



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Asociación entre índice de masa corporal y neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en consultorio de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP Luis N. Saenz 2021

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Vásquez Esqueche, Rudy Edgardo

(ORCID: 0009-0005-1056-5042)

ASESORA

Nolte Pardo Figueroa, Sarella Yvette

(ORCID:0009-0008-6200-6965)

Lima, Perú

2024

Metadatos Complementarios

Datos de autor

Vásquez Esqueche, Rudy Edgardo

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 45141785

Datos de la asesora

Nolte Pardo Figueroa, Sarella Yvette

Tipo de documento de identidad de la ASESORA: DNI

Número de documento de identidad de la ASESORA: 41315438

Datos del Comité de la Especialidad

PRESIDENTE: Paredes Ayala, Benjamín

DNI: 06254175

Orcid: 0000-0003-3048-8468

SECRETARIO: Herrera Vera, Alfredo José

DNI: 09399530

Orcid: 0009-0003-1082-7124

VOCAL: Calderón Cornejo, Jorge Richard

DNI: 10790589

Orcid:0009-0000-5221-1385

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912399

ANEXO N°1

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Yo, Vásquez Esqueche, Rudy Edgardo, con código de estudiante N° 202021076, con DNI N°45141785, con domicilio en calle Leoncio Prado 432- San Gabriel, distrito Villa María del Triunfo, provincia y departamento de Lima, en mi condición de Médico(a) Cirujano(a) de la Escuela de Residencia Médico y Especialización, declaro bajo juramento que:

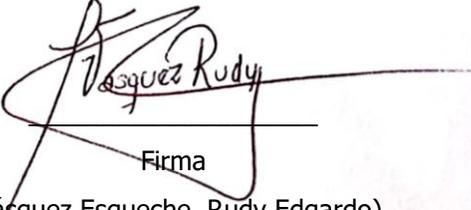
El presente Proyecto de Investigación titulado: "Asociación entre índice de masa corporal y neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en consultorio de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP Luis N. Saenz 2021" es de mi única autoría, bajo el asesoramiento del docente Nolte Pardo Figueroa, Sarella Yvette , y no existe plagio y/o copia de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación presentado por cualquier persona natural o jurídica ante cualquier institución académica o de investigación, universidad, etc; el cual ha sido sometido al antiplagio Turnitin y tiene el 13% de similitud final.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el proyecto de investigación, el contenido de estas corresponde a las opiniones de ellos, y por las cuales no asumo responsabilidad, ya sean de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o de internet.

Asimismo, ratifico plenamente que el contenido íntegro del proyecto de investigación es de mi conocimiento y autoría. Por tal motivo, asumo toda la responsabilidad de cualquier error u omisión en el proyecto de investigación y soy consciente de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de falsa declaración, me someto a lo dispuesto en las normas de la Universidad Ricardo Palma y a los dispositivos legales nacionales vigentes.

Surco, 05 de Junio del 2024


Firma
(Vásquez Esqueche, Rudy Edgardo)

45141785

N° DNI

Asociación entre índice de masa corporal y neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en consultorio de Ginecología y Obstetricia del Hospital PNP Luis N. Saenz 2021

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%	13%	1%	3%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	pdfcoffee.com Fuente de Internet	2%
3	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucsg.edu.ec Fuente de Internet	2%
5	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
6	www.scielo.org.mx Fuente de Internet	1%
7	www.semanticscholar.org Fuente de Internet	1%
8	revistamedica.com Fuente de Internet	1%

9

www.cancer.gov

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ÍNDICE

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Línea de investigación	2
1.4 Objetivos: General y específicos.....	2
1.4.1 General.....	2
1.4.2 Específicos	2
1.5 Justificación.....	3
1.6 Delimitación.....	4
1.7 Viabilidad.....	4
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 Antecedentes de investigación	5
2.2 Bases teóricas.....	8
2.3 Definiciones conceptuales.....	16
2.4 Hipótesis	17
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.....	19
3.1 Tipo de estudio.....	18
3.2 Diseño de investigación.....	18
3.3 Población y muestra	18
3.3.1 Población	18
3.3.2 Muestra.....	18
3.3.3 Selección de la muestra.....	19
3.4 Operacionalización de variables.....	21
3.4.1 Variables.....	21
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos.....	22
3.7 Aspectos éticos	22
CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA	22
4.1 Recursos.....	22
4.2 Cronograma	
4.3 Presupuesto	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
ANEXOS	26

1.	MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	26
2.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
3.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
4.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	29

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En este milenio se ha intentado estudiar los efectos de la adiposidad en los principales resultados de salud debido a que en muchos casos conlleva a el rápido aumento de la obesidad en todo el mundo en los últimos años¹. Diversos estudios e investigaciones han concluido que el índice de masa corporal (IMC) es un predictor importante del riesgo de cáncer².

Un estudio realizado en Noruega reporto asociaciones con varios sitios de cáncer, el cual mostro asociaciones entre el IMC y distintos tipos de cáncer, el cual concluyo fuertes asociaciones entre el IMC y los cánceres de esófago, tiroides, colon, riñones, endometrio y vesícula biliar, y se mostraron asociaciones más débiles para varios otros sitios¹.

Sin embargo, existen limitaciones importantes para la base de evidencia: los estudios individuales a menudo han tenido poca significancia estadística y los posibles factores de confusión se han medido de manera inconsistente entre los estudios³

El cáncer de endometrio es una de las neoplasias ginecológicas de gran impacto en la salud de países desarrollados⁴, se estima que en el año 2030 será la tercera neoplasia más frecuente en Estados Unidos⁵.

La neoplasia de endometrio es el cáncer ginecológico más común entre las mujeres del mundo occidental debido a que el exceso de grasa corporal en la edad adulta está estrechamente relacionado de forma constante con un mayor riesgo de cáncer de endometrio entre las mujeres premenopáusicas y posmenopáusicas⁶. Estudios afirman que el 34% de los casos estudiados de la carga global de cáncer de endometrio se atribuye al exceso de adiposidad adulta^{5,6}.

En la actualidad determinados factores aumentan el riesgo de cáncer de endometrio dependientes de los estrógenos endógenos producidos por la aromatización de los andrógenos en el tejido adiposo⁴. Aunque se ha prestado menos atención a la estatura adulta, la evidencia sugiere que la altura y a la vez la relacion de masa corporal

puede aumentar el riesgo actual de cáncer de endometrio, pero se desconocen los mecanismos específicos.³

Es probable que el inicio del cáncer de endometrio inicia en etapa temprana de la vida; sin embargo, las asociaciones entre el peso corporal en las primeras etapas de la vida y el riesgo subsiguiente de cáncer de endometrio no hayan sido del todo esclarecidas^{4,5}

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la asociación entre índice de masa corporal y neoplasia maligna de endometrio en mujeres que son atendidas en el consultorio externo de ginecología del Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en el año 2021?

