL).

SIL: incluye términos de lesiones NIC 1 (neoplasia intraepitelial cervical de grado 1) de la clasificación de Richart/OMS, 2004. Las lesiones HSLI/NIC2 pueden tanto regresar como progresar. NIC 1 displasia leve, NIC 2 displasia moderada NIC 3 displasia severa, carcinoma in situ Atipia células escamosas de significado incierto (ASC-US): Ante una citología de ASC-US se admite varias posibles estrategias,

siendo la más recomendada realizar una prueba PVH. Si la prueba es positiva, debe ser derivada a colposcopia más biopsia.

Colposcopia: La colposcopia es el examen del epitelio cervical y el región anogenital, incrementando la resolución de la imagen, luego la aplicación de soluciones específicas para detectar lesiones compatibles con neoplasias o para afirmar la normalidad, esto permite las biopsias a áreas de mayor anormalidad. Se informa como satisfactoria o insatisfactoria.

Curetaje endocervical, raspado del orificio cervical interno, para descartar adenocarcinoma cervical in situ (AIS) y adenocarcinoma invasivo.

CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIVLES

3.1. Formulación de Hipótesis

De lo expuesto planteamos la siguiente hipótesis:

Hipótesis nula: No existen correlación citológica, colposcópica e histológica de lesiones de cuello uterino en el servicio de ginecología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, durante el periodo 2022.

Hipótesis alterna:

Existe correlación citológica, colposcópica e histológica de lesiones de cuello uterino en el servicio de ginecología del hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, durante el periodo 2022.

3.2. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO	NATURALEZA	ESCALA	INDICADOR	MEDICIÓN
Edad paciente	Edad de la paciente	edad años	Cuantitativo	Cuantitativo	Intervalo	Años	Instrumento
Citología	Resultados de estudio de papanicola o	Resultados celulares de lesiones cervicales	Cualitativo	Ordinal	Nominal	Negativo, atipia escamosa (reactiva, NO SKA) NLSIL (NIC1), HSIL (NIC 2, NIC 3)	Instrumento
Colposcopia	Estudio de lesiones cervicales a través de tinciones y magnificación	Hallazgos de aplicación de soluciones, además de descripción de hallazgos vasculares	Cualitativo	Ordinal	Nominal	Acido acético positivo/negativo Lugol positivo/negativo Lesiones vasculares (mosaico, puntilleo) Quistes de nabot Polipos	Instrumento

Biopsia	Resultados de biopsia luego del estudio histológico de las lesiones cervicales	Resultados histológicos de lesiones cervicales	Cualitativo	Ordinal	Nominal	PVH NIC (displasia) Metaplasia Carcinoma epidermoid e Adenocarcinoma	instrumento
----------------	--	--	-------------	---------	---------	--	-------------

CAPITULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo de diseño de estudio

Estudio observacional, de correlación, retrospectivo.

4.2 Diseño muestral

El hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, cuenta con el servicio de ginecología el cual atiende las referencias de lesiones cervicales pre malignas, para el estudio citológico, colposcópico e histológico.. Durante el año 2021, se registraron 153 casos Para la realización del presente estudio se calculará la muestra enbase a la siguiente fórmula para estudios descriptivos, se aplica la siguiente formula

$$n = \frac{NZ^2 P(1-P)}{(N-1)e^2 + Z^2 P(1-P)}$$

Donde:

N= total de población (153)

Z²= Nivel de confiabilidad 95% (Z=1.96)² =3.84

P= Probabilidad de ocurrencia del fenómeno 50%

(0.5)E= Margen de error +/- 5% (0.05)

Del cálculo:

n= 109 donantes repetitivos +/- 10% (11)

Criterios de selección de la muestra

Criterios inclusión

Pacientes mayores de 18 años

Paciente con resultados de histología, colposcopia y citología
Paciente con historia clínica completa

Criterios de exclusión

Paciente con diagnóstico de cáncer cervical

Paciente con cáncer de endometrio

4.3 Técnica y procedimientos de recolección de datos

Para la realización del presente estudio, se realizará una ficha de recolección de datos aplicada a los resultados de estudio de lesiones pre malignas. La recolección de datos será realizada en el área estadística del hospital nacional Alberto Sabogal Sologuren. Los pacientes deben haber completado los estudios de citología, histología y colposcopia; las cuales han sido realizados en el servicio de ginecología. Se diseñará el proyecto que será sometido al comité de ética de la Universidad San Martín de Porres, luego del cual se pedirá la autorización de la dirección general del hospital en estudio. Los datos recolectados, se ingresarán a una base de datos, para su posterior procesamiento

