



BUAP

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 36

**CORRELACIÓN CLÍNICO – HISTOPATÓLOGICA EN PATOLOGÍA
ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO
UTERINO ANORMAL OBTENIDAS MEDIANTE BIOPSIA ENDOMETRIAL EN
EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 36**

**TESIS DE ESPECIALIDAD PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



**PRESENTA:
DRA. MARLENE SERRANO ALMEIDA**

**DIRECTORES DE TESIS:
M. C. DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTÍNEZ MARÍN
DRA. BRICIA ARACELI DEL ROSARIO TAMAYO**

NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL SIRELCIS: R-2016-2102-30

PUEBLA, PUEBLA, SEPTIEMBRE 2017.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, Felicitas Almeida Déctor, Agnelo Serrano Mora por su infinito e incondicional apoyo durante mi desarrollo personal, siendo los forjadores del entusiasmo que existe en mi ser, la dedicación y gusto por la Medicina y la vida.

A mis Padrinos por ser un apoyo en mi vida, por brindarme palabras de aliento y cariño y adoptarme en su familia para siempre.

A mis hermanos, por brindarme apoyo emocional y palabras de fortaleza, espero ser un ejemplo en su vida de los más pequeños.

A todos los médicos Ginecólogos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos al HGZ-46 Villahermosa, Tabasco, HGR-36 "San Alejandro" Puebla, Puebla; por su transmisión de enseñanzas y conocimientos así como el hecho de compartir sus experiencias profesionales conmigo y contribuir a mi formación de especialista, lo que hoy en día he llegado a ser, gracias por formar parte de un sueño y una meta de mi vida.

A mis médicos asesores de tesis, por brindarme la oportunidad de trabajar en conjunto para la elaboración de este estudio y su apoyo incondicional para realizar la recolección de datos, orientación clínica, académica, elaboración e integración de este estudio.

Gracias Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín, por su paciencia y colaboración para la estructuración de este trabajo, gracias por su apoyo emocional, en esta etapa y en momentos claves en mi formación.

No menos importante agradezco a todo el personal institucional, médicos internos, enfermeras, personal administrativo, asistentes médicos, personal de trabajo social y personal hospitalario.

Existen personas que inician en nuestro camino, algunas que se van sumando y otras que se van restando, pero cada una de ellas es importante para que las cosas sucedan y se materialicen; Es por eso que les doy gracias a todos mis amigos y demás familia que se los he dicho en algún momento de mi vida.

Gracias INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL EN PUEBLA
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

HOSPITAL GENERAL REGIONAL N° 36

PUEBLA, PUEBLA SEPTIEMBRE DEL 2017

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

ASESORES:

M.C. DRA. DOLORES GUILLERMINA MARTÍNEZ MARÍN

DRA. BRICIA ARACELI DEL ROSARIO TAMAYO

DE LA TESIS TITULADA

**“CORRELACIÓN CLÍNICO – HISTOPATÓLOGICA EN PATOLOGÍA
ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO
UTERINO ANORMAL OBTENIDAS MEDIANTE BIOPSIA ENDOMETRIAL EN
EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 36”**

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE

DRA MARLENE SERRANO ALMEIDA

DE LA ESPECIALIDAD: GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

HACE CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y
AUTORIZADO CON NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL: R-2016-2102-30
PROPORCIONADO POR EL SISTEMA DE REGISTRO EN LÍNEA DE LA
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN

Nombre, Fecha y Firma

Nombre, Fecha y Firma

Nombre, Fecha y Firma

DICTÁMEN AUTORIZADO



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **2102** con número de registro **13 CI 21 114 159** ante COFEPRIS
HOSPITAL GENERAL REGIONAL NUM 36, PUEBLA

FECHA **01/06/2016**

DRA. DOLORES MARTINEZ MARIN

P R E S E N T E


Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

CORRELACIÓN CLÍNICO - HISTOPATOLÓGICA EN PATOLOGÍA ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL OBTENIDAS MEDIANTE BIOPSIA ENDOMETRIAL EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 36

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2016-2102-30

ATENTAMENTE


DR.(A). CARLOS MARIO SANTAMARÍA NAAL
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2102

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CONTENIDO

CONTENIDO	5
RESUMEN	6
ANTECEDENTES	7
JUSTIFICACIÓN	21
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
HIPÓTESIS	23
OBJETIVOS	23
MATERIAL Y MÉTODOS	24
LOGÍSTICA	27
CRONOGRAMA	28
ASPECTOS ÉTICOS	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	56
CONCLUSIÓN	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	65

RESUMEN

TÍTULO: “CORRELACIÓN CLÍNICO – HISTOPATOLÓGICA EN PATOLOGÍA ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL OBTENIDAS MEDIANTE BIOPSIA ENDOMETRIAL EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 36”

AUTORES: Martínez-Marín DG*. Del Rosario Tamayo BA **. Serrano Almeida M***

* Médico adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia HGR 36, IMSS, Maestra en Ciencias HGR36 IMSS.

**Médico adscrito al servicio de Patología HGR 36, IMSS, Médico especialista en Patología IMSS.

*** Médico residente de cuarto año de la especialidad de Ginecoobstetricia, HGR 36, IMSS.

Palabras clave: hallazgos histopatológicos, datos clínicos, sangrado uterino anormal, biopsia endometrial.

Antecedentes. Actualmente la patología endometrial ha ido en aumento, existen indicaciones para toma de biopsia endometrial en el diagnóstico de sangrado uterino anormal, el cual es una condición frecuente, considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales.

Objetivo: correlacionar el diagnóstico clínico con los hallazgos histopatológicos en patología endometrial, así como los datos clínicos (factores de riesgo) obtenidos mediante biopsia endometrial, en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal en el Hospital General Regional No. 36.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, prospectivo, homodémico, descriptivo. Se incluyeron a 100 pacientes que acudían a ginecología y que eran candidatas a toma de biopsia endometrial en el Hospital General Regional No. 36 del IMSS en Puebla en el periodo comprendido de mayo del 2016 a junio del 2017. Los datos se analizaron con estadística descriptiva e inferencial χ^2 .

Resultados: Incluimos 100 pacientes, de las cuales se excluyeron 4 pacientes por muestra insuficiente. De las 96 se reportaron 43 con patología endometrial (44.7 %), 46 pacientes con reporte de endometrio normal (47.9 %), 7 pacientes con otro reporte de patología no endometrial (7.2%). De las 96 pacientes se realizaron correlaciones con diagnóstico clínico y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal). En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia de diagnóstico clínico en 22 pacientes fue el de hiperplasia-malignidad (22.9 %). En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia de diagnóstico clínico en 4 pacientes fue el de hiperplasia-malignidad (4.2 %). En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia de diagnóstico clínico en 21 pacientes fueron causas ovulatorias (21.9 %).

Conclusiones: si existe un correlación clínico – histopatológica en patología endometrial en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal obtenidas mediante biopsia endometrial en el hospital general regional número 36.

1. ANTECEDENTES

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

El sangrado uterino anormal es un motivo de consulta importante a los médicos encargados del cuidado de la mujer.

En otras palabras, un médico que participe en la atención de pacientes regularmente, en algún momento tendrá que enfrentarse a una situación que involucre alguna de las entidades causantes del sangrado uterino anormal.

El ciclo menstrual se caracteriza por no tener una duración específica, una pérdida sanguínea estándar o una frecuencia definida para todas las mujeres, sino que estas variables presentan un amplio rango de variabilidad. (1)

La menstruación normal se define por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) como la que se produce entre los 24 y 38 días del ciclo y con una regularidad de mes a mes ± 2 días, con una duración de entre 4 y 8 días y cuya cantidad no afecta la calidad de vida de la mujer (cantidad 5-80 ml/ciclo) y que no produce un cuadro anémico. El 25% de las mujeres con pérdidas hemáticas menstruales superiores a 80 ml tienen anemia ferropénica. (2)

Es la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales. Su prevalencia es del 30%, a tal punto que ocasiona 20% de las consultas en Ginecología y 25% de todas las cirugías ginecológicas (65% de las histerectomías y 100% de la ablación endometrial).

Es un campo multidisciplinario, donde convergen además de la anemia y sus consecuencias, alteraciones sociales, sexuales, profesionales, temores de sufrir enfermedades ginecológicas malignas e implicaciones económicas.

Debe tenerse siempre presente que la frecuencia de las distintas causas de la Hemorragia uterina anormal, varía según la edad de la paciente. El 50% se presentan en mujeres mayores de 45 años, un 30% entre los 20 a 44 años, 19% en adolescentes y 1% en premenárrquicas.(3)

El sangrado uterino anormal agudo se distingue como un episodio de sangrado abundante que es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata para prevenir una mayor pérdida de sangre.

El sangrado uterino anormal agudo puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.

El sangrado intermenstrual, se define como el que ocurre entre menstruaciones claramente definidas como cíclicas y predecibles; comprende la ocurrencia de episodios aleatorios, así como los que se manifiestan predeciblemente al mismo tiempo en cada ciclo. (4)

El sangrado menstrual abundante (SMA) genera un importante número de consultas tanto en atención primaria como en especializada. Tiene influencia en la actividad y

calidad de vida de la mujer que lo padece, tanto por la anemia asociada como por la ansiedad derivada del problema higiénico-sanitario que comporta. (5)

La hemorragia uterina anormal (HUA) es un trastorno ginecológico muy común, que puede deberse a varias causas. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) publicó unas directrices en 2011 para establecer una nomenclatura que fuera universalmente aceptada y un sistema de clasificación. (2)

En cuanto al sangrado anormal, la terminología propuesta por la FIGO en 2011 establece: alteraciones de la regularidad (sangrado uterino irregular); ausencia de sangrado menstrual; alteraciones de la cantidad (sangrado menstrual abundante, sangrado menstrual escaso); alteraciones en la duración (sangrado menstrual prolongado, sangrado menstrual acortado); sangrado irregular no menstrual, y sangrado fuera de la edad reproductiva. (2)

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia considera que la terminología estandarizada es esencial para la comunicación entre los profesionales, por lo que el grupo de expertos considera que sea utilizado el término de Sangrado Uterino Anormal y eliminar conceptos como menorragia uterina disfuncional, por lo que la terminología actual utiliza para describir el sangrado uterino anormal en mujeres en edad reproductiva. (6)

El *FIGO Menstrual Disorders Group* (FMDG) propone una clasificación en nueve categorías básicas como causa de la hemorragia uterina anómala (HUA) de acuerdo con el acrónimo PALM-COEIN (pólipo, adenomiosis, leiomioma, malignidad e hiperplasia, coagulopatía, trastornos ovulatorios, alteraciones locales del endometrio, causa iatrógena y no clasificables). (2)

La clasificación actual de la hemorragia uterina anormal propuesta por la FIGO en 2011 conocida como PALM COEIN, estratifica en 9 categorías de acuerdo al acrónimo; en el grupo Pólipo, Adenomiosis, Leiomioma, Malignidad, entendiéndose en el primer grupo (PALM) integrado de componentes o entidades estructurales que son identificados por técnicas de imagen o estudio histopatológico, y corresponde a la Hemorragia Uterino Anormal de origen Anatómico

Los componentes del grupo COEIN, en general se relaciona a entidades que no se detectan con imágenes o estudios histopatológicas, tal es el caso de: coagulopatía, disfunción ovulatoria, endometrial, iatrógenas y no clasificables; siendo estas entidades nosológicas definibles sólo por estudios de laboratorio, pruebas hormonales y de exclusión, las cuales corresponden a la hemorragia uterina anormal de origen no anatómico. (4)

El diagnóstico de sangrado uterino anormal se realiza a través de una historia clínica enfocada investigar las características del sangrado de acuerdo a la frecuencia, cantidad, duración y regularidad para el diagnóstico causal se complementara a interrogar uso de fármacos, dispositivo intrauterino o trastornos heredo-familiares o personales patológicos que puedan generar el sangrado uterino anormal, para

complementar con una exploración física y ginecológica orientada búsqueda de la posible causa, y finalmente realizando estudios auxiliares de diagnóstico complementarios para un diagnóstico final. (6)

HISTORIA CLÍNICA, INTERPRETACIÓN Y ABORDAJE

A toda paciente se la debe interrogar sobre su historia menstrual (valorando la duración, el intervalo y la cantidad, ya que dentro de los patrones normales de la menstruación existen variaciones individuales), sobre el impacto en la calidad de vida y sobre la presencia de enfermedades concomitantes (hipotiroidismo, insuficiencia renal, coagulopatía, disfunción hepática, ovarios poliquísticos, etcétera).

También es importante la consideración de la edad, ya que en los extremos de la vida reproductiva son más frecuentes los ciclos anovulatorios, como principal causa de HUA no orgánica.

Es importante también preguntar acerca de los tratamientos a los que esté sometida la paciente (anticoagulantes, anticonceptivos hormonales, tamoxifeno, antipsicóticos, o si es portadora de un DIU de cobre o de LNG). (2)

Para realizar diagnóstico clínico de sangrado uterino anormal es necesario documentar el interrogatorio sobre patrón menstrual que refiere la paciente, siendo necesario realizar exploración física enfocándose a:

- Síntomas relacionados que puedan orientar a anomalías anatómicas o histológicas
- Impacto en la calidad de vida
- Presencia de enfermedades concomitantes.
- Descartar embarazo.

Interrogar y documentar:

- Síntomas sugestivos de anemia.
- Historia Sexual y reproductiva.
- Impacto social y calidad de vida.
- Síntomas sugestivos de causas sistémicas de sangrado (hipotiroidismo, hiperprolactinemia, desordenes de coagulación como síndrome de ovario poliquístico, desordenes adrenales o hipotalámicos)
- Síntomas asociados tales como descarga vaginal, dolor pélvico crónico o sensación de opresión pélvica.
- Tratamientos farmacológicos (anticoagulantes, anticonceptivos hormonales) o utilización de dispositivos intrauterinos en las pacientes.
- Descartar embarazo

La exploración física debe incluir:

- Signos vitales
- Peso y talla para valorar estado nutricional
- Examen tiroideo
- Examen de la piel (distribución de vello, acné, acantosis, petequias)
- Examen abdominal (descartar tumoraciones abdominales o hepatoesplenomegalia).