1.3 Línea de investigación

El siguiente proyecto sigue el segundo lineamiento del listado dentro de las prioridades de investigación peruana 2019-2023, el cual corresponde a CANCER.

1.4 Objetivos: General y específicos

1.4.1 General

Determinar la relación entre el índice de masa corporal y neoplasia maligna de endometrio en mujeres que son atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNPLuis N. Sáenz en el año 2021.

1.4.2 Específicos

- Conocer el índice de masa corporal en mujeres con neoplasia maligna atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N. Sáenz en el año 2021.

- Describir la características clínicas de mujeres con neoplasia maligna de endometrio atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N. Sáenz en el año 2021.
- Conocer las características sociodemográficas de las mujeres con neoplasia maligna de endometrio atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N. Sáenz en el año 2021.
- Conoce las características patológicas de las mujeres con neoplasia maligna de endometrio atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N. Sáenz en el año 2021.

1.5 Justificación

El sobrepeso y la obesidad se ha convertido en una epidemia mundial asociada con un aumento de casos de morbilidad y la mortalidad que preocupación para la salud pública e individual. Alrededor de 40-70% de la variabilidad inter-individual en el IMC, comúnmente utilizado para evaluar en índice de masa corporal.⁷

Se prevé que el cáncer de endometrio supere el cáncer colorrectal para convertirse en el tercer sitio principal cáncer entre las mujeres de los Estados Unidos en el año 2030.⁸ Es por ello que el I exceso de tejido celular subcutáneo se considera un factor de riesgo bien establecido para el cáncer de endometrio, se considera principalmente una consecuencia de las opciones de estilo de vida modificables⁹.

Distintos factores de riesgo han sido estudiados y analizados por diversos autores, varios de los cuales se han observado que la alteración del índice de masa corporal es uno de los factores importantes y sobretodo que este es un factor modificable⁶, es por ello la importancia de llevar a cabo este estudio con la finalidad de crear nuevos estilos de vida en las mujeres peruanas

Actualmente no se cuenta con investigaciones sobre la relación o asociación entre índice de masa corporal alterado y neoplasia de endometrio, de ahí el interés y la importancia de la realización de esta investigación, para comprobar de forma objetiva la realidad del hospital, para así, crear modificaciones en el estilo de vida de las mujeres atendidas en esta institución y puedan establecer medidas que consideren oportunas para prevención en la institución.

1.6 Delimitación

Como delimitación espacial este estudio será realizado en el Hospital P.N.P Luis N. Sáenz, en el servicio de Gineco Obstetricia, la cual tiene como marco temporal el periodo comprendido en el año 2021 y contando con una población que será categorizada en dos grupos, el primero que será conformado por pacientes con diagnóstico de neoplasia de endometrio y el segundo grupo que no presente neoplasia maligna de endometrio.

1.7 Viabilidad

El presente estudio será viable porque se cuenta con recursos humanos, físicos y financieros para ser ejecutado, el cual será llevado a cabo por el investigador principal, que además será el responsable de solventar los gastos a realizar y equipos a utilizar y de tramitar los permisos reglamentarios y necesarios para poder llevar a cabo la investigación dentro de la institución.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

Antecedentes internacionales

Prescott J, et al⁷. En su estudio “Puntuación de riesgo genético del índice de masa corporal y riesgo de cáncer de endometrio” comprobó que el IMC se asoció estadísticamente de manera significativa con el riesgo de cáncer de endometrio ($P = 0,002$). Por cada 10 alelos de riesgo de IMC, una mujer tenía un 13% más de riesgo de cáncer de endometrio (IC del 95%: 4%, 22%). Sin embargo, después de ajustar el IMC, el BMI GRS ya no se asoció con el riesgo (por cada 10 alelos de riesgo de IMC OR = 0,99, IC del 95%: 0,91, 1,07; $P = 0,78$). La heterogeneidad por IMC no alcanzó significación estadística ($P = 0,06$), y no se observó ninguna modificación del efecto por edad, ($P \geq 0,58$).

Sánchez C, et al¹⁰. En su estudio “obesidad y cáncer la tormenta perfecta” basado en su estudio comprobó que el sobrepeso y obesidad son causa aproximada del 39% de los casos de neoplasia ginecológico siendo endometrial, 37% de cáncer de aparato digestivo, en primer lugar el de esófago, 25% de neoplasia renal, 11% de CCRy 9% de CM en mujeres que ceso la regla . Esta asociación o relación entre obesidad vs cáncer es distinto de acuerdo a la etapa reproductiva, siendo la relación obesidad-neoplasia de endometrio la que cuenta con mayor causa consistente de este tipo de neoplasia. (Riesgo relativo (RR): 2,5-3).

Celi M¹¹. En su estudio “Factores que influyen en el desarrollo de Hiperplasia Endometrial en mujeres postmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo enero a diciembre 2013” . Los resultados evidencian que, de las 215 pacientes con cáncer de endometrio, 200 de ellas (93%) presentaron un IMC mayor de 30 Kg/m² ($p = 0.032$), es decir, presentaron como factor de riesgo la obesidad, siendo la que predominó la obesidad grado I (Leve) con 113 pacientes correspondiente a un 52%.

Torres A. et al¹². concluye que se va incrementando la frecuencia relativa de los

cánceres ginecológicos dicho estudio mostró que al comparar poblaciones en los periodos 2010-2011 comparado 2016-2017 hubo incremento del índice de neoplasia de endometrio: de 17.9 a 29.4% ($p = 0.001$) dato que lo clasifica como el segundo líder entre las neoplasias ginecológicas del servicio de Oncología, también se encontró, en cuanto a adiposidad y obesidad, incremento de 46.1 a 72.5% ($p = < 0.5$).

Biro F¹³. En una revisión “síndrome metabólico y cáncer en ginecología” concluye que ser obesa multiplica el riesgo de neoplasia de endometrio. Así como la relación de masa corporal entre 25 - 30 indica un riesgo relativo de neoplasia de endometrio de 1.3, asimismo un índice de masa corporal superior > a 30 reporta un riesgo relativo de 2.5(IC del 95%, 02,11 a 03,06).