4.4 Procesamiento y análisis de datos

El presente estudio contará con una base de datos, donde se ingresarán los datos recolectados, el programa para emplearse será SPSS 25.0. Los datos serán analizados con un intervalo de confianza de 95%, se considerará significativos valores de $p < 0.05$, también se aplicarán las medidas de tendencia central, la correlación será calculada a través de la prueba de correlación simple.

4.5 Aspectos éticos

Para la realización del presente estudio se solicitará la autorización de la dirección general y jefatura de departamento, posteriormente de la jefatura de departamento del servicio de ginecología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren

5.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						
Actividades 2023	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Presentación del proyecto trámite de aprobación por las autoridades regulatorias	X	X	X			
Trabajo de campo			X			
Digitación de datos				X		
Elaboración de resultados y análisis					X	
Elaboración del informe final					X	
Sustentación del informe final						X

6.- PRESUPUESTO

Fuente de financiamiento: El presente

estudio es autofinanciado. Recursos

humanos y materiales

Recursos Humanos

Investigador	2500.00
Estadístico	1500.00
Digitador	1500.00
Sub Total	5500.00

Materiales

Impresiones	250.00
Refrigerios	500.00
Trasporte	750.00
Sub Total	1500.00

Total **7000.00 soles**

7.- FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- International Agency for Research on Cancer. IARC Handbook of Cancer Prevention Volume 10. Cervix Cancer Screening. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2005.
- 2.- Basu P, Meheus F, Chami Y et al. Management algorithms for cervical cancer screening and precancer treatment for resource-limited settings. *Int J Gynaecol Obstet* 2017;138 Suppl 1:26-32.
- 3.- Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55(4):244-265.
- 4.- Moscicki AB, Shiboski S, Hills NK et al. Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. *Lancet* 2004;364(9446):1678-1683.
- 5.- Shin CH, Schorge JO, Lee KR, Sheets EE. Conservative management of adenocarcinoma in situ of the cervix. *Gynecol Oncol* 2000;79(1):6-10.
- 6.- Graue R, Lönnberg S, Skare GB, Saether SMM, Bjørge T. Atypical glandular lesions of the cervix and risk of cervical cancer, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2020 May;99(5):582-590
- 7.- Al-Rayyan E, Rashed M, Maaita M, Qudah S, Taso O, Haddadin W. The Incidence and Clinical Significance of Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance on Cervical Pap Smears. *Gulf J Oncolog* 2019 May;1(30):52-56.

- 8.- Pradhan D, Li Z, Ocque R, Patadji S, Zhao C. Clinical significance of atypical glandular cells in Pap tests: An analysis of more than 3000 cases at a large academic women's center. *Cancer Cytopathol* 2016 Aug;124(8):589-95.
- 9.- Kim MK, Lee YK, Hong SR, Lim KT. Clinicopathological significance of atypical glandular cells on cervicovaginal Pap smears. *Diagn Cytopathol* 2017 Oct;45(10):867-872
- 10.- Pulkkinen J, Kares S, Huhtala H, Kholová I. Detection and Outcome of Endocervical Atypia in Cytology in Primary HPV Screening Programme. *Diagnostics (Basel)* 2021 Dec 20;11(12):2402.
- 11.- Bruehl FK, Dyhdalo KS, Hou Y, Clapacs E, Przybycin CG, Reynolds JP. Cytology and curetting diagnosis of endocervical adenocarcinoma. *J Am Soc Cytopathol* Nov-Dec 2020;9(6):556-562.
- 12.- Zou T, Dave S, Adler RN, Manning MJ, Scott MP, Strock C, Kandil D, Cosar E, Fischer AH. Colposcopic endocervical brushing cytology appears to be more sensitive than histologic endocervical curettage for detecting endocervical adenocarcinoma. *J Am Soc Cytopathol* Mar-Apr 2021;10(2):135-140.
- 13.- Liu AH, Walker J, Gage JC, Gold MA, Zuna R, Dunn ST, Schiffman M, Wentzensen N. Diagnosis of Cervical Precancers by Endocervical Curettage at Colposcopy of Women With Abnormal Cervical Cytology. *Obstet Gynecol* 2017 Dec;130(6):1218-1225.
- 14.- Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N, Bryant A, Martin-Hirsch PP, Mustafa RA, Schünemann H, Paraskevidis E, Arbyn M. Cytology versus

HPV testing for cervical cancer screening in the general population. Cochrane Database Syst Rev 2017 Aug 10;8(8):CD008587.