La exploración ginecológica debe incluir:

- Inspección de vulva, vagina ano, uretra y en caso de tener vida sexual cérvix.
- Examen bimanual de útero y anexos (ya sea con tacto vaginal y abdominal en mujeres con vida sexual o rectal en núbiles).
- Descartar presencia de gestación

En toda paciente con hemorragia uterina anormal se debe determinar la presencia de obesidad, datos de hiperandrogenismo y datos de hipotiroidismo. (6)

Se debe realizar una biometría hemática en todas las pacientes que tengan hemorragia uterina. Las pruebas más específicas para determinar trastornos de la coagulación deben ser realizadas en aquellas mujeres que tengan menstruación abundante desde la menarca o con antecedentes familiares o personales sugestivos de trastornos de la coagulación. (2)

El sangrado uterino anormal es la razón más común para biopsia endometrial, la edad y la fecha última de menstruación son datos importantes, el sangrado uterino anormal es un signo común de un número de desórdenes que van desde anomalías disfuncionales, complicaciones, embarazo hasta lesiones como pólipos, hiperplasia o carcinoma. (7)

Se debe de incluir datos de la historia como anovulación, obesidad, hipertensión, diabetes, y uso exógeno de estrógenos los cuales podrían alertar al patólogo ya que los pacientes incrementan el riesgo de hiperplasia y adenocarcinoma, pero raramente esta información se incluye en la solicitud. (7)

En mujeres mayores de 40 años hasta la menopausia, a las cuales se ha descartado inicialmente causas orgánicas de hemorragia uterina y que persisten con episodios de sangrado, se sugiere descartar patología maligna endometrial.

La biopsia endometrial se debe realizar para excluir el cáncer endometrial o la hiperplasia anormal. (6)

EL ENDOMETRIO Y PATOLOGÍA ENDOMETRIAL.

La incidencia de cáncer endometrial en las mujeres de 40 a 49 años es de 36.2 por 100,000. Por lo que las pacientes de esta edad con hemorragia uterina anormal deberán someterse a una evaluación adecuada de endometrio. (6)

Los pólipos en mujeres con perimenopausia y pacientes postmenopáusicas han sido encontrados en 2 % a 24 % de pacientes, la hiperplasia se encuentra por arriba del 16 % de pacientes postmenopáusicas por medio de biopsia endometrial, y el carcinoma endometrial en menos de 10 % de los pacientes, en pacientes que se han estudiado en postmenopausia se ha encontrado en el 25 % o más la causa atrofia. (7)

El endometrio, un tejido de la blanco para las hormonas esteroides sexuales, consta de dos componentes estructurales principales en el endometrio, las glándulas y el estroma endometrial especializado. Como parte de su función fisiológica, estos dos elementos proliferan y crecen bajo la influencia de los estrógenos ováricos (primera mitad del ciclo menstrual), una proliferación que dejaría sólo con el efecto antagonista de la progesterona que induce endometrial maduración y diferenciación (segunda mitad de la menstruación del ciclo). Sin embargo, bajo ciertas condiciones patológicas, tales como una secuencia de ciclos anovulatorios y tumores de la célula de la granulosa, esta secreción periódica de estrógeno- progesterona se interrumpe en favor de la estimulación estrogénica anterior y sin oposición de la progesterona, el endometrio persiste y llega la etapa para la hiperplasia endometrial o neoplasia. (8)

Hiperplasia endometrial.

La hiperplasia endometrial es la proliferación de glándulas de tamaño irregular con incremento en la proporción glándula-estroma comparado con el endometrio proliferativo. (9)

Se desarrolla a consecuencia de una excesiva exposición a los estrógenos, sin que exista oposición a su efecto proliferativo, tal y como ocurre en los ciclos anovulatorios, o cuando se administran en terapia exógena (tratamiento de reposición estrogénica), o en un aumento de la producción de los mismos en entidades clínicas como tumores ováricos funcionantes de células de la granulosa, síndrome de ovario poliquístico y tecoma ovárico (10)

La clasificación más usada es la de *The International Society of Gynecological Pathologist* y adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). La Organización Mundial de la Salud divide a la hiperplasia endometrial en dos grupos: con y sin atipias citológicas, y en dos subgrupos de hiperplasia simple y compleja. (9)

La clasificación actual se basa en dos elementos: la complejidad arquitectónica de la proliferación endometrial y la existencia o no de atipias.

El estudio del patrón arquitectónico diferencia dos grandes grupos:

- La hiperplasia simple (también conocida como hiperplasia quística o leve) corresponden cuando existe una relación glándulo-estromal aumentada, el endometrio es más grueso de lo habitual, con glándulas con dilatación quística con proyecciones e invaginaciones que producen un contorno irregular de la glándula agrandada, las glándulas están agrupadas, el estroma tiene una densidad celular mayor que la habitual y pueden aparecer células espumosas en el estroma.
- La hiperplasia compleja tiene dos características principales que la diferencian de la forma simple: la morfología de glándulas “espalda contra espalda” y papilas intraluminales, la pseudoestratificación es frecuente y da un aspecto de dos a cuatro capas celulares. la actividad mitótica es muy variable y puede llegar, incluso, hasta 10 mitosis por 10 campos de gran aumento. (7)

El elemento fundamental en el diagnóstico microscópico es la identificación de atipias celulares; su existencia condiciona el riesgo de progresión a carcinoma endometrial.

Existe la hiperplasia atípica se caracteriza por atipias citológicas de las glándulas. Puede manifestarse junto con un patrón de hiperplasia, aunque habitualmente la arquitectura histológica es compleja, las células que tapizan las glándulas aparecen agrandadas, con hiper cromasia nuclear y aumento de tamaño nuclear y con una relación núcleo-citoplasma agrandada, los núcleos son irregulares en tamaño y forma, con una membrana nuclear engrosada, núcleo predominante y cromatina en grumos gruesos. (7)

Se presenta, habitualmente, en mujeres en la etapa premenopáusicas o postmenopáusicas, por estimulación estrogénica prolongada y persistente. La sintomatología con que más frecuentemente se presenta es una por necrosis, desprendimiento y ulceración de la capa funcional del endometrio. Su correlación con el cáncer endometrial en las numerosas series estudiadas es muy dispar, y oscila entre 8% a casi el 50%. (3)

En aproximadamente el 6% al 7% de las mujeres con hemorragia posmenopáusicas, el endometrio no es claramente visible. En esta situación se debe llevar a cabo una sonohisterografía con contraste salino. Las medidas del grosor endometrial no tienen un papel en la conducta a seguir en las mujeres premenopáusicas con hemorragia vaginal, porque el grosor endometrial varía a lo largo del ciclo menstrual. (2)

La hiperplasia de endometrio es precursora del cáncer de endometrio. En series de pacientes con hiperplasia endometrial vigiladas con biopsias y que no recibieron tratamiento se encontró progresión a carcinoma de endometrio en 1% de las que tenían hiperplasia simple, en 8% de las pacientes con hiperplasia simple con atipia,

en 8% de las que padecían hiperplasia compleja y en 29% de las que tenían hiperplasia compleja con atipias (9)

La hiperplasia de endometrio diagnosticada por biopsia tiene alta probabilidad de coexistencia con cáncer endometrial. Los porcentajes de coexistencia de hiperplasia compleja con atipias y cáncer de endometrio se reportan en límites muy amplios que van de 1 a 54% (9)

En mujeres en edad reproductiva, en ausencia de la ovulación, el endometrio está expuesto a los estrógenos continuamente, lo que puede conducir a hiperplasia endometrial, la cual si se identifica en un tiempo y forma, la hiperplasia endometrial puede con éxito tratarse. Si no es tratada una hiperplasia endometrial, puede progresar en una cuarta parte a adenocarcinoma endometrial. La hiperplasia endometrial compleja con atipias puede ser coexistente con adenocarcinoma en hasta la mitad de las mujeres. Los principales factores de riesgo de para hiperplasia endometrial adenocarcinoma incluyen la edad, la nuliparidad, la diabetes, y Obesidad, así como complejas alteraciones en factores metabólicos y hormonales son asociadas con la obesidad, es probable que la producción prolongada y constante de estrógeno sea el resultados de tejido adiposo el cual en un incremento en el riesgo de hiperplasia endometrial ya adenocarcinoma endometrial sobre las últimas 2 décadas, ya que ha habido un creciente reconocimiento mundial de incremento en los niveles de obesidad por lo que hay que considerar la relación entre obesidad y carcinoma endometrial mirado a todas las mujeres y no necesariamente sólo las mujeres en el estado de menopausia. (11)

La hiperplasia endometrial es un precursor a cáncer de endometrio y se piensa que es el resultado de la persistente y prolongada, estimulación estrogénica sin oposición de el endometrio, las causas más comunes son una sucesión de ciclos anovulatorios, ocurre más a menudo durante la perimenopausia, o en mujeres con síndrome de ovario poliquístico u obesidad.

Comúnmente existen reconocidos factores de riesgo para cáncer de endometrio incluyen la edad, obesidad, nuliparidad, infertilidad y menopausia tardía, historia familiar de hereditario el cáncer colorrectal no polipósico es otro factor de riesgo. Diabetes y la hipertensión con frecuencia se asocian cáncer de endometrio, El fumar y uso de la píldora anticonceptiva oral combinada se cree que son factores protectores. (12)

Cáncer endometrial

De acuerdo con el Registro histopatológico de neoplasias malignas, en México el cáncer de endometrio ocupa el tercer lugar de los cánceres ginecológicos, después del cáncer cervicouterino y de ovario. En 2003 representó 2.16% del total de los cánceres femeninos y para 2007 fue causa de 2.8% de los egresos hospitalarios por cáncer en todo el país. (9)

El cáncer de endometrio es el tumor maligno ginecológico más frecuente en muchos países, especialmente los países con alto índice de desarrollo, así en los Estados Unidos se estima en 40100 casos nuevos detectados cada año. La hiperplasia de endometrio es precursora del cáncer de endometrio. La asociación entre la hiperplasia y el cáncer de endometrio se reconoció inicialmente más de un siglo atrás. (13)

Mientras que una mayoría de los casos se diagnostican en mujeres postmenopáusicas, hasta un 14% de los casos serán en las mujeres premenopáusicas, incluyendo 4% diagnosticados en mujeres menores de 40 años de edad. (14)

Otras patologías endometriales

Pólipos pediculados o sésiles:

La hemorragia es producida por laceraciones o necrosis en su superficie, muchos son asintomáticos y se desconoce su prevalencia real total. Son una causa orgánica muy frecuente de hemorragia uterina anormal y, aunque el riesgo de malignización es bajo (0,5-1,5%), sólo su estudio histológico permite excluir o confirmar malignidad con seguridad. Desde el uso extendido de la ecografía en ginecología como instrumento de estudio de muchas patologías, ha aumentado de forma considerable el diagnóstico de sospecha de pólipo endometrial, incluso en pacientes asintomáticas. Ello ha llevado al dilema de qué hacer con el gran número de diagnósticos de sospecha ecográfica de pólipo endometrial que se encuentran en la práctica clínica diaria. Actualmente, hay clara evidencia de que la histeroscopia es la técnica de elección para confirmar o no la sospecha diagnóstica, así como confirmar la naturaleza y localización de la lesión. (3)

Endometritis aguda y crónica:

Es una inflamación o irritación del endometrio. Es causada por infecciones como clamidia, gonorrea, tuberculosis o mezclas de bacterias vaginales normales. Es más probable que se presente secundaria a aborto, parto, procesos invasivos (curetaje, biopsia), aplicación de dispositivos intrauterinos. La mayoría de los casos se resuelven con antibióticos. La endometritis sin tratamiento puede llevar a una infección más seria y complicaciones con los órganos pélvicos, la reproducción y la salud general. (3)

TOMA DE MUESTRAS ENDOMETRIALES

La práctica de biopsia debe reducirse a casos en que se identifiquen factores de riesgo de cáncer endometrial, y debe realizarse con el método de aspiración tipo Pipelle de Cornier. La ausencia de material endometrial en la toma hace que sea escasa la probabilidad de malignidad. (5)

La histeroscopia ha sido aceptada como el *gold standard* en la evaluación de la cavidad uterina. La razón radica en que la cavidad uterina se visualiza por entero y es posible identificar los cambios patológicos, los cuales pueden ser la causa de la hemorragia y también es posible biopsiar las lesiones sospechosas bajo la inspección visual directa. (2)

La toma de muestras de tejido endometrial con cánula de pipelle es un medio eficaz y relativamente económico para obtener tejido útil para el diagnóstico histopatológico en mujeres con hemorragia uterina anormal. La cánula de pipelle tiene una sensibilidad de 99% para detectar cáncer de endometrio en mujeres posmenopáusicas, pero en mujeres con hiperplasia endometrial la sensibilidad disminuye a 75%.(7)

La mayoría de las mujeres que presentan sintomatología sospechosa de patología endometrial, como el sangrado uterino anormal, son estudiadas con diferentes métodos complementarios que estiman el diagnóstico en un porcentaje variable. Los más usados actualmente son la ecografía transvaginal y el legrado uterino fraccionado.

En aquellas mujeres en las cuales el diagnóstico es todavía incierto, la histeroscopia con biopsia dirigida es el *gold standard* ya que detecta lesiones endometriales focales (pólipos, miomas submucosos) con mayor certeza, permitiendo obtener tejido para analizar. El engrosamiento endometrial requiere de otros métodos para un diagnóstico definitivo. Entre ellos, la histeroscopia, y recientemente la histerosonografía, son considerados procedimientos de primera línea, tanto en pacientes sintomáticas como asintomáticas. Independiente del grupo etáreo, un sangrado uterino anormal se debe a patología anatómica benigna en un 30 a 50% de los casos; en la mujer menor de 50 años se diagnostica una patología maligna en menos del 1%, mientras sobre esta edad la cifra sube a 10-15%. Un grosor endometrial anormal significa encontrar algún tipo de patología a la histeroscopia en un 85% de los casos, confirmando el valor de la medición ecográfica del grosor endometrial. (7)

La biopsia de endometrio, con cánulas de aspiración endometrial, representa una técnica sensible y segura, pero deberá considerarse con cautela, la presencia de falsos negativos con cánula de pipelle o de Novak. Cuando la toma de biopsia con cánulas, AMEU o histeroscopia no sea posible, el legrado uterino instrumental, es útil, sin embargo hay que considerarlo por el riesgo de eventos adversos y de mayor costo. La toma de biopsia a través de legrado uterino instrumental, está indicado en caso de tener duda diagnóstica o falla de métodos diagnósticos no invasivos o alta sospecha de malignidad por lo que es la última instancia debido al riesgo de eventos adversos y de mayor costo. (10)

En un estudio global con 4054 pacientes con HUA, de las cuales el 51.3% tenía menos de 45 años; el 38.7% entre 46 y 65 años, y el 10% tenía 66 años o más, se encontraron pólipos en un 33.9%, un 20.1% presentaba endometrio normal, el 15.0% tenía hiperplasia endometrial, el 7.5% miomas, un 2.5% cáncer endometrial y otras causas en el 21%. (2)

La biopsia endometrial se debe realizar para excluir el cáncer endometrial o la hiperplasia anormal, excepto en mujeres que no han iniciado vida sexual. Tiene una sensibilidad de 60-90% y una especificidad de 98%. Se ha determinado que, para la toma de biopsia, la cánula de Novak tiene 9.5% de falla y la de Pipelle 12.8%. (5)

En un reciente estudio llevado a cabo por Loiacono, con mujeres posmenopáusicas con HUA y mujeres posmenopáusicas asintomáticas con endometrio engrosado, se destacan los siguientes hallazgos: normalidad endometrial en el 19.7%, pólipos en el 45.9%, miomas en el 9.4%, hiperplasia en el 18.1% y cáncer en el 6.9%.(2)

INDICACIONES PARA BIOPSIA O CURETAJE ENDOMETRIAL.