Quesada Y et al¹⁴ .En su estudio llega a la conclusión que la edad de presentación promedio de las pacientes diagnosticadas con neoplasia de endometrio fue de $60,8 \pm 9$ años. Dentro de ellas un tercio presento sobrepeso 30,6 %, y casi la mitad 44,9 % eran obesas. Asimismo, al estudio histopatológico posintervencion quirúrgica muestra que el 14.3%de la lesión estuvo limitada a endometrio; y dentro de ellas el 61.2% invadió dos terciosexternos del miometrio. Respecto a la extensión a otras zonas como al cuello y anexosuterinos indeican que fue de 38,8 % y 22,4 %, respectivamente.

Sepulveda J, et al¹⁵. en su estudio “obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica” afirma que determinaron que, existe riesgo relativo de desencadenar cáncer de endometrio en mujeres con obesidad (IMC >30 kg/m²) siendo su riesgo relativo de: 1.78, I.C 95%, 1.41 a 2.26, además concluye que mujeres con obesidad mórbida (IMC mayor o igual a 40) su riesgo relativo fue de: 3.02, I.C 95%, 1.66 a 5.52,, dentro de sus resultados finales afirma que casi la mitad de los cánceres endometriales (40%) son desencadenados por factores modificables como es el exceso de peso.

Ballonk, ¹⁶et al¹⁶. en su estudio retrospectivo “Factores predictores de sobrevida en pacientes con cáncer de endometrio tratados con neoadyuvancia preoperatoria” realizado en Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en el periodo de 1995- 2004, concluye que de las 53 pacientes estudiadas la edad promedio encontrada fue de $59 \pm 10,54$ años (oscilando: 40 a 91 años). De ellas un 26,42% (16/53) tuvieron un IMC sin alteración, el 73,58% (37/53) presentó algún grado de alteración del IMC. Posteriormente se presentó 3 casos de pacientes que tuvieron una nueva neoplasia (neoplasia de pulmón, estómago y mama). Dentro de su analítica encontró que más del 50% tuvo el tipo histológico más frecuente: Carcinoma de tipo I endometrio de con el 75,47% (39/53), respecto al grado histológico el 32,08% (17/53) fue alto o (G3), la mitad es decir el 52,82% (28/53) fue de grado histológico intermedio o (G2), y 15,1% (8/53) fue de bajo grado histológico (G1).

Antecedentes Nacionales

Amado M ¹⁶ en su estudio realizado en nuestro país , nos menciona que el orden de frecuencia de los cánceres ginecológicos de mayor impacto en salud publica en mujeres son los siguientes cáncer de cérvix, cáncer mama, cáncer de endometrio y cáncer de ovario; al realizar este estudio aproxima que la mortalidad por cáncer de endometrio ocupa un 30% , y que estos pueden disminuir su prevalencia realizando cambios en el estilo de vida y realizando actividades saludables .

Dentro de su estudio considero 201 historias clínicas con diagnóstico de lesiones premalignas para cáncer de endometrio de las cuales el 66.2% eran post menopausicas y el 33.8% eran premenopausicas; encontró que el rango de edad oscilaba en mujeres entre 40- 59 años representando un 74,2 %. Respecto a paridad describe que es más frecuente en aquellas que son multíparas; asimismo hallo que el 49.3% tenía sobrepeso y un 34.8% obesidad respectivamente. Respecto a antecedentes familiares de cáncer de endometrio represento un 3%; asi como enfermedades asociadas como la diabetes mellitus aumenta en un 5% de probabilidad de padecer esta enfermedad.

Hoyos J¹⁷ en su estudio afirma que uno de los mejores métodos de ayuda diagnostica es la resonancia magnética encontrando que la edad promedio fue de 60 años. Según

el tipo histológico, el Adenocarcinoma endometrioide ocupando casi el 50%, al igual que el Adenocarcinoma de células claras con similar aproximación. para valorar infiltración miometrial la resonancia magnética tiene una sensibilidad de 75.00%, especificidad (E) de 65%, probabilidad que tenga enfermedad (VPP) de 85% y probabilidad que no tenga enfermedad (VPN) de 50% para estadios I Y II.

2.2 Bases teóricas

El Cáncer de Endometrio es la segunda neoplasia ginecológica más frecuente a nivel mundial, siendo más común en la perimenopausia. La incidencia de neoplasia de endometrio se presenta seis veces más en países desarrollados que en los de proceso de desarrollo, pese a que la mortalidad es menor que en aquellos países con menor desarrollo. De los tumores del cuerpo uterino la neoplasia endometrial es el más frecuente, de todas la más frecuente es la variedad endometrioide, la cual se da generalmente en la perimenopausia, encontrándose ligada asociación con la exposición prolongada a estrógenos. Aunque el pronóstico es bueno en etapas tempranas se logra supervivencia de 80%, sin embargo, las que presentan factores de riesgo u enfermedad avanzada presentan supervivencia a largo plazo inferior a 50%. Lastimosamente, en los últimas tres décadas el avance en el tratamiento ha sido muy limitado, debido a poca información o estudios realizados y por otro, al poco conocimiento de su patología inmunológica¹⁸.

Factores de riesgo

La predisposición de riesgo más importantes para desarrollo de neoplasia de endometrio es menopausia, índice de masa corporal superior a 25 mg/m², excesiva ingesta de grasas, nuliparidad, anovulación y terapia con estrógenos sin oposición pro gestacional. Sin embargo, hasta mitad de las pacientes portadoras de neoplasia de endometrio no presentan estos factores. La obesidad parece influenciar mediante diversos mecanismos que provocan alteraciones hormonales en la etapa de cada mujer premenopáusica (insulina-resistencia, aumento de andrógenos, anovulación y

déficit prolongado de progesterona) como en la mujer posmenopáusica (aromatización periférica de andrógenos a estrógenos). La poca actividad física, la ingesta de calorías, la presión arterial por cifras superior a 140/90 y los altos valores de glucosa son factores predisponentes independientes agregados al IMC. Si se mantiene el peso normal además siendo físicamente activas, las mujeres pueden disminuir significativamente el riesgo de neoplasia de endometrio. El uso de fármacos como el tamoxifeno aumenta el riesgo de cáncer de endometrio; sin considerar que tiene efecto beneficioso en la prevención de la recurrencia de neoplasia de mama y el habitual vínculo con lesiones precoces y de bajo grado conlleva a continuar con su uso en el tratamiento de dicha patología. Mujeres con antecedente como el síndrome de Lynch tienen un 40 a 60% de probabilidad de desarrollar neoplasia de endometrio. Además, se agrega un riesgo del 12% de desarrollar en algún momento cáncer de ovario. Dentro de las enfermedades endocrinológicas la diabetes ha sido asociada al cáncer de endometrio. No obstante, solo las pacientes insulina resistentes (tipo II), que cursan con niveles aumentados de insulina tienen mayor riesgo de padecer o desarrollar en el transcurso de su vida cáncer de endometrio. Los altos valores de insulina y los elevados niveles del factor de crecimiento tipo insulina I, supone que pose alto potencial neoplásico sumándose a ellos con el aumento de los estrógenos circulantes, las mismas que son capaces de promover el desarrollo del cáncer.⁶