15.- Huh WK, Papagiannakis E, Gold MA. Observed Colposcopy Practice in US Community-Based Clinics: The Retrospective Control Arm of the IMPROVE-COLPO Study. J Low Genit Tract Dis 2019 Apr;23(2):110-115.

16.- Buss, Lewis Fletcher; Cury, Lise ; Ribeiro, Caroline Madalena ; Silva, Gulnar Azevedo e ; Eluf Neto, José. Access to colposcopy in the State of São Paulo, Brazil: probabilistic linkage study of administrative data. Cad. Saúde Pública 38 (1) 12 Jan 20222022 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00304820>

17.- Jaime Leañó Berrios*, Dra. Lizeth Orieth Mena Revollo. Cytologic, colposcopic And Histologic Correlation Of Precancerous Injuries In The Cervix. Rev. Méd. La Paz Vol.26 No.1 La Paz 2020.

18.- Dayana Gómez Moya¹ Miguel González Bellón¹ Sixto Fidel González Pérez^{1*} Ovilma Quintana García. Correlation of Diagnostic Methods Results of Cervical Pathologies at Camilo Cienfuegos Hospital. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2019, vol.45, n.3, e478. Epub 01-Sep-2019. ISSN 0138-600X.

19.- Colpani V, Falcetta FS, Bidinotto AB, Kops NL, Falavigna M, Hammes LS, et al. Prevalence of human papillomavirus (HPV) in Brazil: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2020;15:e0229154.

20.- Reusser NM, Downing C, Guidry J, Tyring SK. HPV Carcinomas in Immunocompromised Patients. J Clin Med. 2015;4:260---81.

- 21.- De Oliveira CM, Fregnani JHTG, Villa LL. HPV vaccine: updates and highlights. *Acta Cytol.* 2019;63:159---68.
- 22.- Nunes EM, Talpe-Nunes V, Sichero L. Epidemiology and biology of cutaneous human papillomavirus. *Clinics.* 2018;73 suppl 1:e489s. 7.
- 23.- Egawa N, Egawa K, Griffin H, Doorbar J. Human papillomaviruses; epithelial tropisms, and the development of neoplasia. *Viruses.* 2015;7:3863---90.
- 24.- Wendland EM, Villa LL, Unger ER, Domingues CM, Benzaken AS. POP-Brazil Study Group. Prevalence of HPV infection among sexually active adolescents and young adults in Brazil: The POPBrazil Study. *Sci Rep.* 2020;10:4920.
- 25.- Salcedo MM, Damin AP, Agnes G, Pessini SA, Beitune PE, Alexandre CO, et al. Prevalence of human papillomavirus infection in pregnant versus non-pregnant women in Brazil. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292:1273---8. 18.
- 26.- Dugué PA, Rebolj M, Garred P, Lynge E. Immunosuppression and risk of cervical cancer. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2013;13:29---42.
- 27.- Miranda AE, Silveira MF, Travassos AG, Tenório T, Val ICC, Lannoy L, et al. High-risk papillomavirus infection among women living with human Immunodeficiency virus: brazilian multicentric study. *J Med Virol.* 2017;89:2217---23.
- 28.- Wang CJ, Palefsky JM. HPV-associated anal cancer in the HIV/AIDS patient. *Cancer Treat Res.* 2019;177:183---209.