La HUA con ciclos anovulatorios se presenta con más frecuencia en las adolescentes y en las mujeres en la perimenopausia. La HUA está causada por una variedad de causas orgánicas y no orgánicas, y el examen histológico sigue siendo el *gold standard* para el diagnóstico de la enfermedad endometrial. Se ha llegado a la conclusión de que el examen histológico es obligatorio en las mujeres con HUA no orgánica en edades por encima de los 40 años. Las muestras de endometrio obtenidas con la Pipelle y el legrado son comparables, pero el procedimiento con la Pipelle es menos doloroso. (2)

Sin embargo, el riesgo de factores utilizados actualmente en la decisión de realizar biopsia de endometrio en mujeres premenopáusicas con sangrado uterino anormal incluyen la edad, menstruación irregular ciclo e infertilidad. Con respecto al comentario que el riesgo de anormal la hiperplasia es muy baja (1,3%) y rara vez requiere una biopsia. (15)

Las biopsias de endometrio se indican para:

1. Determinar la causa de el sangrado uterino anormal
2. Evaluación del estado del endometrio en pacientes infértiles incluyendo datos histológicos
3. Asesoramiento de la respuesta de la terapia hormonal endometrial especialmente reemplazo estrogénico en mujeres de la perimenopausia y postmenopausia así como en mujeres con tratamiento con tamoxifeno para cáncer de mama.

**otras indicaciones:

- Pacientes con reporte de células anormales glandulares en una citología cervicovaginal, especímenes que requieren tejido endometrial para excluir hiperplasia o carcinoma, (7)
- Línea endometrial igual o mayor a 12 mm por USG., Hemorragia uterina persistente, principalmente en mayores de 40 años o con peso igual o mayor a 90 Kg. Sospecha de malignidad (6)

En la elección de la pauta diagnóstica tiene notable influencia la edad, la cual se relaciona con la prevalencia de patología pre y neoplásica. Por ello en mujeres jóvenes el estudio básico, una vez descartado el embarazo, es anamnesis, exploración, analítica y ecografía. En mujeres de mayor edad, es precisa la inclusión además de la biopsia por aspiración y eventual histeroscopia. (5)

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE BIOPSIA DE ENDOMETRIO EN PACIENTES POSMENOPÁUSICAS.

El sangrado endometrial es una condición clínica común en una mujer posmenopáusica. Aunque la mayoría de las posmenopáusicas sangrado endometrial se atribuye a causas benignas, incluyendo atrofia endometrial, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales, y fibromas submucosos aproximadamente 10% de las mujeres que presentan con PMB se diagnostican con cáncer. (16)

Las indicaciones para una biopsia incluyen:

El tamizaje con ultrasonido transvaginal puede mostrar una línea endometrial engrosada mayor a 5mm en pacientes postmenopáusicas y una biopsia puede ser útil para excluir alguna patología. (7)

En general la toma de biopsia del endometrio, no es necesaria si el espesor es menor de 5 mm por USG.

Cuando la toma de biopsia con cánulas, AMEU o histeroscopia no sea posible, el legrado uterino instrumental es la última debido al riesgo de eventos adversos y mayor costo (6).

Hemorragia posmenopáusica. A cualquier mujer con hemorragia durante la posmenopausia, que no esté recibiendo terapia hormonal de reemplazo (THR), debe tomársele una muestra de endometrio. Alrededor de 7% de esas hemorragias son causadas por tumores malignos. Por tanto, la hemorragia en mujeres posmenopáusicas debe considerarse cáncer de endometrio, hasta que no se demuestre lo contrario. Salvo que se realice un ultrasonido transvaginal y en éste se demuestre que el grosor endometrial es menor o igual a 4 mm, entonces el riesgo de afectación endometrial será significativamente bajo y quizá no se requiera una investigación más exhaustiva, si el ultrasonido transvaginal reporta que el grosor endometrial es mayor de 4 mm debe tomarse una biopsia de endometrio.

Papanicolaou anormal. La coexistencia de células endometriales con o sin atipia es una indicación para la toma de biopsia de endometrio. (7)

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

El sangrado uterino anormal es un problema común y su manejo puede ser complejo, es frecuente que los médicos no puedan identificar la causa del sangrado anormal.

Su manejo puede comprender muchas decisiones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento, las cuales se toman en forma simultánea y sin contar con la ayuda de guías basadas en la evidencia.

La evidencia disponible tiende a centrarse más en cuestiones terapéuticas que en un abordaje clínico amplio del problema.

No es difícil encontrar listas larguísimas de causas potenciales de sangrado anormal, pero los médicos de atención primaria necesitan consejos prácticos para afrontar el problema.

El Sangrado uterino anormal es un problema clínico común, que afecta a hasta un 14% de las mujeres durante sus años reproductivos y alterar la calidad de vida mediante la creación de importantes cambios en el estado físico, emocional, sexual, social, y financiero. (17)

En México, de las mujeres que cursan con hemorragia uterina, anualmente solo 6 millones de ellas buscan atención médica; el diagnóstico se sospecha mediante el interrogatorio y examen físico (exploración ginecológica), y posteriormente confirmación mediante estudios de laboratorio y gabinete. (Guía de práctica clínica COMEGO, 2013), considerándose por algunos autores que del 9 al 14% de las mujeres en edad reproductiva han tenido ciclos menstruales mayores a 80 mililitros por ciclo menstrual (Malcom, 2011). En los Estados Unidos, se registran cerca de 600,000 histerectomías por éste motivo (Wheeler, 2011) (6)

En un estudio publicado por el Dr. Moisés Zeferino –Toquero y colaboradores en el Servicio de Oncología Ginecológica. Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecología y Obstetricia 4 Luis Castelazo Ayala, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F. con el objetivo de determinar la posibilidad de coincidencia de cáncer de endometrio en pacientes con biopsia preoperatoria de hiperplasia endometrial. Se realizó un estudio retrospectivo en análisis de pacientes que se les realizó histerectomía, por biopsia preoperatoria, se diagnosticaron histológicamente por biopsia 241 pacientes con algún tipo de hiperplasia endometrial. El diagnóstico histopatológico preoperatorio fue de hiperplasia simple sin atipia en 61 pacientes, hiperplasia compleja sin atipias en 6 pacientes y de hiperplasia compleja con atipia en 19 pacientes, no hubo pacientes con hiperplasia simple con atipias. El promedio de edad de las pacientes del grupo A fue de 44.4 años, con límites de 24 y 65 años y de las pacientes del grupo B de 51.3 con límites de 36 y 76 años. El promedio de embarazos en el grupo A fue de 3.1 con límites de 0 y 9 y el del grupo B de 2.6 con límites de 0 y 7. El índice de masa corporal (IMC) promedio en el grupo A fue de 29.05 con límites de 21 y 50 y del grupo B de 34.71 y límites de 25 y 50. En ese hospital la biopsia de endometrio tiene baja sensibilidad para predecir la coexistencia de hiperplasia compleja con atipias y cáncer de endometrio. Las

pacientes con biopsia endometrial de hiperplasia compleja con atipias asociada con IMC mayor de 30 y edad mayor de 50 años son de alto riesgo para coexistencia con cáncer de endometrio. Por lo que por alta frecuencia de coexistencia con cáncer, a las pacientes con biopsia preoperatoria de hiperplasia compleja con atipias debe de hacerseles histerectomía con estudio transoperatorio del útero para evitar reintervenir. (3)

En un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de casos en biopsias endometriales por Ernesto García Ayala y colaboradores, se realizó un estudio en pacientes del Hospital Universitario de Santander, con el objetivo de describir la incidencia y hallazgos histopatológicos en legrado /biopsia endometrial en pacientes del Hospital Público del tercer nivel, se revisaron 22.048 procedimientos realizados en el Hospital Universitario de Santander, procesados en el Departamento de Patología de la Universidad Industrial de Santander, en el periodo comprendido entre 1 de enero de 2005 y 31 de diciembre 2008, de los cuales 1.750 correspondieron a legrados/biopsias de endometrio y en 168 de estos se realizó el diagnóstico histopatológico de hiperplasia endometrial, como resultado se encontró que el promedio de edad de presentación de esta entidad fue de 44,8 años y que el mayor porcentaje de pacientes (68,5%) estuvieron en el grupo de la hiperplasia simple sin atipia. En el 19,7% de los casos hubo evidencia de atipia. Y como conclusiones: el promedio de edad encontrado y los porcentajes por subgrupos de hiperplasia estuvieron en relación a otros estudios. Se destaca una menor proporción de casos con atipia. (6)

En un estudio mujeres de 18 años hasta la postmenopausia con hemorragia uterina anormal que acudieron al consultorio de Ginecología de la Cátedra y Servicio de Ginecología y Obstetricia de Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Asunción, a cargo del Prof. Dr. Vicente Bataglia entre enero 2007 a diciembre 2011, se eligieron 270 pacientes estudiadas, se procesó el muestreo probabilístico con epii-info y se encontró la prevalencia de hemorragia uterina anormal de causa orgánica fue de 16,3% (44/270). La media de edad de las pacientes fue 39,1 años, mediana 39,5 años, rango de 18 a 89 años. El 83% (224/270) provenían del área urbana; 98% (264/270) habían realizado estudios (39% estudios primarios, 51% estudios secundarios y 8% estudios terciarios). En cuanto a su estado civil, 49% estaban casadas, 30% solteras y 17% en unión libre. En tanto que la distribución según la profesión fue: 67% (180/270) ama de casa, 26% (70/270) realizaba trabajo profesional fuera de la casa y el 7% (20/270) eran estudiantes. De las pacientes que presentaron hemorragia uterina anormal orgánica, el motivo de consulta más frecuente fue la hipermenorrea (63%). El diagnóstico final encontrado con mayor frecuencia entre las pacientes con hemorragia uterina anormal orgánica fue el mioma uterino (57%) (Gráfico 1). (9)

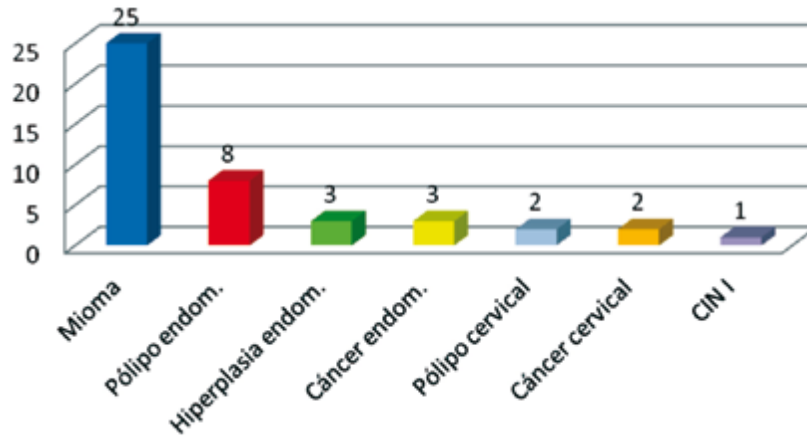


Gráfico 1. Principales causas de HUA de etiología orgánica.

El 38% presentó anemia: 18% anemia leve (hemoglobina mayor a 10 g/dl), 18% anemia moderada (hemoglobina entre 7–10 g/dl) y 2% anemia severa (hemoglobina menor a 7 g/dl) con requerimiento de transfusión sanguínea (gráfico 2). (9)

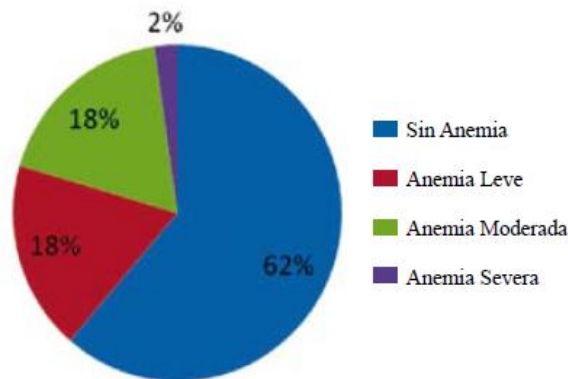


Gráfico 2. Presencia de anemia en pacientes con HUA de causa orgánica.

En un estudio por el Dr. Hakan Guraslan y colaboradores en el hospital Dr. Sadi Konuk de Bakirkoy de Estambul, Turquía en Este estudio de cohorte prospectivo incluyó 1120 mujeres premenopáusicas que presentó a la ginecología Investigación, clínica y formación del Hospital de Estambul, Turquía, (2015) experimentó el muestreo endometrial. Los resultados histopatológicos se analizaron separando pacientes en grupos de todos los hallazgos anormales (hiperplasia sin atipias, hiperplasia con atipia, carcinoma), en los resultados la sensibilidad y especificidad de los resultados histopatológicos anormales fueron calculados en ambos grupos utilizando valores de corte de IMC como 25, 30 y 35 y edad cortes como 40 y 45 años. El resultado de la tasa de hiperplasia con atipia y el carcinoma fue siete veces mayor en mujeres con un IMC mayor a 30 en comparación con aquellos con un IMC menor a 30 (IC del 95%: 2.4 – 17.9). En el análisis, el IMC fue un factor de riesgo

más fuerte en las mujeres menores de 45 años de edad. El riesgo de hiperplasia atípica y carcinoma era mayor en pacientes mayores de 45 años en comparación con los pacientes menores de 45 años (IC del 95%: 1.1-5.1). (18)

En un estudio realizado por el Dr. Orlando M. Perera Boza, caracterizar las hiperplasias endometriales en pacientes del Hospital Eusebio Hernández durante todo el año 2011, se realizó un estudio observacional descriptivo. Se revisaron 2 842 informes histopatológicos en el Departamento de Patología del Hospital Ginecobstétrico “Profesor Eusebio Hernández” en Marianao, la Habana en el periodo comprendido entre el 1º de enero y el 31 de diciembre de 2011, de los cuales 1 269 correspondieron a biopsias de endometrio obtenidas por legrado, de los cuales en 154 de las biopsias endometriales (12,1 %) el diagnóstico fue de hiperplasia endometrial. El rango de edades de mayor frecuencia de diagnóstico fue el de las mujeres entre 41 y 50 años y en el mayor porcentaje de pacientes (84,4 %) se diagnosticó hiperplasia simple sin atipias; mientras que, el 7,1 % de los casos presentó atipias. El factor de riesgo más asociado fue la obesidad en 46,1 % de los casos. El ultrasonido tuvo una positividad en los casos con atipia endometrial del 90,9 % y la histeroscopia del 100 %. El tratamiento hormonal fue utilizado en el 67,5 % de las pacientes y el tratamiento quirúrgico se utilizó en la totalidad de las pacientes con atipias celulares. (19)

2. JUSTIFICACIÓN

El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativo considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales.