Presentación de cuadro clínico y analítica de diagnóstico

El síntoma más frecuente asociado es el sangrado vaginal en neoplasia de endometrio, este generalmente aparece en etapas tempranas de su desarrollo. Clínicamente se presenta como metrorragia en las posmenopausia en el 90-95% de los casos, en caso de pre menopáusicas se presenta con sangrado intermenstrual. Otros descritos que son poco frecuente son el flujo maloliente (presentada en estadios terminales) o en «lavado de carne», además de dolor pélvico generalizado por compromiso de órganos extrauterinos o de tipo cólico por la presencia de hemato-piometra. Es raro el debut de inicio con metástasis a distancia. En necesario establecer relación directa con otros factores de riesgo, se debe considerar clínica ginecológica, coexistencia de comorbilidades como: hipertensión, diabetes, síndrome metabólico, enfermedades inmunológicas las que influirán en las ejecuciones terapéuticas indicadores de

complicaciones a los tratamientos establecidos .³ La evaluación ginecológica, muchas veces no se comprueba con la presencia de sangre en vagina, nos muestra particularmente lesión macroscópica de cérvix, útero involucionado, acorde a la situación de la etapa reproductiva o algo globuloso, pero móvil, ovarios no individualizables, ya que en el 70% de la casuística la enfermedad es temprana y se limita al cuerpo de útero. La forma de llegar al diagnóstico incluye: Ecografía transvaginal, biopsia endometrial más curetaje endocervical ambulatoria, en caso de requerirlo dilatación y legrado uterino fraccionado. Pese a ello a ecografía transvaginal es el método que es útil,

teniendo una alta sensibilidad (90%) y relativa especificidad diagnóstica (54%) siendo el punto de corte el espesor endometrial superior a 5 mm. Asimismo un espesor de 3 mm, indicaría que la probabilidad de neoplasia endometrial con resultados negativos se disminuye del 10 al 0,7%.¹²

Clasificación: Organización Mundial de la Salud año 2014

-Según atipia

Hiperplasia sin atipia epitelial

Hiperplasia con atipia /neoplasia intraepitelial endometrial

-Carcinomas endometrial

Carcinoma de tipo endometriode /Carcinoma mucinoso

Carcinoma seroso intraepitelial

endometrialCarcinoma seroso

Carcinoma de células claras

¶Tumores neuroendocrinos

Tumor neuroendocrino de bajo grado

Tumor carcinoide

Tumor neuroendocrino de alto grado

Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas

Carcinoma neuroendocrino de células gigantes

Adenocarcinoma mixtos

Carcinoma indiferenciado

Hiperplasia de endometrio:

Definida como una patológica ginecológica compleja, caracterizada por proliferación aumentada, que compromete y se ve alterado a las células epiteliales y células del estroma endometrial. Siendo esta consecuencia de la estimulación hormonal: estrogénica por periodos prolongados, la misma que no es contrarrestada por la progesterona. En el año 1994 la OMS, clasifica cuatro subtipos de hiperplasia de endometrio: la hiperplasia sin atipia simple; hiperplasia sin atipia compleja; la hiperplasia con atipia simple; hiperplasia con atipia compleja. Este mismo es renovado 2014 por la misma entidad y crea una nueva clasificación en donde se analizan distintas variables y según su estructura celular:

Hiperplasia endometrial sin atipia: son alteraciones policlonales que comprometen glándulas y gran parte estroma endometrial mismas que se dan por antecedentes de estimulación estrogénica prolongada. La arquitectura celular es variable ya que depende del tiempo y dosis de exposición.

Se caracteriza por la presencia de proliferación alterada de glándulas que afectan en su totalidad la mucosa endometrial y que toman aspecto quístico, tubular ramificada. El cuadro se caracteriza anatomopatológicamente por presencia de glándulas que tienen aspecto de la fase proliferativa.

Hiperplasia endometrial atípica o neoplasia intraepitelial endometrial: lesión pre maligna de origen monoclonal. El diagnóstico fundamental se caracteriza en la existencia de atipia nuclear. Posee estructuralmente la existencia de glándulas irregulares que en cuanto a tamaño, forma, invasión o diseminación estas pueden o no proyectarse a la luz de la glándula. La atipia que caracteriza principalmente consiste en estratificación con superficie de hasta cuatro capas de células, con alteración de la polaridad y presencia de núcleos vesiculosos, con nucléolo prominente e hiper Cromático.¹¹

Etiología:

Desde el punto de vista etiológico, existen dos clasificaciones de adenocarcinoma de endometrio. Una variedad que depende de hormonas o tipo I, presenta alteraciones

hiperplásicas, y otra no dependiente de hormonas o tipo II, no asociada a lesiones hiperplásicas, con un pobre diferenciación o escaso grado de diferenciación celular.¹⁸

Carcinomas asociados con hiperplasia endometrial o tipo I: con mayor incidencia en mujeres jóvenes o en proceso de peri menopausia, presentan antecedente de estímulo hormonal estrogénico sin oposición de progestágenos. Suelen estar asociados a hiperplasias endometriales (H. atípica). La mayoría son de bajo grado, presentan tipo histológico de buen pronóstico, con invasión superficial de miometrio, hay ausencia de embolias vasculares, con receptores hormonales positivos y buen pronóstico de evolución.

Carcinomas no asociados con hiperplasia endometrial o tipo II: mayor porcentaje en mujeres postmenopáusicas y añosas, tienen poca asociación con los estrógenos y presentan endometrio de aspecto atrófico. La mayoría muestra un alto grado de malignidad, con característica histológico de mal pronóstico e invasión profunda a pared miometrial. Es frecuente la asociación de embolias vasculares. Presenta receptores hormonales negativos y son de mal pronóstico de evolución.