- 29.- Van Doorslaer K, Chen Z, Bernard HU, Chan PKS, DeSalle R, Dillner J, et al. ICTV Report Consortium. ICTV Virus Taxonomy Profile: Papillomaviridae. *J Gen Virol*. 2018;99:989---90.
- 30.- Harden ME, Munger K. Human papillomavirus molecular biology. *Mutat Res Rev Mutat Res*. 2017;772:3---12.
- 31.- Schiffman M, Doorbar J, Wentzensen N, Sanjosé S, Fakhry C, Monk BJ, et al. Carcinogenic human papillomavirus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16086.
- 32.- Bruni L, Albero G, Serrano B, Mena M, Gomez ´ D, Muñoz J, et al. ICO/IARC Information Centre on HPV and Cancer (HPV Information Centre). Human Papillomavirus and Related Diseases in Brazil. Summary Report 17 June 2019. Barcelona (ES): Institut Català d'Oncologia; 2019.
- 33.- Cancer Care Ontario. Ontario cervical screening program. Program report 1997-2000. Toronto: Cancer Care Ontario; 2005.
- 34.- Murphy J, Varela NP, Elit L, et al. The organization of colposcopy services in Ontario: recommended framework. *Curr Oncol* 2015;22:287–96.
- 35.- Murphy J, Kupets R, Elit L, et al. Clinical Guidance: Recommended Best Practices for Delivery of Colposcopy Services in Ontario Best Practice Pathway Summary. Toronto: Cancer Care Ontario; 2016.
- 36.- Braithwaite J, Hibbert P, Blakely B, et al. Health system frameworks and performance indicators in eight countries: a comparative international analysis. *SAGE Open Med* 2017;5. 205031211668651. Performance Indicators for Colposcopy in Ontario 000 JOGC 000 2019 5

- 37.- Kupets R, Lu Y, Vicus D, et al. Colposcopic episodes of care: referral, treatment, follow-up, and exit patterns of care for women with abnormal Pap smears. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36:1079–84.
- 38.- Kocken M, Helmerhorst TJM, Berkhof J, et al. Risk of recurrent high-grade cervical intraepithelial neoplasia after successful treatment: a long-term multi-cohort study. *Lancet Oncol* 2011;12:441–50.
- 39.- Bentley J. Colposcopic management of abnormal cervical cytology and histology. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;284:1188–202.
- 40.- Decker KM, McLachlin CM, Lotocki R. Performance measures related to colposcopy for canadian cervical cancer screening programs: identifying areas for improvement. *J Obstet Gynaecol Can* 2015;37: 245–51

8.- ANEXOS

8.1 Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGIA
¿Cuál es la correlación citológica, colposcópica e histológica de lesiones en cuello uterino en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022	Objetivo general Determinar la correlación citológica, colposcópica e histológica de lesiones en cuello uterino en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022	Hipótesis nula No existe correlación citológica, colposcópica e histológica de lesiones en cuello uterino en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, periodo 2022	Lesiones cervicales pre malignas	Resultados de biopsia	Estudio retrospectivo, observacional, de correlación. Se realiza una ficha de recolección de datos, los datos serán incluidos en una base de datos SPSS. El análisis de los datos será a través de las medidas de tendencia central y método de regresión lineal
	Objetivos específicos Describir la correlación	Hipótesis alterna Existe correlación citológica,	Correlación histológica, citológica y	Resultados de citología, colposcópica	

	<p>citológica de lesiones de cuello uterino</p> <p>Describir la correlación colposcópica de lesiones de cuello uterino</p> <p>Describir la correlación histológica de lesiones de cuello uterino</p>	<p>colposcópica e histológica de lesiones en cuello uterino en el servicio de ginecología del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren,</p> <p>periodo 2022</p>	colposcópica		
--	--	--	--------------	--	--

8.2 Ficha de recolección de datos

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Correlación citológica, colposcópica e histológica de Lesiones de Cuello uterino en el servicio de Ginecología del Hospital Nacional Alberto Sologuren, periodo 2022

Historia clínica_____ Edad_____

Biopsia

Fecha de biopsia_____ Resultado_____

ASCUS_____ LSIL_____ HSLI_____

NIC 1_____ NIC 2____ NIC 3_____

Cáncer de cérvix_____

Citología

Fecha de papnicolao_____ Resultado_____

Descripción:_____

Correlación citología/ biopsia_____

Colposcopia

Fecha de colposcopia_____ Resultado:_____

Acido acético_____ Lugol_____

Vasos: Mosaico_____ puntiforme_____

Satisfactorio_____ Insatisfactorio_____

Descripción_____

Correlación colposcopia/ biopsia_____