El sangrado uterino anormal es motivo frecuente de consulta e intervenciones en ginecología.

En México, de las mujeres que cursan con hemorragia uterina, anualmente solo 6 millones de ellas buscan atención médica; el diagnóstico se sospecha mediante el interrogatorio, examen físico, exploración ginecológica y posteriormente confirmación mediante estudios de laboratorio y gabinete.

Los más usados actualmente son la ecografía transvaginal y el legrado uterino fraccionado. En aquellas mujeres en las cuales el diagnóstico es todavía incierto, la histeroscopia con biopsia dirigida es el gold standard ya que detecta lesiones endometriales focales (pólipos, miomas submucosos) con mayor certeza, permitiendo obtener tejido para analizar.

El legrado uterino fraccionado ha sido considerado el estudio de elección en las pacientes con sangrado uterino anormal, debido a que es un procedimiento con alta sensibilidad y efectividad.

La biopsia de endometrio: imprescindible para el diagnóstico histopatológico en pacientes con riesgo de cáncer endometrial; mayores de 35 años, obesas,

diabéticas, con anovulación crónica, con células glandulares atípicas en la citología, o con historia de ingesta de tamoxifeno, sangrado postmenopáusico.

Si bien es claro que el riesgo del cáncer endometrial por 100.000 mujeres aumenta con la edad: 2,8 entre los 30 y 34 años; 6,1 entre los 35 y 39; y 36,5 entre los 40 y 49 años.

El signo principal de la hiperplasia endometrial es la hemorragia uterina anormal (HUA), aunque puede cursar de manera asintomática, dicho signo es causa frecuente de consultas ginecológicas (20%)

Los meta análisis evidencian que la biopsia endometrial tiene una sensibilidad del 99,6% y una especificidad del 91% para detectar cáncer endometrial, y un 81% y 98% para hiperplasia respectivamente (3, 4, 7).

Conociendo los antecedentes mencionados, el presente estudio nos servirá para determinar si existe relación clínico-patológica en las pacientes candidatas a toma de biopsia endometrial, incluyendo datos clínicos, sociodemográficos, y correlacionando cada uno de ellos con el reporte de histopatología endometrial.

Se considera relevante la situación propuesta ya que el sangrado uterino anormal es causa frecuente de atención ginecológica, y el principal síntoma relacionado con enfermedades precursoras de malignidad en pacientes con factores de riesgo para cursar con patología endometrial.

En México actualmente no existe una tabla de factores establecidos que tengan mayor correlación con patología endometrial, que se pueda utilizar como sospecha clínica mayor para tener factores de alto riesgo, mediano y bajo riesgo para patología endometrial y poder emitir un pronóstico a corto plazo para al final confirmarlo con histopatología.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativo, considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginal, por su origen puede ser anatómica o disfuncional.

En México las mujeres que cursan con hemorragia uterina, anualmente solo 6 millones de ellas buscan atención médica; (COMEGO 2013).

De acuerdo con el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, en México el cáncer de endometrio ocupa el tercer lugar de los cánceres ginecológicos, después del cáncer cervicouterino y de ovario. En 2003 representó 2.16% del total de los cánceres femeninos y para 2007 fue causa de 2.8% de los egresos hospitalarios por cáncer en todo el país.

En nuestro Hospital (Hospital Regional Número 36) en el año 2015 el motivo de consulta de sangrado uterino anormal ocupó el cuarto lugar de consultas del área de tococirugía, antecedida por patologías obstétricas (infección del tracto genitourinario, hemorragia precoz del embarazo, y supervisión de embarazo normal) lo que lo pone en la primer causa ginecológica de motivo de consulta de nuestro hospital en el área de tococirugía, siendo un total de 1274 pacientes que corresponde al 5 % de la población atendida.

Motivo por el cual surge:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe correlación clínico – histopatológica en patología endometrial en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal obtenidas mediante biopsia endometrial en el hospital general regional número 36?

4. HIPÓTESIS.

NULA

No existe correlación clínico – histopatológica en patología endometrial en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal obtenidas mediante biopsia endometrial en el Hospital General Regional número 36.

ALTERNA

Si existe correlación clínico – histopatológica en patología endometrial en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal obtenidas mediante biopsia endometrial en el Hospital General Regional número 36.

5. OBJETIVO

5.1 GENERAL:

- Conocer la correlación que existe entre los hallazgos clínicos de pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal y los resultados histopatológicos obtenidos mediante biopsia endometrial, utilizando métodos *estadísticos de prueba*: Chi cuadrado de Independencia, cuando las dos variables aleatorias son categóricas y la correlación de Pearson si las dos variables aleatorias son numéricas.

5.2 PARTICULARES:

- Describir las características clínicas de pacientes con diagnóstico de

- Sangrado uterino anormal.
- Describir las características sociodemográficas utilizando medidas de tendencia central
 - Describir antecedentes Ginecobstétricos.
 - Describir las comorbilidades de las pacientes.
 - Describir los hallazgos histopatológicos.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Por el tipo de población: homodémico.

Por el control de la maniobra por el investigador: estudio observacional.

Por la captación de la información: estudio prospectivo.

Por la medición del fenómeno en el tiempo: estudio transversal.

Por la presencia de un grupo control: estudio descriptivo.

Por la dirección del análisis: estudio transversal.

Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto.

6.2 UBICACIÓN TEMPORAL

El estudio se llevó a cabo en un periodo de 12 meses, que comprendió del periodo de mayo del 2016 a julio del 2017, en el Hospital General Regional 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social, delegación Puebla.

6.3 ESTRATEGIA DE TRABAJO

Una vez autorizado el protocolo, se realizó una encuesta recabando datos clínicos y sociodemográficos mediante el instrumento de recolección de datos a las pacientes que cursaron con el diagnóstico de sangrado uterino anormal, durante el periodo programado del estudio, posteriormente se realizó una toma de biopsia endometrial para evaluación histopatológica y se envió la muestra a patología y fue evaluada por un único Médico Patólogo y al final se comparó el resultado del estudio de los hallazgos clínicos con el reporte histopatológico.

6.4 MARCO MUESTRAL

6.4.1 UNIVERSO DE ESTUDIO

Todas las pacientes con sangrado uterino anormal que fueron valoradas en el área de labor y consulta externa de ginecología del HGR 36, en el periodo comprendido de junio del 2016 a junio del 2017.

6.4.2 SUJETOS DE ESTUDIO

Todas las pacientes con sangrado uterino anormal del HGR 36 que se les realizó biopsia endometrial, en el periodo comprendido de junio del 2016 a junio del 2017.

6.4.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

6.4.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todas las pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal que sean candidatas a toma de biopsia endometrial (en mujeres para determinar la causa del sangrado uterino anormal, evaluación del estado del endometrio en pacientes infértiles incluyendo datos histológicos, asesoramiento de la respuesta de la terapia hormonal endometrial especialmente reemplazo estrogénico en mujeres de la perimenopausia y postmenopausia así como en mujeres con tratamiento con tamoxifeno para cáncer de mama, pacientes con reporte de células anormales glandulares en una citología cervicovaginal, especímenes que requieren tejido endometrial para excluir hiperplasia o carcinoma, el tamizaje con ultrasonido transvaginal puede mostrar una línea endometrial engrosada en pacientes postmenopáusicas con endometrio mayor a 5 mm, línea endometrial igual o mayor a 12 mm por USG en mujeres premenopáusicas, hemorragia uterina persistente, principalmente en mayores de 40 años o con peso igual o mayor a 90 Kg, sospecha de malignidad.
- Mujeres que acepten toma de biopsia endometrial, firmen consentimiento informado de procedimiento y esta se realice.
- Mujeres en el rango de edad de 20 a 90 años.

6.4.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes núbiles.
- Pacientes con embarazo.

6.4.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pérdida de la información.
- Muestra insatisfactoria.
- Muestra insuficiente.

6.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

Se trató de un estudio observacional, prolectivo, descriptivo, transversal, homodémico.

Se realizó un tipo de muestreo no probabilístico.

Tamaño de muestra según conveniencia. (100 pacientes).

6.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El Tamaño de la muestra fué conveniente limitada por el tiempo, se eligieron 100 pacientes.

PERIODO DE ESTUDIO: del 01 de junio del 2016 al 31 de junio del 2017.

6.7 VARIABLES Y ESCALA DE MEDICIÓN

6.8 DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	VALOR
REPORTE DE HISTOPATOLOGÍA EN BIOPSIA ENDOMETRIAL		*ENDOMETRIO NORMAL (SECRETOR, PROLIFERATIVO) *HIPERPLASIA SIMPLE SIN ATIPIAS *HIPERPLASIA SIMPLE CON ATIPIAS *HIPERPLASIA COMPLEJA SIN ATIPIAS *HIPERPLASIA COMPLEJA CON ATIPIAS *PÓLIPO ENDOMETRIAL *PATOLOGÍA NO ENDOMETRIAL	CUALITATIVA	NOMINAL	
PESO	LA FUERZA EJERCIDA POR EL PLANETA TIERRA PARA ATRAER A LOS CUERPOS Y LA MAGNITUD DE ESA	KG	CUANTITATIVA	NUMÉRICA	
IMC	EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) ES UNA MEDIDA DE ASOCIACIÓN ENTRE LA MASA Y LA TALLA DE UN INDIVIDUO	BAJO PESO : MENOR A 18 NORMAL: 18.5-24.9 SOBREPESO: 25.29.9 OBESIDAD: MAYOR A 30 GRADO I:30-34.9	CUALITATIVA	ORDINAL	

		GRADO II:35-39.9			
		GRADO III;MAYOR A 4º			
EDAD	TIEMPO DE VIDA DESDE SU NACIMIENTO EXPRESADO EN AÑOS	AÑOS	CUANTITATIVA	NUMÉRICA	

6.9 MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Entrevista directa y recolección de datos complementarios laboratorios.
Revisión de resultados de histopatología.

6.10 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Entrevista directa.

Consulta de expedientes.

6.11 ANÁLISIS DE DATOS

Se capturaron los datos en EXCEL en una sábana de datos, posteriormente en programa SPSS vs 24, una vez terminado se limpió la base para posteriormente proceder a su análisis.

Para la presentación de datos se utilizó estadística descriptiva, para las variables cuantitativas medidas de tendencia central, para las cualitativas frecuencias y porcentajes, para la correlación de datos se utilizará utilizando métodos *estadísticos de prueba*: Chi cuadrada de Independencia cuando las dos variables aleatorias son categóricas y la correlación de Pearson si las dos variables aleatorias son numéricas.

7 LOGÍSTICA

7.1 RECURSOS HUMANOS

- ✓ **Dra. Marlene Serrano Almeida:** Médico residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
- ✓ **Dra. Dolores Guillermina Martínez Marín:** Médico experto Ginecobstetra adscrito a la jefatura de la división de enseñanza e Investigación HGR36. Siendo el experto en tema y asesor metodológico.

- ✓ **Dra. Bricia Araceli Del Rosario Tamayo:** Médico con especialidad en Anatomía Patológica que realizará el diagnóstico histopatológico de las biopsias de endometrio.

7.2 RECURSOS MATERIALES

- Computadora personal.
- Bolígrafos.
- Lápices.
- Artículos de oficina.
- Programas software: hoja de cálculo y procesador de texto.
- Programa para presentación: power point.
- Impresora láser.

7.3 RECURSOS FINANCIEROS

Será financiado por los investigadores del proyecto.

8. CRONOGRAMA

Actividad	Dic2015-abril 2016	Mayo 2016	Junio 2016-junio 2017	Julio 2017 agosto 2017
Elaboración de protocolo.	X	X		
Registro del protocolo ante el Comité de Investigación.		X		
Capacitación encuestador o colector de información.			X	
Colección de información.			X	
Captura de datos.			X	
Análisis de datos.				X
Interpretación de resultados.				X
Conclusión del proyecto, escritura de tesis.				X
Publicación y difusión.				X

9. ASPECTOS ÉTICOS

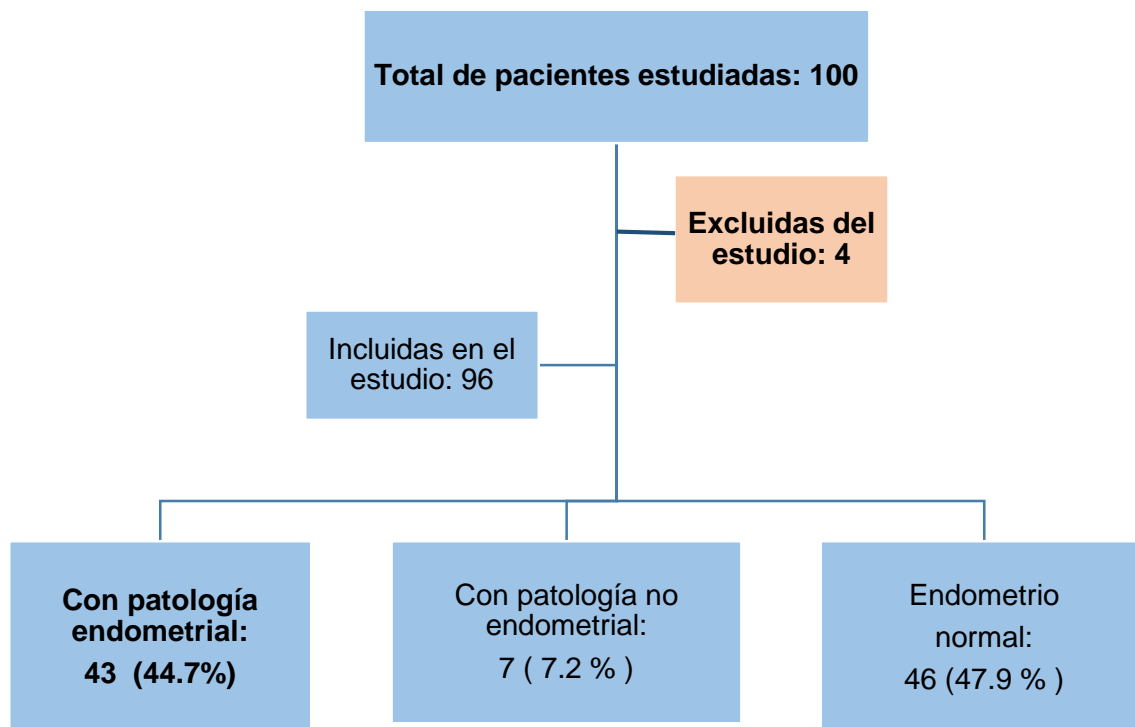
Esta investigación se llevó a cabo dentro de los principios éticos en el campo de la salud de investigación. En la presente investigación se dio cumplimiento al artículo 113 de la Ley General de Salud que expresa: la conducción de la investigación estará a cargo de un investigador principal, quien deberá ser un profesional de la salud y tener la formación académica y la experiencia adecuada para la dirección del trabajo a realizar, además de contar con la autorización del jefe de área de adscripción, se contó con la aprobación de las autoridades correspondientes del Hospital General de zona número 36 de IMSS.