Tipos histológicos

Carcinomas tipo I

a) **Adenocarcinoma de tipo endometriode** Es un adenocarcinoma caracterizado por presencia de glándulas que comparten similitud a las glándulas endometriales sin alteración. Este grupo de carcinomas se asocia a hiperplasia endometrial en aproximadamente un 35% de las muestras de histerectomía analizadas. Representa diferentes grados de diferenciación celular de tumores, que van desde los bien diferenciados, moderadamente diferenciados, hasta los pobremente diferenciados, que pueden ser similares a el carcinoma seroso, indiferenciado o con diferentes otros sarcomas. Se clasifican histológicamente en:

G1 bien diferenciado: se halla proliferación de glándulas multiramificadas muy asociadas entre sí, constituyendo pequeñas proyecciones papilares o finos tabiques endoluminales. El estroma es escaso y a veces aspecto desmoide. El adenocarcinoma G1 tiene crecimiento sólido menor al 5%.

G2 moderadamente diferenciado: presenta menor tendencia a la organización de estructuras de aspecto tubular, se encuentra crecimiento con patrón sólido entre un 5 y 50%. Estructuralmente hay mayor atipia citológica con actividad incrementada mitótica. E G3 pobremente diferenciado: el crecimiento predomina siendo sólido, mayor del 50%. La atipia citológica y el índice mitótico suelen ser incrementado que en las formas más diferenciadas. Existe clasificación del grado nuclear de 1 a 3, siendo la característica el pleomorfismo alterado en el 1 y muy alterado en el grado 3.

clasificación de carcinoma de tipo endometriode:

A1) Adenocarcinoma de tipo endometriode con diferenciación escamosa:

zonas de diferenciación escamosa son hallazgos encontrados en un 25% de los carcinomas endometriodes tradicionales. Actualmente este término es aislado del componente escamoso, sea este de origen benigno (adenoacantoma) o de origen maligno (adenoescamoso). Es importante determinar y reconocer la alteración escamosa ya que no debe considerarse a esta zona como una estructura sólida la cual aumenta el grado de diferenciación celular del tumor. Los diferentes elementos escamosos son en general estructuras con componente glandular de tal forma que biológicamente es similar con respecto a la diseminación ganglionares, aunque la presencia de componente escamosos está ligada con aumento de probabilidad de sobrevida.

A2) Carcinoma endometriode con diferenciación velloglandular o papilar:

son alteraciones celulares bien diferenciadas, formadas por delgadas y largas papilas recubiertas por epitelio cilíndrico pseudoestratificado, con baja a moderada atipia celular. Estos tumores generalmente se asocian a adenocarcinoma típico o hiperplasia de endometrio. Múltiples estudios reportan que cuando había invasión miometrial el patrón más característico era el patrón papilar, asimismo hubo mayor predisposición por la invasión vascular y metástasis a distancia. Dentro del diagnóstico diferencial más importantes se encuentra el carcinoma de células claras y el carcinoma serosos.

A3) Adenocarcinoma endometrioide secretor: se presenta a edad promedio de 58 años siendo una variante histológica de bajo grado. Las glándulas que lo conforman presentan vacuolas supranucleares e infranucleares que asemeja a un endometrio en fase secretora. Estudios reportan que estos cambios han sido observados de en casos nuevos o después de terapias con progesterona. respecto a la atipia citológica es leve, prolifera superficialmente el miometrio y presenta buen pronóstico. Los diagnósticos que más se asemejan son con el carcinoma mucinoso, de células claras y adenocarcinoma con diferenciación escamosa.

A4) Adenocarcinoma endometrioide de células ciliadas: es una neoplasia muy rara dentro de las variantes de carcinoma endometrioide, se caracteriza por ser de buen pronóstico debida a adecuada respuesta. Está formada por glándulas tapizadas por células ciliadas neoplásicas. Las estructuras ciliadas pueden sobrepasar dentro de pequeñas vacuolas citoplasmáticas. Esta variante debe ser diferenciada de la metaplasia ciliada atípica por su semejanza histológica.

b) Carcinoma mucinoso Este tipo de neoplasia conforma solo un 10% de los carcinomas endometriales. Estos tumores deberán cumplir el requisito de presentar mucina en más de un 50% de la proliferación, además debe tener mucina intracitoplasmática o en la luz glandular. Este cáncer es generalmente bien diferenciado. El principal diagnóstico diferencial debe hacerse con el adenocarcinoma endocervical. La ubicación del tumor y su frecuente asociación con la hiperplasia de endometrio con zonas de transición aporta el correcto diagnóstico primario de la neoplasia. Una de las variantes de este tumor es el adenocarcinoma micro glandular. Histopatológicamente está formado por células atípicas ordenadas en pequeñas islas o formando glándulas con núcleos de aspecto uniforme con atipia mínima y mitosis. Estas células contienen gran cantidad de mucina intracitoplasmática y neutrófilos abundantes intraluminales o en el estroma. El diagnóstico diferencial debe hacerse con la hiperplasia micro glandular cervical.

Carcinoma tipo II

a) Carcinoma seroso neoplasia denominada «carcinoma papilar», histológicamente tiene similares características a cistoadenoma seroso de ovario. Este presenta la similitud con este último debido a la gran agresividad y la diseminación abdomino pélvica durante la cirugía. Se presenta en edades avanzadas siendo más frecuente en la séptima década de la vida. Existe asociación con endometrio atrófico y a futura conversión neoplásica local de la mucosa. Puede preexistir con otros tipos y grados histológicos, así como localizarse en un pólipo endometrial. Histopatológicamente presenta células atípicas, como marcado pleomorfismo, hiper cromasia, macro nucléolos y aumentada actividad mitótica. Mayormente existen hallazgos de invasión miometrial superficial y profunda, así como alteraciones vasculares siendo la más frecuente las embolias vasculares. En algunos estudios se presentan lesiones de tipo papilares, mismas que se asemejan similares lesiones endometriales ubicadas en endocérvix, trompas de Falopio, ovario, epitelio celómico peritoneal, la cual apoya la teoría de la carcinogénesis primaria multifocal de esta neoplasia.

b) Carcinoma de células en anillo de sello o claras se presenta a edad promedio de 67 años. Para poder clasificarlo y denominarlo como tal debe presentar en más del 50% proliferación conteniendo células claras. El patrón histológico de esta neoplasia puede ser: solido, papilar, quístico y tubular además citológicamente se encuentra conformado por células de aspecto poligonales, con citoplasma pálido, rico en glucógeno, conocidas como las células Hobnail o en forma de tachuela con grandes núcleos hiper cromáticos y pleomórficos. A nivel de estroma esta forma cuerpos hialinos paralelamente en el eje de papilas siendo las características típicas de este tumor. El diagnóstico diferencial debe ser observado por la similitud al carcinoma seroso, endometroide con diferenciación escamosa y el carcinoma secretor. Actualmente existen dos categorías de carcinoma de células claras: relacionados al carcinoma de tipo endometroide y carcinoma seroso

c) Carcinoma escamoso El diagnóstico debe ser considerado cuando exista descarte de ausencia de adenocarcinoma endometrial o de patología neoplásica escamosa de cérvix. Existe evidencia que está asociado frecuentemente a procesos inflamatorios irritativos, endometritis y piometra.

d) Carcinoma indiferenciado se presenta en menor porcentaje siendo menor a 2% de los cánceres endometriales. Se caracterizan por ser tumores de gran tamaño, asociados a patología intraabdominal y carcionomatosis diseminada en el momento de realizar el diagnóstico. Histopatológicamente se caracterizan por presentar células con alteración atípica, dispuestas en nidos, racimos o rosetas con múltiples zonas necróticas algunas zonas aislada, con invasión miometrial superficial y profunda y compromiso vascular. Esta neoplasia es frecuentemente reacciona químicamente con enolasa neuro específica, interpreta negativos con cromogranina o sinaptofisina. Su pronóstico es de pronóstico reservado a malo. Los diagnósticos diferenciales deben realizarse con las siguientes: linfomas, condrosarcomas, y corioncarinoma. Establecer el diagnóstico diferencial es con el carcinoma endometrioide pobremente diferenciado o estadio G3. Silva, en el año 2019 en las jornadas de Patología realizadas el mismo año en Buenos Aires, hace énfasis en este tipo tumoral, que en su población corresponden al 9%, que se presentan entre 55 y 60 años presentan una alta mortalidad. Asimismo, el carcinoma desdiferenciado: se le conoce cuando se identifican hallazgos compatibles con adenocarcinoma endometrioide o carcinoma indiferenciado.

2.3 Definiciones conceptuales

Cáncer de endometrio: se define como la proliferación anormal del tejido endometrial, que produce infiltración de los tejidos adyacentes y/o invasión a distancia por diferentes vías.¹⁹

Índice de masa corporal: Un indicador de la densidad corporal, tal como se determina por la relación del peso corporal con la estatura. $Bmi = \text{peso (kg)} / \text{altura al cuadrado (m}^2\text{)}$. El bmi se relaciona con la grasa corporal (tejido adiposo).

2.4 Hipótesis

Hipótesis general

El índice de masa corporal alterado está asociado a neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N Saenz.

Hipótesis específicas:

- El sobrepeso está asociado a neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N Saenz
- La obesidad está asociado a neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N Saenz
- El tipo histológico más frecuente de neoplasia maligna de endometrio es el adenocarcinoma endometroide en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP Luis N Saenz

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio será de tipo observacional, porque se va a estudiar las características biológicas, epidemiológicas el cual será llevado a cabo en un determinado tiempo siendo para el caso el año 2021, analítico, porque se pretende establecer la relación entre el índice de masa corporal y el riesgo de neoplasia maligna de endometrio , en el que se demostrara como posible causa tener el índice de masa corporal alterado; asimismo este estudio será de tipo casos y controles la que se considerara pacientes caso a aquellos con índice de masa corporal alterado y controles a aquellas pacientes que no presentan el índice de masa corporal alterado, y se establecerá la causalidad y el impacto.

3.2 Diseño de investigación

Se realizará un estudio No experimental porque no se manipularán variables, es transversal porque se realizará investigación en un momento determinado

3.3 Población y muestra

3.3.1 Población

Toda paciente, que acude a atenderse al consultorio externo de ginecología del Hospital PNP Luis N. Sáenz durante los meses de enero a diciembre del 2021.

3.3.2 Muestra

Para la determinación de la muestra se considerará el uso de la calculadora muestral elaborada por el INICIB de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Se van a considerar el OR de 2.5 que representa un IMC > a 24.9 que se encontró cáncer con endometrio según Biro F¹³ y según Amado M ¹⁶ en su estudio realizado en nuestro país ,nos menciona que cáncer de endometrio ocupa un 30% de los canceres ginecológicos. La relación de

caso control es de 1: 1 y se considerara un nivel de confianza del 95%, obteniendo 80 casos y 80 controles

IGUAL NÚMERO DE CASOS Y CONTROLES	
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ENTRE LOS CONTROLES	0.3
ODSS RATIO PREVISTO	2.5
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.80
FRECUENCIA DE EXPOSICIÓN ESTIMADA ENTRE LOS CASOS	0.52
VALLOR Z PARA ALFA	1.96
VALOR Z PARA BETA	0.84
VALOR P	0.41
TAMAÑO DE MUESTRA	80

Toda paciente, que acude a atenderse al consultorio externo de ginecología con diagnóstico de cáncer de endometrio del Hospital PNP Luis N. Sáenz durante los meses de enero a diciembre del 2021.

3.3.3 Selección de la muestra

Para la selección de los casos y controles se realizar a través de muestreo aleatorio y que cumplan los criterios de definición de casos y de controles

Definición de caso: toda paciente con alteración del índice de masa corporal

Definición de control: toda paciente que no tenga alterado en índice de masa corporal

3.3.4 Criterios de Inclusión

Criterios de inclusión:

- Paciente mujer con diagnóstico de neoplasia maligna de endometrio el cual se detalle con informe anatomopatologico o algún medio de ayuda diagnostica

el cual deberá estar anexado en las historias clínicas en aquellas pacientes que acuda a atenderse a consultorio externo de ginecología del HN P.N.P L.N.S en el año 2021 .

- Pacientes referidos de policlínicos de la P.N.P con diagnóstico de neoplasia de endometrio.

Criterios de exclusión:

- Historias clínicas que no cuenten con evidencia anatomopatológico o imagenológica de neoplasia maligna de endometrio.
- Historias clínicas que no contengan datos generales como edad, peso, talla, y antecedentes ginecoobstetricos.
- Pacientes que cuenten con diagnóstico de metástasis sin haber establecido el tumor primario.
- Pacientes que están siendo atendidas en otro establecimiento de salud.