Esta investigación no causa riesgo alguno a las personas, ya que se emplearon técnicas y métodos de investigación descriptivo y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio, dando cumplimiento al artículo 17 del capítulo 1, título 2 del Reglamento de la Ley General de Salud.

9. RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio a 100 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal que fueron candidatas a toma de biopsia endometrial en el Hospital General Regional número 36 (IMSS).

Del total de 100 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal que fueron candidatas a toma de biopsia endometrial, se recabó el reporte de patología, de las cuales se reportaron 43 pacientes con reporte de patología endometrial (44.7 %), 46 pacientes con reporte de endometrio normal (47.9 %), 7 pacientes con otro reporte de patología no endometrial (7.2%), se excluyeron 4 pacientes por reporte de patología como muestra inadecuada para diagnóstico (coágulos hemáticos, muestra insuficiente, mucosa exocervical, tejido escaso) como se observa en el siguiente flujograma 1:



Flujograma 1. Representa la muestra de pacientes estudiadas: 100 pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal, se excluyen 4 pacientes del estudio por muestra inadecuada, se incluyen 96 pacientes de las cuales se reportaron 46 pacientes con endometrio normal, 43 pacientes con patología endometrial, 7 pacientes con patología no endometrial, conformando un total de 96 pacientes.

Al someter a interrogatorio directo por medio del instrumento de recolección de datos aplicado a las 96 pacientes incluidas, se identificaron los siguientes **factores antropométricos**:

Edad

En nuestra población se reportó como edad mínima 24 años y máxima hasta 76 años, con una media de 45.64 años, se dividieron en rangos de edad de 10 años para facilitar el análisis de datos.

Se observó que la edad de las pacientes fue:

En 44 pacientes de 41 a 50 años (45.8 %), 22 pacientes de 31 a 40 años (22.9 %), 16 pacientes de 51 a 60 años (16.7 %), la edad de mayor presentación es de 44 años (10 %). Tabla 1 y gráfico 1.

Edad de pacientes (años)		
N	Total	96
Media		45.64
Mediana		44
Moda		44
Mínimo		24
Máximo		76

Tabla

1. Edad de pacientes (Años). N= Total

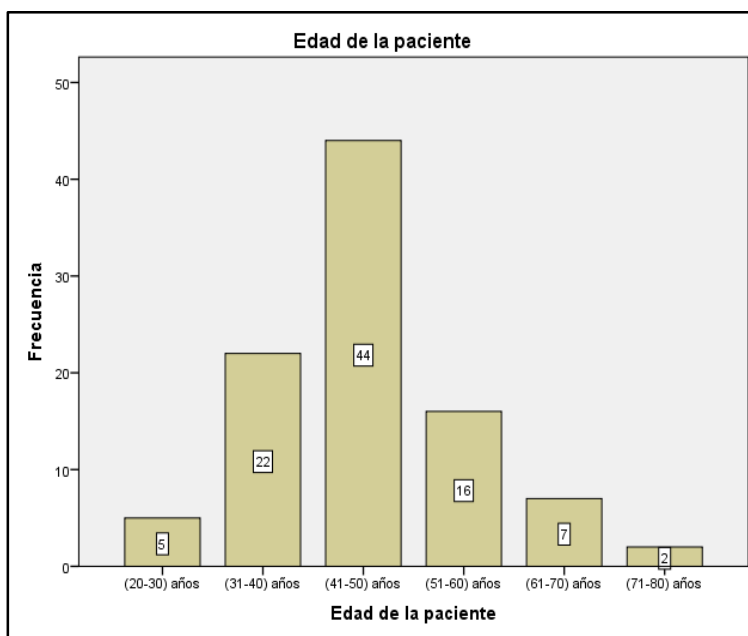


Gráfico 1. Edad de pacientes (años).

Al someter a interrogatorio directo por medio del instrumento de recolección de datos aplicado a las 96 pacientes incluidas, se identificaron los siguientes **factores clínicos**:

Peso

Se encontró un peso mínimo de 45.5 kg, un peso máximo de 123.5 kg, con una media de 73.8 kg y con mayor frecuencia 68 kg (7.3 %). Gráfico 2.

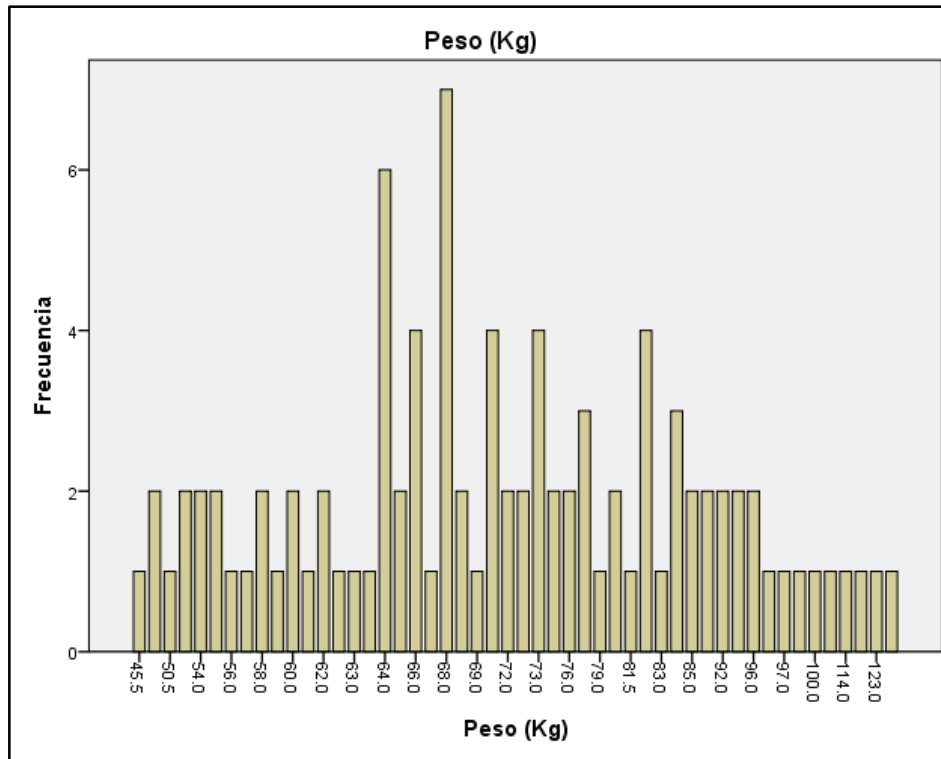


Gráfico 2. Peso de pacientes (Kg).

IMC

El IMC (índice de masa corporal) para facilitar el análisis se definió el IMC en escalas según la Organización Mundial de Salud para facilitar el análisis estadístico, en nuestro estudio los de mayor frecuencia se encontraron en 38 pacientes con sobrepeso (39.6 %), en 31 pacientes Obesidad grado I (33.3 %) en 10 pacientes obesidad grado II (10.4%).Tabla 2.

IMC		
	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso (25-29.99)	n= 38	39.6%
Obesidad G I (30-34.99)	n= 31	33.3%
Obesidad G II (35-39.99)	n= 10	10.4%
Normopeso (20-24.99)	n= 8	8.3 %
Obesidad G III (mayor a 40)	n= 8	8.3%
Total	n= 96	100.0 %

Tabla 2. IMC (Índice de masa corporal)

Al someter a interrogatorio directo por medio del instrumento de recolección de datos, se identificaron los siguientes **factores Ginecobstétricos**:

En 4 pacientes se encontró la edad de menor presentación de menarca a los 9 años (4.2 %), en 7 pacientes la edad máxima de menarca de 15 años (7.3 %) y con una mayor prevalencia en 27 pacientes menarca a los 12 años (28.1 %).

En 20 pacientes la duración de menstruación con un periodo mínimo de 0 días (20.8 %) que corresponde a pacientes con sangrado posmenopáusico, en 1 paciente el máximo número de días de menstruación de 30 días (1%) y con mayor prevalencia en 20 pacientes la duración de menstruación de 0 días (20.8 %).

En 8 pacientes con reporte de gesta mínima (0 gestas) (8.3 %), en 1 paciente como gesta 9 (1 %), y con mayor prevalencia en 28 pacientes el número de gestas 3 (29.2 %). Tabla 3.

Factores Ginecobstétricos			
	Menarca (años)	Duración de menstruación (días)	Número de gestas
Media	12.14	6.69	3.26
Mediana	12	7	3
Moda	12	0	3
Mínimo	9	0	0
Máximo	15	30	9

Tabla 3. Factores Ginecobstétricos

Los **métodos de planificación familiar** en orden de preferencia:

En 49 pacientes OTB (49 %), 26 pacientes no utilizan algún método de planificación familiar (27.1 %), 9 pacientes uso de preservativo (9.4 %). Tabla 4.

Método de planificación familiar			
		Frecuencia	Porcentaje
MPF	OTB	n= 47	49.0 %
	Ninguno	n= 26	27.1 %
	Preservativo	n= 9	9.4 %
	ACO	n= 7	7.3 %
	DIU	n= 5	5.2 %
	Hormonal inyectable	n= 2	2.1 %
	Total	n= 96	100.0 %

Tabla 4. Método de planificación familiar (MPF), DIU (dispositivo Intrauterino), ACO (anticonceptivos orales), OTB (oclusión tubaria bilateral).

Al interrogatorio de **reporte de citología cervical** refirieron:

52 pacientes citología cervical con reporte negativo a malignidad (54.2 %), 42 pacientes no tener algún reporte de citología cervical (43.8 %), y en menor frecuencia 1 paciente con reporte de NIC I (1%) y 1 paciente con reporte CACU Insitu (1 %). Tabla 5.

Reporte de citología cervical		
	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	n= 52	54.2%
No tiene	n= 42	43.8%
NIC I	n= 1	1.0%
CACU in situ	n= 1	1.0%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 5. Reporte de citología cervical. NIC I (Neoplasia intra epitelial cervical grado I), CACU IN SITU (Cáncer cervicouterino in situ).

76 pacientes fueron premenopáusicas (79.2 %) y 20 pacientes posmenopáusicas (20.8%).

Tabla 6

Menopausia		
	Frecuencia	Porcentaje
No	n= 76	79.2%
Si	n= 20	20.8%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 6. Menopausia

El uso de **terapia de reemplazo hormonal** no aplicó en 76 pacientes (79.2 %) ya que se consideran no candidatas a terapia de reemplazo hormonal (premenopáusicas) y si se aplicó la variable a 20 pacientes posmenopáusicas, de las cuales 4 si tuvieron uso de terapia de reemplazo hormonal (4.2 %), 16 pacientes no tuvieron terapia de reemplazo hormonal (16.7 %). Tabla 7.

Uso de terapia de reemplazo hormonal		
	Frecuencia	Porcentaje
No aplica	n= 76	79.2%
No	n= 16	16.7%
Si	n= 4	4.2%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 7. Uso de terapia de reemplazo hormonal

Se encontraron que en 39 pacientes presentaron **ciclos menstruales** regulares (40.6%), en 37 pacientes ciclos menstruales irregulares (38.5 %) y en 20 pacientes no aplicó la variable ya que fueron consideradas pacientes posmenopáusicas (20.8 %). Tabla 8.

Tipo de ciclos menstruales		
	Frecuencia	Porcentaje
Regulares	n= 39	40.6 %
Irregulares	n= 37	38.5%
No aplica	n= 20	20.8%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 8. Tipo de ciclos menstruales.

Las **características** (signos y síntomas) asociados a sangrado uterino anormal fueron:

En 47 pacientes se presentó dismenorrea (49 %), 29 pacientes no refirieron dismenorrea (30.2 %), en 20 pacientes no se aplicó la variable ya que las pacientes son posmenopáusicas (20.8 %)

En 36 pacientes refirieron sangrado intermenstrual (37.5%), 40 pacientes no refirieron sangrado intermenstrual (41.7 %), en 20 pacientes no se aplicó la variable ya que las pacientes son posmenopáusicas (20.8 %).

En 14 pacientes se refirieron sangrado postcoital (14.6 %), 82 pacientes no refirieron sangrado postcoital (85.4 %). Tabla 9.

Signos y síntomas asociados a sangrado uterino anormal						
	Dismenorrea		Sangrado intermenstrual		Sangrado postcoital	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	n= 47	49%	n= 36	37.5%	n= 14	14.6%
No	n= 29	30.2%	n= 40	41.7%	n= 82	85.4%
No aplica	n= 20	20.8%	n= 20	20.8%	n= 0	0%
Total	n= 96	100%	n= 96	100%	n= 96	100%

Tabla 9. Signos y síntomas asociados a sangrado uterino anormal

Al someter a interrogatorio directo por medio del instrumento de recolección de datos, se identificaron las siguientes **comorbilidades** (Diabetes Mellitus tipo 2; hipertensión arterial crónica, enfermedades tiroideas, anemia):

Las comorbilidades interrogadas en nuestras pacientes fueron Hipertensión crónica, Diabetes Mellitus tipo 2, enfermedades tiroideas y anemia.

Se encontró:

Hipertensión crónica en 39 pacientes (40.6 %).

DM tipo 2 en 28 pacientes (29.2 %).

Enfermedades tiroideas en 10 pacientes (10.4 %). Tabla 10.