3.4 Operacionalización de variables

3.4.1 Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Neoplasia maligna de endometrio	Tumores o cánceres del endometrio, la membrana mucosa interna del ÚTERO.	Pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de endometrio consignadas en las historias clínicas	Nominal	Dependiente cualitativa	0=no tiene neoplasia 1=si tiene neoplasia
Índice de masa corporal alterado	Un indicador de la densidad corporal, tal como se determina por la relación del peso corporal con la estatura. $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m}^2\text{)}$. El IMC se relaciona con la grasa corporal (tejido adiposo). Basada en la escala de la OMS	Pacientes mujeres con IMC mayor a 25 consignado en historia clínica	Razón continua	Independiente cuantitativa	0= IMC menor a 24.9 1=IMC entre 25 a 29.9 2=IMC entre 30- 34.5 3=IMC mayor a 35
Edad	Número de años de pacientes que acuden a consultorio de ginecología	Número de años registrado en las historias clínicas	Razón discreta	independiente cuantitativa	Años cumplidos
Tipos histologico	Variedad histopatológica de células encontradas en la biopsia	Pacientes con informe anatomopatológico o especificando tipo de neoplasia			0=tipo 1 o endometroide 1=tipo 2 no endometroide.
Grado FIGO	Determinado por el porcentaje de tumor solido o por su aspecto nuclear	Porcentaje de tumor registrado en los informes			0=bien diferenciado 1=moderadamente diferenciado 2=poco diferenciado

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada será realizada mediante la revisión de historias clínicas disponibles en el año 2021 y la utilización de un formato de recolección de datos para los casos y controles en donde se recopilarán las variables propuestas como cáncer de

endometrio, peso, talla, entre otros. Se procederá luego el llenado de una base de datos en Excel considerando las categorías propuestas en la matriz de operacionalización.

3.6 Procesamiento y plan de análisis de datos

Se realizará una base de datos en el programa SPSS 25, la cual pasará por un proceso de consistencia de registros, es decir clasificación y depuración de estos, para luego realizar análisis descriptivo a través de la descripción de frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central de variables cuantitativas y proporción y razones de variables cualitativas. Se realizará también análisis inferencial a través de la relación de las dos variables de estudio utilizando Chi cuadrado, considerando un nivel de significancia del 5%.

3.7 Aspectos éticos

Para llevar a cabo el proyecto se tendrá en consideración la autorización de los jefes de división, jefes de servicio del Hospital PNP Luis N Sáenz, así como a los médicos asistentes para poder realizar la recopilación de datos de las historias clínicas de las pacientes que se atienden por dicha Especialidad. Al realizar la revisión de estas historias clínicas, no se requerirá de la aplicación de consentimiento informado.

Se aplicará principios éticos como el respeto a la confidencialidad de los pacientes, no utilizando sus datos de identificación sea DNI o CIP, para lo cual se les asignará un número correlativo o letra para que no se interfiera en su identificación.

CAPÍTULO IV. RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Recursos

El presente trabajo de investigación será realizado por sólo por el investigador en un aproximado de 200 horas.

4.2 Cronograma

ETAPAS	2021									
	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set	Oct	Nov	Dic
Elaboración del proyecto	X									
Presentación del proyecto	X									
Revisión bibliográfica	X									
Trabajo de campo y captación de información		X	X	X	X					
Procesamiento de datos				X	X	X	X			
Análisis e interpretación de datos						X	X	X		
Elaboración del informe								X	X	
Presentación del informe										X

4.3 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO (S/)	
			UNITARIO	TOTAL
PERSONAL				
Asesor estadístico	Horas			
BIENES				
Papel bond A-4	paquetes	5	20	100
Lapiceros	unidad	30	1	30
Corrector	unidad	5	2	10
Resaltador	unidad	5	5	25
Perforador	unidad	2	10	20
Engrapador	unidad	2	10	20
Grapas	caja	1	5	5
CD - USB	unidad	10	3	30
Espiralado	unidad	5	5	25
Internet				
Fotocopias	unidad	100	0.1	10
Movilidad				600
COSTO TOTAL				875

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

1. Bhaskaran K, Douglas I, Forbes H, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Smeeth L. Body-mass index and risk of 22 specific cancers: a population-based cohort study of 5·24 million UK adults. *Lancet*. 30 de agosto de 2014;384(9945):755-65.
2. Vik T, Støen R, Lydersen S. There is a linear association between decreasing Apgar scores at 5 and 10 min and adverse neurodevelopmental outcomes. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 1 de octubre de 2018;23(5):193-4.
3. Aune D, Navarro Rosenblatt DA, Chan DSM, Vingeliene S, Abar L, Vieira AR, et al. Anthropometric factors and endometrial cancer risk: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Ann Oncol*. agosto de 2015;26(8):1635-48.
4. Prescott J, Setiawan VW, Wentzensen N, Schumacher F, Yu H, Delahanty R, et al. Body Mass Index Genetic Risk Score and Endometrial Cancer Risk. *PLoS One* [Internet]. 25 de noviembre de 2015 [citado 16 de marzo de 2021];10(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4659592/>
5. Gamborg M, Tilling K, Ulrich LG, Sørensen TIA, Baker JL. Childhood body mass index growth trajectories and endometrial cancer risk. *Int J Cancer*. 15 de enero de 2017;140(2):310-5.
6. Aarestrup J, Gamborg M, Ulrich LG, Sørensen TIA, Baker JL. Childhood body mass index and height and risk of histologic subtypes of endometrial cancer. *Int J Obes (Lond)*. julio de 2016;40(7):1096-102.
7. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, et al. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. *Nature*. 12 de febrero de 2015;518(7538):197-206.
8. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res*. 1 de junio de 2014;74(11):2913-21.
9. Akhmedkhanov A, Zeleniuch-Jacquotte A, Toniolo P. Role of exogenous and endogenous hormones in endometrial cancer: review of the evidence and research perspectives. *Ann N Y Acad Sci*. septiembre de 2001;943:296-315.
10. Sánchez R C, Ibáñez C, Klaassen J. Obesidad y cáncer: la tormenta perfecta. *Rev méd Chile*. febrero de 2014;142(2):211-21.
11. Fernanda CPM. Factores que influyen en el desarrollo de Hiperplasia Endometrial en mujeres postmenopáusicas atendidas en el servicio de Ginecología del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo enero a diciembre 2013. :23.