Comorbilidades						
Hipertensión crónica			DM tipo 2		Enfermedades tiroideas	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	n= 57	59.4%	n= 68	70.8%	n= 86	89.6%
Si	n= 39	40.6%	n= 28	29.2%	n= 10	10.4%
Total	n= 96	100%	n= 96	100%	n= 96	100%

Tabla 10. Comorbilidades. Dm tipo 2 (Diabetes mellitus tipo 2).

El nivel de hemoglobina se utilizó para valorar el grado de **anemia**, 54 pacientes no presentaron anemia (56.3 %), 29 pacientes presentaron anemia leve (30.2 %), 8 pacientes presentaron anemia moderada (8.3 %). Tabla 11.

Anemia		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin anemia (mayor a 12.1 g/dl)	n= 54	56.3%
Anemia leve (10.1-12 g/dl)	n= 29	30.2%
Anemia moderada (8.1-10 g/dl)	n= 8	8.3%
Anemia severa (0-8 g/dl)	n= 5	5.2%
Total	n= 96	100%

Tabla 11. Anemia

71 pacientes no presentaron **datos de hiperandrogenismo** (74 %), 25 pacientes si presentaron datos de hiperandrogenismo (26%), encontrando en 16 pacientes hirsutismo (16.7 %), en 9 pacientes acné (9.4 %).Tabla 12.

Datos de hiperandrogenismo		
	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	n= 71	74.0%
Hirsutismo	n= 16	16.7%
Acné	n= 9	9.4%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 12. Datos de hiperandrogenismo.

Diagnóstico Clínico

Se emitió un **diagnóstico clínico** (clasificación PALM COEIN) integrando factores de riesgo y personalizando a cada paciente, encontrando: Malignidad- hiperplasia en 36 pacientes (37.5%), causas ovulatorias en 34 pacientes (35.4%), leiomiomatosis uterina en 24 pacientes (25%). Tabla 13.

Diagnóstico clínico PALM COEIN.		
	Frecuencia	Porcentaje
Malignidad-hiperplasia	n= 36	37.5%
Causas ovulatorias	n= 34	35.4%
Leiomiomatosis	n= 24	25.0%
Pólipo	n= 1	1.0%
Coagulación	n= 1	1.0%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 13. Diagnóstico clínico, PALM (pólipo, adenomiosis, leiomiomatosis uterina, malignidad-hiperplasia) COEIN (coagulopatía, ovulatoria, endometrial, iatrogenia, no clasificable).

Para llegar a un diagnóstico de patología se realizó la toma de biopsia endometrial a 100 pacientes aplicando las **técnicas** de cánula de NOVACK, AMEU Y LUI aleatoriamente, de las cuales 4 se excluyeron por muestra inadecuada, se llevó a cabo el estudio en 96 pacientes, encontrando que en 51 pacientes se llevó a cabo

con la cánula de NOVACK (53.1 %), en 26 pacientes con de técnica AMEU (27.1%) y en 19 pacientes con técnica de LUI (19.8 %). Tabla 14.

Técnica de toma de biopsia endometrial		
	Frecuencia	Porcentaje
Cánula de Nývack	n= 51	53.1%
AMEU	n= 26	27.1%
LUI	n= 19	19.8%
Total	n= 96	100%

Tabla 14. Técnica de toma de biopsia endometrial. AMEU (aspiración manual endouterina), LUI (legrado uterino instrumentado).

Diagnóstico de patología

Se enviaron 100 biopsias de endometrio y se emitió un **diagnóstico de patología**, de las cuales fueron excluidos 4 reportes, en orden de frecuencias: Endometrio normal (proliferativo, secretor, decidualizado, atrófico) en 46 pacientes (47.9 %), hiperplasia simple sin atipias en 19 pacientes (19.7 %), pólipo endometrial en 6 pacientes (6.2 %), hiperplasia compleja sin atipias en 5 pacientes (5.2%), hiperplasia compleja con atipias en 4 pacientes (4.1%). Tabla 15.

Diagnóstico de patología		
	Frecuencia	Porcentaje
Endometrio normal (proliferativo, secretor, decidualizado, atrófico)	n= 46	47.9%
Hiperplasia simple sin atipias	n= 19	19.7%
Pólipo endometrial	n= 6	6.2%
Hiperplasia compleja sin atipias	n= 5	5.2%
Hiperplasia compleja con atipias	n= 4	4.1%
Adenocarcinoma glandular bien diferenciado grado I	n= 3	3.1%
Hiperplasia simple con atipias	n= 2	2.1%
Endometrio gravídico, vellosidades del primer trimestre	n= 2	2.1%
Adenocarcinoma tipo endometrioide	n= 2	2%
Carcinosarcoma endometrial	n= 1	1%
Adenocarcinoma endometrioide grado III	n= 1	1%
Carcinoma espinocelular invasor con nidos epiteliales	n= 1	1%
Exocérvix LIEAG, CACU in situ	n= 1	1%
Carcinoma epidermoide	n= 1	1%
Carcinoma epidermoide invasor de células grandes no queratinizantes	n= 1	1%
Leiomiomatosis_ probable submucoso	n= 1	1%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 15. Reporte de Histopatología. LIEAG (lesión Intraepitelial de alto grado), CACU (cáncer cervicouterino).

Patología endometrial y no endometrial

Se decidió abordar de las 96 pacientes, exclusivamente las que resultaron con patología endometrial 43 pacientes (44.8%) encontrando: Hiperplasia simple sin atipias en 19 pacientes (19.8 %), adenocarcinoma endometrial y carcinosarcoma endometrial en 7 pacientes (7.3%), pólipo endometrial en 6 pacientes (6.3 %). En 6 pacientes se encontró patología no endometrial (7.3%). Tabla 16.

Patología endometrial y no endometrial		
	Frecuencia	Porcentaje
Endometrio normal	n= 46	47.9%
Hiperplasia simple sin atipias	n= 19	19.8%
Adenocarcinoma endometrial y carcinosarcoma endometrial	n= 7	7.3%
Con patología no endometrial	n= 7	7.3%
Pólipo endometrial	n= 6	6.3%
Hiperplasia compleja sin atipias	n= 5	5.2%
Hiperplasia compleja con atipias	n= 4	4.2%
Hiperplasia simple con atipias	n= 2	2.1%
Total	n= 96	100.0%

Tabla 16. Reporte de patología endometrial.

Correlaciones de factores epidemiológicos, clínicos, técnica de biopsia endometrial, diagnóstico clínico y reporte de patología de biopsias endometriales.

Edad

se realizaron correlaciones de edad (rangos de 10 años) y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial se reportó mayor incidencia en 20 pacientes con edades de 41 a 50 años (20.8%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial se reportó mayor incidencia en 3 pacientes con edades de 41 a 50 años (3.1%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología (endometrio normal) se reportó mayor incidencia en 21 pacientes con edades de 41 a 50 años (21.9%). Tabla 17.

Edad de pacientes correlacionada con reporte de patología

Edad de la paciente		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
(41-50) años	n=	n= 20	n= 3	n= 21	n= 44
	%	20.8%	3.1%	21.9%	45.8%
(31-40) años	n=	n= 7	n= 1	n= 14	n= 22
	%	7.3%	1.0%	14.6%	22.9%
(51-60) años	n=	n= 7	n= 0	n= 9	n= 16
	%	7.3%	0.0%	9.4%	16.7%
(61-70) años	n=	n= 6	n= 1	n= 0	n= 7
	%	6.3%	1.0%	0.0%	7.3%
(20-30) años	n=	n= 2	n= 1	n= 2	n= 5
	%	2.1%	1.0%	2.1%	5.2%
(71-80) años	n=	n= 1	n= 1	n= 0	n= 2
	%	1.0%	1.0%	0.0%	2.1%
Total	n=	n= 43	n= 7	n= 46	n= 96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 17. Edad de pacientes correlacionada con reporte de patología.

IMC

Se realizaron correlaciones de IMC (normopeso, sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II) y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial se reportó mayor incidencia de sobrepeso en 17 pacientes (17.7%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial se reportó mayor incidencia de sobrepeso en 3 pacientes (3.1%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) se reportó en 20 pacientes sobrepeso (20.8%) Tabla 18.

IMC de pacientes correlacionado con reporte de patología

IMC		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
Sobrepeso (25-29.99)	n=	n=17	n=1	n=20	n=38
	%	17.7%	1.0%	20.8%	39.6%
Obesidad G I (30-34.99)	n=	n=13	n=3	n=16	32
	%	13.5%	3.1%	16.7%	33.3%
Obesidad G III (mayor a 40)	n=	n=6	n=0	n=2	n=8
	%	6.3%	0.0%	2.1%	8.3%
Obesidad G II (35- 39.99)	n=	n=4	n=1	n=5	n=10
	%	4.2%	1.0%	5.2%	10.4%
Normopeso (20-24.99)	n=	n=3	n=2	n=3	n=8
	%	3.1%	2.1%	3.1%	8.3%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0 %

Tabla 18. IMC de pacientes correlacionado con reporte de patología.

Menarca

Se realizaron correlaciones de menarca y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial se reportó mayor incidencia en menarca de 13 años en 10 pacientes (10.4%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial se reportó mayor incidencia en menarca de 15 años en 3 pacientes (3.1%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) se reportó mayor incidencia en menarca de 12 años en 17 pacientes (17.7%). Tabla 19.

Menarca de pacientes correlacionado con reporte de patología

Menarca (años)		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
13	n=	n=10	n=0	n=12	n=22
	%	10.4%	0.0%	12.5%	22.9%
12	n=	n=9	n=1	n=17	n=27
	%	9.4%	1.0%	17.7%	28.1%
11	n=	n=8	n=1	n=9	n=18
	%	8.3%	1.0%	9.4%	18.8%
10	n=	n=5	n=1	n=3	n=9
	%	5.2%	1.0%	3.1%	9.4%
14	n=	n=5	n=1	n=3	n=9
	%	5.2%	1.0%	3.1%	9.4%
15	n=	n=3	n=3	n=1	n=7
	%	3.1%	3.1%	1.0%	7.3%
9	n=	n=3	n=0	n=1	n=4
	%	3.1%	0.0%	1.0%	4.2%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 19. Menarca de pacientes correlacionado con reporte de patología

Método de planificación familiar

Se realizaron correlaciones de método de planificación familiar y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial no tienen algún método de planificación familiar con mayor incidencia 16 pacientes (16.7%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial tienen OTB con mayor incidencia 4 pacientes (4.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) no tienen algún método de planificación familiar con mayor incidencia 8 pacientes (8.3%). Tabla 20.

Método de planificación familiar de pacientes correlacionado con reporte de patología

Método de planificación familiar		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
Ninguno	n=	n=16	n=2	n=8	n=26
	%	16.7%	2.1%	8.3%	27.1%
OTB	n=	n=15	n=4	n=28	n=47
	%	15.6%	4.2%	29.2%	49.0%
Preservativo	n=	n=4	n=0	n=5	n=9
	%	4.2%	0.0%	5.2%	9.4%
ACO	n=	n=4	n=1	n=2	n=7
	%	4.2%	1.0%	2.1%	7.3%
DIU	n=	n=3	n=0	n=2	n=5
	%	3.1%	0.0%	2.1%	5.2%
Hormonal inyectable	n=	n=1	n=0	n=1	n=2
	%	1.0%	0.0%	1.0%	2.1%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 20. Método de planificación familiar de pacientes correlacionado con reporte de patología. DIU (dispositivo intrauterino), ACO (anticonceptivos orales), OTB (oclusión tubaria bilateral).

Uso de terapia de reemplazo hormonal

Se realizaron correlaciones con el uso de terapia de reemplazo hormonal y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal), se excluyeron 32 pacientes premenopáusicas (no aplica):

En el reporte de biopsias endometriales en pacientes posmenopáusicas que evidenciaron patología endometrial no tenían uso de terapia de reemplazo hormonal con mayor incidencia en 9 pacientes (9.4%).

En el reporte de biopsias endometriales en pacientes posmenopáusicas que evidenciaron patología no endometrial no tenían uso de terapia de reemplazo hormonal con mayor incidencia en 2 pacientes (2.1%).

En el reporte de biopsias endometriales en pacientes posmenopáusicas que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) no tenían uso de terapia de reemplazo hormonal con mayor incidencia en 5 pacientes (5.2%). Tabla 21.

Uso de terapia de reemplazo hormonal correlacionado con reporte de patología

Uso de terapia de reemplazo hormonal		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
No aplica	n=	n=32	n=4	n=40	n=76
	%	33.3%	4.2%	41.7%	79.2%
No	n=	n=9	n=2	n=5	n=16
	%	9.4%	2.1%	5.2%	16.7%
Si	n=	n=2	n=1	n=1	n=4
	%	2.1%	1.0%	1.0%	4.2%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 21. Uso de terapia de reemplazo hormonal correlacionado con reporte de patología.

Menopausia

Se realizaron correlaciones de menopausia y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia no se encontraban en la menopausia 32 pacientes (33.3%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia no se encontraban en la menopausia 4 pacientes (4.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia no se encontraban en la menopausia 40 pacientes (41.7%). Tabla 22.

Menopausia correlacionada con reporte de patología

Menopausia		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
No	n=	n=32	n=4	n=40	n=76
	%	33.3%	4.2%	41.7%	79.2%
Si	n=	n=11	n=3	n=6	n=20
	%	11.5%	3.1%	6.3%	20.8%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 22. Menopausia correlacionada con reporte de patología.

Reporte de citología cervical

Se realizaron correlaciones de reporte de citología cervical y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia no tienen algún reporte de citología cervical 26 pacientes (27.1%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia refieren reporte negativo 4 pacientes (4.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia refieren reporte negativo 31 pacientes (32.3%). Tabla 23.

Reporte de citología cervical correlacionada con reporte de patología

Reporte de citología cervical		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
No tiene	n=	n=26	n=1	n=15	n=42
	%	27.1%	1.0%	15.6%	43.8%
Negativo	n=	n=17	n=4	n=31	n=52
	%	17.7%	4.2%	32.3%	54.2%
NIC I	n=	n=0	n=1	n=0	n=1
	%	0.0%	1.0%	0.0%	1.0%
CACU in situ	n=	n=0	n=1	n=0	n=1
	%	0.0%	1.0%	0.0%	1.0%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 23. Reporte de citología cervical correlacionada con reporte de patología. NIC (neoplasia intracelular), CACU (cáncer cervicouterino).

Número de gestas

Se realizaron correlaciones de número de gestas y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia tienen 2 gestas 11 pacientes (11.5%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia tienen 3 gestas 4 pacientes (4.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia tienen 3 gestas 18 pacientes (18.8%). Tabla 24.

Número de gestas correlacionadas con reporte de patología

Número de gestas		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
2	n=	n=11	n=1	n=3	n=15
	%	11.5%	1.0%	3.1%	15.6%
4	n=	n=7	n=0	n=9	n=16
	%	7.3%	0.0%	9.4%	16.7%
3	n=	n=6	n=4	n=18	n=28
	%	6.3%	4.2%	18.8%	29.2%
5	n=	n=5	n=1	n=6	n=12
	%	5.2%	1.0%	6.3%	12.5%
6	n=	n=4	n=0	n=1	n=5
	%	4.2%	0.0%	1.0%	5.2%
0	n=	n=4	n=0	n=4	n=8
	%	4.2%	0.0%	4.2%	8.3%
1	n=	n=3	n=1	n=3	n=7
	%	3.1%	1.0%	3.1%	7.3%
7	n=	n=2	n=0	n=1	n=3
	%	2.1%	0.0%	1.0%	3.1%
9	n=	n=1	n=0	n=0	n=1
	%	1.0%	0.0%	0.0%	1.0%
8	n=	n=0	n=0	n=1	n=1
	%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 24. Número de gestas correlacionadas con reporte de patología.

Datos de hiperandrogenismo

Se realizaron correlaciones de datos de hiperandrogenismo y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia no presentaron datos de hiperandrogenismo 31 pacientes (32.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia no presentaron datos de hiperandrogenismo 6 pacientes (6.3%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia no presentaron datos de hiperandrogenismo 34 pacientes (35.4%). Tabla 25.

Datos de hiperandrogenismo correlacionados con reporte de patología

Datos de hiperandrogenismo		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
Ninguno	n=	n=31	n=6	n=34	n=71
	%	32.3%	6.3%	35.4%	74.0%
Hirsutismo	n=	n=10	n=0	n=6	n=16
	%	10.4%	0.0%	6.3%	16.7%
Acné	n=	n=2	n=1	n=6	n=9
	%	2.1%	1.0%	6.3%	9.4%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 25. Datos de hiperandrogenismo correlacionados con reporte de patología.

Hipertensión crónica

Se realizaron correlaciones de hipertensión crónica y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia si tenían hipertensión crónica arterial 25 pacientes (26%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia no tenían hipertensión crónica arterial 4 pacientes (4.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia no tenían hipertensión crónica arterial 35 pacientes (36.5%). Tabla 26.

Hipertensión crónica correlacionada con reporte de patología

Hipertensión crónica		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
Si	n=	n=25	n=3	n=11	n=39
	%	26.0%	3.1%	11.5%	40.6%
No	n=	n=18	n=4	n=35	n=57
	%	18.8%	4.2%	36.5%	59.4%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 26. Hipertensión crónica correlacionada con reporte de patología.

Diabetes mellitus tipo 2

Se realizaron correlaciones de Diabetes mellitus tipo 2 y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia en 25 pacientes no tenían Diabetes mellitus tipo 2 (26%).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia en 5 pacientes no tenían Diabetes mellitus tipo 2 (5.2%).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia en 38 pacientes no tenían Diabetes mellitus tipo 2 (39.6%).Tabla 27.

Diabetes mellitus tipo 2 correlacionada con reporte de patología

Diabetes Mellitus tipo 2		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
No	n=	n=25	n=5	n=38	n=68
	%	26.0%	5.2%	39.6%	70.8%
Si	n=	n=18	n=2	n=8	n=28
	%	18.8%	2.1%	8.3%	29.2%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 27. Diabetes mellitus tipo 2 correlacionada con reporte de patología.

Enfermedades tiroideas

Se realizaron correlaciones de enfermedades tiroideas y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia en 36 pacientes no tenían enfermedades tiroideas (37.5 %).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia en 7 pacientes no tenían enfermedades tiroideas (7.3 %).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia en 43 pacientes no tenían enfermedades tiroideas (44.8 %).Tabla 28.

Enfermedades tiroideas correlacionadas con reporte de patología

Enfermedades tiroideas		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
No	n=	n=36	n=7	n=43	n=86
	%	37.5%	7.3%	44.8%	89.6%
Si	n=	n=7	n=0	n=3	n=10
	%	7.3%	0.0%	3.1%	10.4%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 28. Enfermedades tiroideas correlacionadas con reporte de patología.

Anemia

Se realizaron correlaciones de nivel de hemoglobina (anemia) y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia en 22 pacientes no tenían anemia (22.9 %).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia en 4 pacientes no tenían anemia (4.2 %).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia en 28 pacientes no tenían anemia (29.2 %).Tabla 29.

Anemia (nivel de hemoglobina) correlacionada con reporte de patología

Anemia (hemoglobina g/dl)		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
Sin anemia (mayor a 12.1)	n=	n=22	n=4	n=28	n=54
	%	22.9%	4.2%	29.2%	56.3%
Anemia leve (10.1-12)	n=	n=14	n=2	n=13	n=29
	%	14.6%	2.1%	13.5%	30.2%
Anemia severa (0-8)	n=	n=4	n=1	n=0	n=5
	%	4.2%	1.0%	0.0%	5.2%
Anemia moderada (8.1-10)	n=	n=3	n=0	n=5	n=8
	%	3.1%	0.0%	5.2%	8.3%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 29. Anemia (nivel de hemoglobina) correlacionada con reporte de patología.

Técnica de biopsia endometrial correlacionada con reporte de patología.

Se realizaron correlaciones de la técnica de biopsia endometrial y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia en 15 pacientes se realizó la toma de biopsia endometrial con AMEU (15.6 %).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia en 5 pacientes se realizó la toma de biopsia endometrial con Novack (5.2 %).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia en 32 pacientes se realizó la toma de biopsia endometrial con Novack (33.3 %). Tabla 30.

Técnica de biopsia endometrial correlacionada con reporte de patología

Técnica de biopsia		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
AMEU	n=	n=15	n=0	n=11	n=26
	%	15.6%	0.0%	11.5%	27.1%
Novack	n=	n=14	n=5	n=32	n=51
	%	14.6%	5.2%	33.3%	53.1%
LUI	n=	n=14	n=2	n=3	n=19
	%	14.6%	2.1%	3.1%	19.8%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 30. Técnica de biopsia endometrial correlacionada con reporte de patología.

Diagnóstico clínico relacionado con reporte de patología.

Se realizaron correlaciones con diagnóstico clínico y reporte de patología (se dividió en tres grupos: patología endometrial, patología no endometrial y endometrio normal):

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial con mayor incidencia de diagnóstico clínico en 22 pacientes fue el de hiperplasia-malignidad (22.9 %).

En el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología no endometrial con mayor incidencia de diagnóstico clínico en 4 pacientes fue el de hiperplasia-malignidad (4.2 %).

En el reporte de biopsias endometriales que no evidenciaron patología endometrial (endometrio normal) con mayor incidencia de diagnóstico clínico en 21 pacientes fueron causas ovulatorias (21.9 %). Tabla 31.

Diagnóstico clínico correlacionado con reporte de patología

Diagnóstico clínico		Reporte de patología			Total
		Con patología endometrial	Con patología no endometrial	Endometrio normal	
Malignidad-hiperplasia	n=	n=22	n=4	n=10	n=36
	%	22.9%	4.2%	10.4%	37.5%
Ovulatorios	n=	n=11	n=2	n=21	n=34
	%	11.5%	2.1%	21.9%	35.4%
Leiomiomatosis	n=	n=9	n=1	n=14	n=24
	%	9.4%	1.0%	14.6%	25.0%
Pólipo	n=	n=1	n=0	n=0	n=1
	%	1.0%	0.0%	0.0%	1.0%
Coagulación	n=	n=0	n=0	n=1	n=1
	%	0.0%	0.0%	1.0%	1.0%
Total	n=	n=43	n=7	n=46	n=96
	%	44.8%	7.3%	47.9%	100.0%

Tabla 31. Diagnóstico clínico correlacionado con reporte de patología.

Distribución de Dependencia Estadística

Se muestra en la siguiente tabla la correlación estadística de las variables y patología endometrial, con p “El nivel de significancia” menor a 0.05.

VARIABLE	p
Edad	0.158
IMC	0.665
Menarca	0.681
No tener MPF	0.044
TRH	0.831
Menopausia	0.302
Número de gestas (0,1,2)	0.043
Datos de hiperandrogenismo	0.708
No tener citología cervical	0.003
Tener HAS	0.002
No tener DM 2	0.014
Enfermedades tiroideas	0.090
Anemia	0.365
Diagnóstico clínico*	0.046

* = significativos, IMC (Índice de masa corporal), MPF (Método de Planificación familiar), TRH (Terapia de Reemplazo Hormonal), HAS (Hipertensión Arterial Sistémica), DM (Diabetes Mellitus)

9. DISCUSIÓN

El sangrado uterino anormal es una causa frecuente de consulta ginecológica en el Hospital General Regional 36, en el año 2015 el motivo de consulta de sangrado uterino anormal ocupó el cuarto lugar de consultas del área de tococirugía, la primer causa ginecológica de motivo de consulta de nuestro hospital en el área de tococirugía; motivo por el cual este trabajo de investigación resulta primordial para demostrar los factores de riesgo en las pacientes con sangrado uterino anormal, realizar un abordaje integral de las pacientes, emitir un diagnóstico clínico y establecer si existe o no correlación con patología endometrial mediante el reporte histopatológico obtenido por biopsias de endometrio.

En la actualidad la hemorragia uterina anormal de causa orgánica continúa siendo uno de los principales motivos de consulta en ginecológica. Al analizar cuáles son las mujeres que presentan esta patología, observamos que se trata de mujeres habitualmente alrededor de 40 años. Esto es coincidente con lo reportado internacionalmente donde el grupo que concentra el mayor número de consultas por hemorragia uterina anormal está entre los 39 y 50 años. Esta distribución etaria se explica probablemente por la presencia de patología sintomática, considerada hormonalmente dependiente.

Al igual que en la mayoría de las series internacionales, las principales causas de esta patología son los miomas uterinos y las alteraciones del endometrio. En este estudio, le sigue en frecuencia las patologías cervicales que si bien son muy frecuentes, no siempre cursan con sangrados anormales, siendo otro el motivo por el cual se llega al diagnóstico. Al comparar la frecuencia relativa de cada una de estas causas con la reportada por series internacionales observamos que la distribución es similar (3,18)

Dentro de la población de pacientes estudiadas (100 pacientes) que presentaban diagnóstico clínico de sangrado uterino anormal, se excluyeron 4 pacientes ya que el reporte de histopatología de las biopsias endometriales fue muestra inadecuada (escaso para diagnóstico, sin tejido endometrial, hematíes, mucosa exocervical), por lo que debemos considerar la toma correcta de las biopsias endometriales, que deben de tener tejido endometrial, las cuales deben de contener el material suficiente o en su defecto someter a algunas pacientes a toma de la misma bajo anestesia que nos permita la obtención de tejido suficiente para el análisis histopatológico, ya que en caso de que alguna de éstas tuviera alguna lesión pre o maligna se estaría retrasando el manejo oportuno.

Dentro de la población se observa el 4% corresponde a aquellas con muestra inadecuada, por lo que debemos considerar la toma correcta de la biopsia de tejido

endometrial, con el material suficiente o en su defecto someter a algunas pacientes a toma de la misma bajo anestesia que nos permita la obtención de tejido suficiente para el análisis histopatológico, ya que en caso de que alguna de éstas tuviera alguna lesión pre o maligna se estaría retrasando el manejo oportuno.

En relación al reporte de patología endometrial en el estudio realizado por Ernesto García Ayala y colaboradores en pacientes del Hospital Universitario de Santander, Colombia 2008 donde el diagnóstico histopatológico de hiperplasia endometrial realizados en el HUS, fue del 9,6% de total de legrados/biopsias de endometrio, en contraste con nuestro estudio donde el reporte de biopsias endometriales que evidenciaron patología endometrial fue de 44.8 % en nuestra población, lo cual evidencia que no se relaciona a nuestro estudio, la incidencia de patología endometrial en nuestro estudio es muy alta, comparado con otros autores donde

Con respecto a la técnica de toma de biopsias en el estudio reportado/ realizado por el Dr. Hakan Guraslan y colaboradores en pacientes del el hospital Dr. Sadi Konuk de Bakirkoy de Estambul, Turquía, 2015, los resultados histopatológicos en (82 %) de los casos, fueron tomados con cánula de pipelle sin anestesia, dilatación y curetaje fue realizada bajo anestesia general (16 %), y (2 %) casos por histeroscopia guiada., comparado con nuestro estudio donde se realizaron las tomas de biopsias con tres técnicas, cánula de Novack (sin anestesia) 53.1 % , equipo de aspiración manual endouterina (bajo anestesia) 27.1 % y legrado uterino instrumentado (bajo anestesia) 19.8 % , no se relaciona con nuestro estudio, ya que la toma de biopsia en su estudio en su mayoría requiere de procedimiento anestésico, o uso de cánula de pipelle la cual no contamos con ella en el servicio. Considerando que las muestras que se excluyeron 3 de ellas fueron tomadas con cánula de Novack y 1 con aspiración manual endouterina, a dichas pacientes se les localizó para repetir la toma de muestra de biopsia endometrial bajo anestesia.

Diversos autores han encontrado que la biopsia de hiperplasia endometrial tomada con cánula o con dilatación y curetaje no muestra diferencia al momento de predecir cáncer endometrial, por lo que el método de toma de muestra en nuestro estudio parece no influir en los resultados.

Nuestra población se limitó a 96 pacientes, el diagnóstico de histopatología para poder realizar la correlación se dividió en:

*Patología endometrial

*Patología no endometrial

*Endometrio normal

Con respecto a la edad, predominan las pacientes en el periodo de perimenopausia y postmenopausia coincidiendo con la edad más frecuente de presentación de la patología endometrial reportada en la literatura.

En relación a la edad en el estudio realizado por Ernesto García Ayala y colaboradores en pacientes del Hospital Universitario de Santander, Colombia 2008 el promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 44,8 años, el rango más frecuente fue el comprendido entre los 41 y 50 años (61,32%) y el de menor frecuencia en mujeres mayores de 60 años (1,79%). Si se relaciona con nuestro estudio en donde el reporte del estudio antropométrico y sociodemográfico encontramos en la mayoría de las pacientes se encuentran en edad de 41 a 50 años (45.8 %), predominando la edad de las pacientes en el periodo de perimenopausia y postmenopausia coincidiendo con la edad más frecuente de presentación de la patología endometrial reportada en la literatura, mencionándose en la literatura a nivel mundial la ocurrencia de esta afección principalmente en mujeres de más de 45 años, la edad mínima reportada fue de 24 años y edad máxima de 76 años.