12. Torres-Lobatón A, Barra-Martínez R, Jiménez-Arroyo EP, Suárez-Juárez CA, Morgan-Ortiz F. Obesidad y cáncer de endometrio: las repercusiones de un problema de salud pública. Ginecología y Obstetricia de México. :6.
13. Biro FL, Mugnolo D. Síndrome metabólico y cáncer en ginecología. :7.
14. Verrier Quesada Y, Serrano Varela NL, Campos Hernández M. Características clínico-epidemiológicas y manejo del cáncer endometrial (2010-2013). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. marzo de 2016;42(1):0-0.
15. Sepúlveda Fonseca JD, Quintero Farías RA. Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. Revista Médica de Risaralda. julio de 2016;22(2):91-7.
16. Galiano A. CARACTERIZACION ANATOMOPATOLOGICA, PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A HIPERPLASIA ENDOMETRIAL, HOSPITAL ADOLFO GUEVARA VELASCO - ESSALUD, CUSCO 2010-2017. :103.
17. Cruzado DOS. DRA. MARIA MARROQUIN MEDINA PRESIDENTE. :46.
18. Ruvalcaba-Limón E, Cantú-de-León D, León-Rodríguez E, Cortés-Esteban P, Serrano-Olvera A, Morales-Vásquez F, et al. Primer Consenso Mexicano de Cáncer de Endometrio Grupo de Investigación en Cáncer de Ovario y Tumores Ginecológicos de México "GICOM". :21.
19. Pérez R, Pontillo H, Urbistazu J, Giménez M, Bracho G, Borges A. EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO. 2007;19:9.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
¿Cuál es la asociación entre índice de masa corporal y neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP LNS en el año 2021?	<p>OBJETIVO GENERAL: Identificar la relación entre el índice de masa corporal alterado y neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP LNS.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO:</p> <p>Identificar si existe asociación entre sobrepeso y neoplasia maligna de endometrio.</p> <p>Identificar si existe asociación entre obesidad y neoplasia maligna de endometrio</p> <p>Establecer asociación entre índice de masa corporal alterado y edad en mujeres con cáncer de endometrio</p>	<p>H1: El índice de masa corporal alterado esta asociado a neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP LNS.</p> <p>H2: No existe asociación entre índice de masa corporal alterado y neoplasia maligna de endometrio en mujeres atendidas en el consultorio externo de ginecología del HN PNP LNS.</p>	<p>VI: INDICE DE MASA CORPORAL ALTERADO</p> <p>VD:NEOPLASIA MALIGNA DE ENDOMETRIO</p>	<p>El presente estudio será de alcance observacional, analítico, de tipo casos y controles. Cuantitativo, observacional.</p>	<p>Toda paciente con diagnóstico de neoplasia maligna de endometrio que acude a atenderse al Hospital PNP Luis N. Sáenz durante el año 2021</p>	<p>La técnica que se utilizará es la documentación mediante la revisión de historias clínicas.</p>	<p>Se empleará el programa estadístico informático para el procesamiento de los datos obtenidos mediante las fichas de recolección, empleadas para recabar la información necesaria en las historias clínicas de los pacientes que conforman nuestra población muestral.</p>

2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
NEOPLASIA MALIGAN DE ENDOMETRIO	Tumores o cánceres de la membrana mucosa interna del útero.	Pacientes con diagnóstico de neoplasia maligna de endometrio consignadas en las historias clínicas	nominal	Dependiente cualitativa	0=no tiene neoplasia 1=si tiene neoplasia
INDICE DE MASA CORPORAL ALTERADO	Un indicador de la densidad corporal, tal como se determina por la relación del peso corporal con la estatura. Bmi=peso (kg/altura al cuadrado (m ²)). El bmi se relaciona con la grasa corporal (tejido adiposo).	Pacientes mujeres con IMC mayor a 25 consignado en historia clínica	Razón continua	Independiente cuantitativa	0= imc menor a 24.9 1=imc entre 25 a 29.9 2=imc entre 30- 34.5 3=imc mayor a 35
EDAD	Numero de años de pacientes que acuden a consultorio de ginecología	Numero de años registrado en las historias clínicas	Razón discreta	Independiente cuantitativa	Años cumplidos
Tipos de cancer	Variedad histopatológica de células encontradas en la biopsia	Pacientes con informe anatomopatológico especificando tipo de neoplasia			0=tipo 1 o endometroide 1=tipo 2 no endometroide.
Grado FIGO	Determinado por el porcentaje de tumor sólido o por su aspecto nuclear	Porcentaje de tumor registrado en los informes			0=bien diferenciado 1=moderadamente diferenciado 2=poco diferenciado

3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

ASOCIACION ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL Y NEOPLASIA MALIGNA DE ENDOMETRIO EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL P.N.P LUIS N. SAENZ

Ficha N°

1. Edad (años)	(ESCRIBIR)	
2. Procedencia		1. Lima 2. Provincia
3. parentesco		1. Titular 2. Cónyuge 3. Padre 4. Hija
5. Grado de instrucción		1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnica 4. universitaria 3.
6. Estado Civil		1. Soltero 2. Casado/Conviviente 3. Divorciado/Separado 4. Viudo
7. Ocupación		1. Ama de casa 2. Obrero 3. Comerciante 4. Desempleado 5. Otros: _____
8. Antecedente de cancer		1. Si 2. no
9. IMC		1. Desnutrido 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad 1 5. Obesidad 2
10. Factores asociados		1. Diabetes 2. Hta 3. Asma 4. Uso de hormonas 5. coagulopatias 6. VIH 7. TBC
11. Tipo histológico		1. Tipo 1 o endometroide 2. Tipo 2 seroso 3. otros
12. grado según FIGO		1. bien diferenciado G1 2. moderadamente diferenciado G2 3. poco diferenciado G3
13. diagnostico		1. anatomía patológica 2. resonancia magnética 3. tomografía 4. otros.
14. Estadio al momento del diagnostico		

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. SOLICITUD DE EVALUACIÓN POR COMITÉ DE ÉTICA DE LA INSTITUCIÓN.

SOLICITO: AUTORIZACION PARA LA EJECUCIÓN DEL ESTUDIO

DR NAGY CABRERA CONTERAS

GENERAL DIRECTOR DEL COMPLEJO HOSPITALARIO PNP LNS

**ATENCION: JEFATURA DEPARTAMENTO DE LA DIVISION MATERNO
INFANTIL**

Yo, **Rudy Edgardo Vasquez Esqueche** , médico cirujano, con DNI N° 45141785, con domicilio en Urb San Gabriel Alto ; con el debido respeto me presento y expongo:

Que debido a que me encuentro realizando la tesis: **“ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y NEOPLASIA MALIGNA DE ENDOMETRIO EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTORIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL P.N.P LUIS N**, para obtener el título de Especialista en Gineco Obstetricia; es por ello requiero se me autorice la ejecución de la investigación, para llevar a cabo dicha tesis.

Atentamente

M.C. RUDY EDGARDO VÁSQUEZ ESQUECHE
CMP: 085277