Con respecto al IMC en el estudio reportado/ realizado por el Dr. Hakan Guraslan y colaboradores en pacientes del el hospital Dr. Sadi Konuk de Bakirkoy de Estambul, Turquía, 2015 las características de las pacientes en 22 % fué con peso normal, 38 % sobrepeso, y 39 % fue en categoría de obesidad, de las pacientes que presentaban histología endometrial anormal 78 % eran obesas (IMC mayor a 30 kg/m²) y 21 % eran con sobrepeso (IMC 25–29.9), el principal IMC fue de 29 ± 5 (rango 16–50), ninguna paciente con peso normal tuvieron histología patológica (IMC menor o igual \leq 25 kg/m²) No se relaciona con nuestro estudio en donde las características de las pacientes en relación al IMC se encontraron con sobrepeso 39.6 %, en 52 % Obesidad (grado I, grado II y grado III), en 8.3 % normopeso, en las pacientes donde el reporte de biopsias endometriales evidenciaron patología endometrial se reportó mayor incidencia de sobrepeso (IMC 25–29.9) en 17.7%, 24 % eran obesas (IMC mayor a 30 kg/m²) , en pacientes con normopeso en 3.1 % si presentaron patología endometrial. (IMC menor o igual \leq 25 kg/m²), en nuestras pacientes existe una alta incidencia de obesidad, y existe reporte de patología endometrial en pacientes con normopeso. En su gran mayoría las pacientes tienen un IMC anormal (mayor a 25), clasificando este grupo según la escala de OMS en sobrepeso y obesidad (grado I, II y III) siendo un factor de riesgo para el desarrollo de patología endometrial coincidiendo con la literatura., como Ginecoobstetras podemos intervenir en la disminución de peso y mantener a nuestras pacientes en un peso adecuado para la edad (IMC de 20 a 24.99), promoviendo el ejercicio aeróbico y derivando a nutriólogo para alcanzar sus metas de las pacientes y menor exposición a estrógenos periféricos, la obesidad conlleva a exposición del endometrio a cantidades elevadas de estrógenos provenientes de la transformación

periférica de la androstendiona, los cuales en ausencia del efecto regulador de la progesterona, estimulan la proliferación endometrial que puede progresar a hiperplasia endometrial, con un riesgo de incremento de hasta cinco veces, de padecer una neoplasia endometrial.

Dentro del estudio antropométrico y sociodemográfico encontramos que, la mayoría de las pacientes corresponden a un IMC mayor o igual a 25, clasificándose dentro del grupo de sobrepeso y obesidad siendo un factor de riesgo para el desarrollo de patología endometrial, predominando hiperplasia endometrial que es precursora de un adenocarcinoma endometrial, esto nos orienta a concientizar a nuestras pacientes acerca del mantenimiento de un peso adecuado para la talla a base de una dieta equilibrada y ejercicio organizando pláticas nutricionales y promoviendo el ejercicio físico.

Dentro de los antecedentes Ginecobstétricos con respecto a la menarca no se observa relación alguna entre las de menarca temprana, adecuada o tardía y la aparición de patología endometrial, de la misma forma con el método de planificación familiar.

Con respecto a la menarca no se observa relación alguna entre las de menarca temprana, adecuada o tardía y la aparición de patología endometrial, de la misma forma con el método de planificación familiar.

En relación a la citología cervical, los hallazgos demuestran que, aunque la mayoría contaba con estudio negativo a malignidad, en un alto porcentaje de nuestras pacientes no tenían reporte alguno, por lo que, aunque no tiene relación con la patología endometrial, resulta importante insistir en la realización de citología exfoliativa cervical como examen de pesquisa para enfermedades malignas de cuello uterino.

Se destaca la importancia del abordaje de las pacientes que presentan sangrado uterino anormal, ya que nuestro estudio demostró en 7.3 % patología no endometrial (endometrio gravídico, vellosidades del primer trimestre, carcinoma espinocelular invasor con nidos epiteliales, exocérvix LIEAG, CACU in situ, carcinoma epidermoide, carcinoma epidermoide invasor de células, grandes no queratinizantes, leiomiomatosis_ probable submucoso), donde se debe de realizar un abordaje clínico completo como parte del protocolo preoperatorio a toma de biopsia endometrial.

Las enfermedades crónicas preexistentes en las pacientes corresponden a aquellas donde el sobrepeso u obesidad son un factor común como es la diabetes, la hipertensión y las enfermedades tiroideas, teniendo relación por tanto, con la

patología endometrial, predominando hiperplasia endometrial que es precursora de adenocarcinoma endometrial.

Con respecto a las enfermedades crónicas en el estudio reportado/ realizado por el Dr. Orlando M. Perera Boza en pacientes Hospital Docente Ginecobstétrico “Profesor Eusebio Hernández”, La Habana Cuba 2011 con los factores de riesgo que se encontraron asociadas a la hiperplasia endometrial, se observan en una mayor proporción la obesidad 46.1 %, la baja paridad 42.2 %, la diabetes mellitus 29.8 %, HAS 20.1 % y el antecedente de haber usado anticonceptivos hormonales orales 22.1%, TRH 4.5 %; en comparación con nuestro estudio si se relaciona en donde se observan en una mayor proporción la obesidad 53.37%, la diabetes mellitus 29.8 %, y la TRH 4.68 %, no se relaciona con nuestro estudio en donde se observan un contraste en la baja paridad 16.29 %, HAS 41.96 % y el antecedente de haber usado anticonceptivos hormonales orales 9.37 %.

En muchas publicaciones aparece el aumento de la incidencia de diabetes mellitus relacionada a la existencia de hiperplasia endometrial, en este trabajo se encontró que 29,8 % de las pacientes eran diabéticas y sin embargo no se encontró asociación con patología endometrial.

La diabetes mellitus puede aumentar el riesgo hasta cuatro veces más en relación con las mujeres no diabéticas, aunque hay autores que plantean que debido a la asociación con la obesidad, ésta es la responsable del riesgo para desarrollar cáncer endometrial y no la diabetes; hay trabajos como los de Randall y Creasman que demuestran que las mujeres con sobrepeso y que padecen diabetes mellitus presentan mayor riesgo de este cáncer que las mujeres con sobrepeso que no lo son. (21)

Se ha señalado a la hipertensión arterial como factor de riesgo, en este estudio apareció en 41.96% de las pacientes y se ha planteado su asociación con la obesidad al igual que la diabetes.

Esto nos orienta a concientizar a nuestras pacientes acerca del mantenimiento de un peso adecuado para la talla a base de una dieta equilibrada y ejercicio organizando pláticas nutricionales y promoviendo el ejercicio físico.

El sangrado uterino anormal se puede presentar en un alto porcentaje de la población femenina y depende no sólo del manejo ginecológico, ya que al estar involucradas diversas patologías se requiere que su estudio y tratamiento sea multidisciplinario. En su abordaje deben tenerse en cuenta varios factores como son: la edad de la paciente, paridad y problemas de infertilidad.

Este estudio demuestra la importancia de los cuadros de hemorragia uterina aparentemente causados por patologías benignas, ya que ellas pueden representar

lesiones preneoplásicas o neoplasia, siendo importante el uso rutinario del estudio biopsico, para llegar a un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

La patología endometrial es una causa frecuente de consulta ginecológica en el Hospital General Regional 36, por tanto, este trabajo de investigación resultó primordial para entender las diferentes manifestaciones clínicas y el comportamiento de la misma, agravado por factores de riesgo específicos en cada paciente.

Las implicaciones de este cuadro conllevan desde una alteración hormonal (hemorragia uterina disfuncional) hasta una neoplasia maligna, por lo que los hallazgos clínicos y los procedimientos diagnósticos con un manejo racional, deben de estar encaminados al diagnóstico precoz para lograr un exitoso tratamiento.

Con este estudio también se demuestra la importancia que se debe dar a cuadros de hemorragia uterina aparentemente causados por patologías benignas que requerirán de un simple tratamiento médico, ya que muchas veces ellos representan cuadros de lesiones preneoplásicas o neoplasias ya instaladas como se encontró en el 18.5% de los casos. Por ello es importante destacar el uso rutinario de la toma de biopsia, de tal manera a llegar a un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Se recomienda por lo tanto, educar a la población sobre los factores de riesgo modificables de esta enfermedad y promover cambios de estilos de vida que permitan evitar la obesidad, el sedentarismo y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Dados los resultados de este estudio, es imprescindible perfeccionar el protocolo de atención a las pacientes con el diagnóstico de sangrado uterino anormal.

Recomendamos al servicio de Patología estandarizar los reportes histopatológicos de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2016.

10. CONCLUSIONES

Si existe correlación clínico – histopatológica en patología endometrial en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal obtenidas mediante biopsia endometrial en el hospital general regional número 36, con nivel de significancia (p) de 0.046.

11. BIBLIOGRAFÍA.

1.- Castelo-Branco C, Lejarcegui Fort JA. Hemorragias uterinas anormales no orgánicas. *Salud i Ciencia* 22(1):38-46, Jun 2016.

2.- Whitaker, L., & Critchley, H. O. D. (2016). Abnormal uterine bleeding. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 34, 54–65. Disponible en <http://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.11.012> consultado Mayo 2016.

3.- Zeferino-Toquero M, Bañuelos Flores J, Maytorena-Córdova G, Reyna-Amaya H, Acevedo-Vega MF. Incidencia de cáncer de endometrio en pacientes con biopsia preoperatoria de hiperplasia endometrial. Reporte preliminar. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:519-524.

4.- Michelle R. Wise, FRCSC; Vanessa Jordan, PhD; Alice Lagas, PhD; Marian Showell, MPH; Nicole Wong; Sarah Lensen, PGDipPH; Cynthia M. Farquhar, FRANZCOG. Obesity and endometrial hyperplasia and cancer in premenopausal women: A systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* JUNE 2016

5.- Sangrado menstrual abundante (SMA) (actualizado 2013) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. *Prog Obstet Ginecol*. 2013;56(10):535—546

6.- García Ayala, Ernesto, Cárdenas Mastrascusa, Laura, Sandoval Martínez, Diana, & Mayorga Anaya, Henry. (2010). Hiperplasia endometrial: análisis de serie de casos diagnosticados en biopsia endometrial. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75(3), 146-152

7.- Michael t. Mazur, robertj. kurman, diagnoses of endometrial biopsies and curettings, a practical approach second edition, edit springer 2004 USA.

8.- Sivridi Efthimios, Giatromanolaki Alexandra, Demystifying endometrial Hiperplasia, mini-symposium: endometrial pathology, diagnostic histopathology 19:7 223 _ 2013 Edit Elsevier Ltd. All rights reserved, (223-230)

9.- Franco Domínguez RE, Hemorragia uterina anormal orgánica. *Rev. Nac. Itagua* Vol 4(2) Dic 2012. Pag 15-22

10.- Diagnóstico y tratamiento del sangrado uterino anormal de origen no anatómico. México: secretaria de salud; 26 de marzo 2015

11.- Malcolm G. Munro, Hilary O.D. Crotchety , Michael S. Broder, Ian S. Fraser; for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders, FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in non gravid women of

reproductive age, International Journal of Gynecology and Obstetrics 113 (2011) 3–13.

12.- Wise MR, Gill P, Lensen S, et al. Body mass index trumps age in decision for endometrial biopsy: cohort study of symptomatic premenopausal women. Am J Obstet Gynecol 2016;215:598.e1-8.

13.- Quirós Quesada María Laura, hiperplasia compleja con atipia y su relación con el cáncer de endometrio revista médica de costa rica y centro américa lxxiii (620) 515 - 518, 2016

14.- Mi Kyoung Kim, Seok Ju Seong, Taejong Song, Mi-La Kim, Bo Sung Yoon, Hye Sun Jun, Gun Ho Lee, Yoon Hee Lee, Comparison of dilatation & curettage and endometrial aspiration biopsy accuracy in patients treated with high-dose oral progestin plus levonorgestrel intrauterine system for early-stage endometrial cancer, Edit. Elsevier, Gynecologic Oncology 130 (2013) 470–473

15.- Simone Paganelli, MD, Luca Giannella, MD, Abnormal uterine bleeding in premenopausal women and the role of body mass index, MAY 2017 American Journal of Obstetrics & Gynecology

16.- Jean H. Lee, MDa,* , Manjiri K. Dighe, MDa, Theodore J. Dubinsky, MDa. Postmenopausal Endometrial Bleeding. Ultrasound Clin 7 (2012) 123–132

17.- Bradley Linda D., MD; Ndeye-Aicha Gueye, MD, The medical management of abnormal uterine bleeding in reproductive-aged women, january 2016 American Journal of Obstetrics & Gynecology pag 31-41.

18.- Hakan Guraslan, Keziban Dogan1, Cihan Kaya, et.al. Could body mass index be an indicator for endometrial biopsy in premenopausal women with heavy menstrual bleeding?. Arch Gynecol Obstet (2016) 294:395–402. Gynecologic oncology.

19.- Perera Boza Orlando M.,I t Molina Peñate Lisbet,II Torres Toledoll Jenny. Caracterización de la hiperplasia endometrial en el Hospital Ginecobstétrico Docente “Profesor Eusebio Hernández”. Artículo de investigación. Revista cubana de ginecología y obstetricia 2014;40 (3):307-318

20.- Dunn TS, Stamm CA, Delorit M, Goldberg G. Clinical pathway for evaluating women with abnormal uterine bleeding. J Reprod Med 2001 Sep;46(9):831-4

21. Randall LM. Management of dysfunctional uterine bleeding during adolescence Louisiana. Med Soc. 1988;110:160.

12. ANEXOS.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CORRELACIÓN CLÍNICO – HISTOPATÓLOGICA EN PATOLOGÍA ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL OBTENIDAS MEDIANTE BIOPSIA ENDOMETRIAL EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 36

NOMBRE

NSS

PESO

TALLA

IMC

EDAD

MENARCA

METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR

USO TRH

FUM

DURACION DE MENSTRUACION

CICLOS REGULARES

CANTIDAD NORMAL

FRECUENCIA DE CICLOS

DISMENORREA

SANGRADO INTERMENSTRUAL

SANGRADO POSTCOITAL

REPORTE DE CITOLOGIA CERVICAL

MENOPAUSIA

GESTAS

DATOS CLINICOS UTERO (TAMAÑO)

DATOS CLINICOS DE HIPERANDROGENISMO

HAS CRONICA

HB

DIABETES MELLITUS

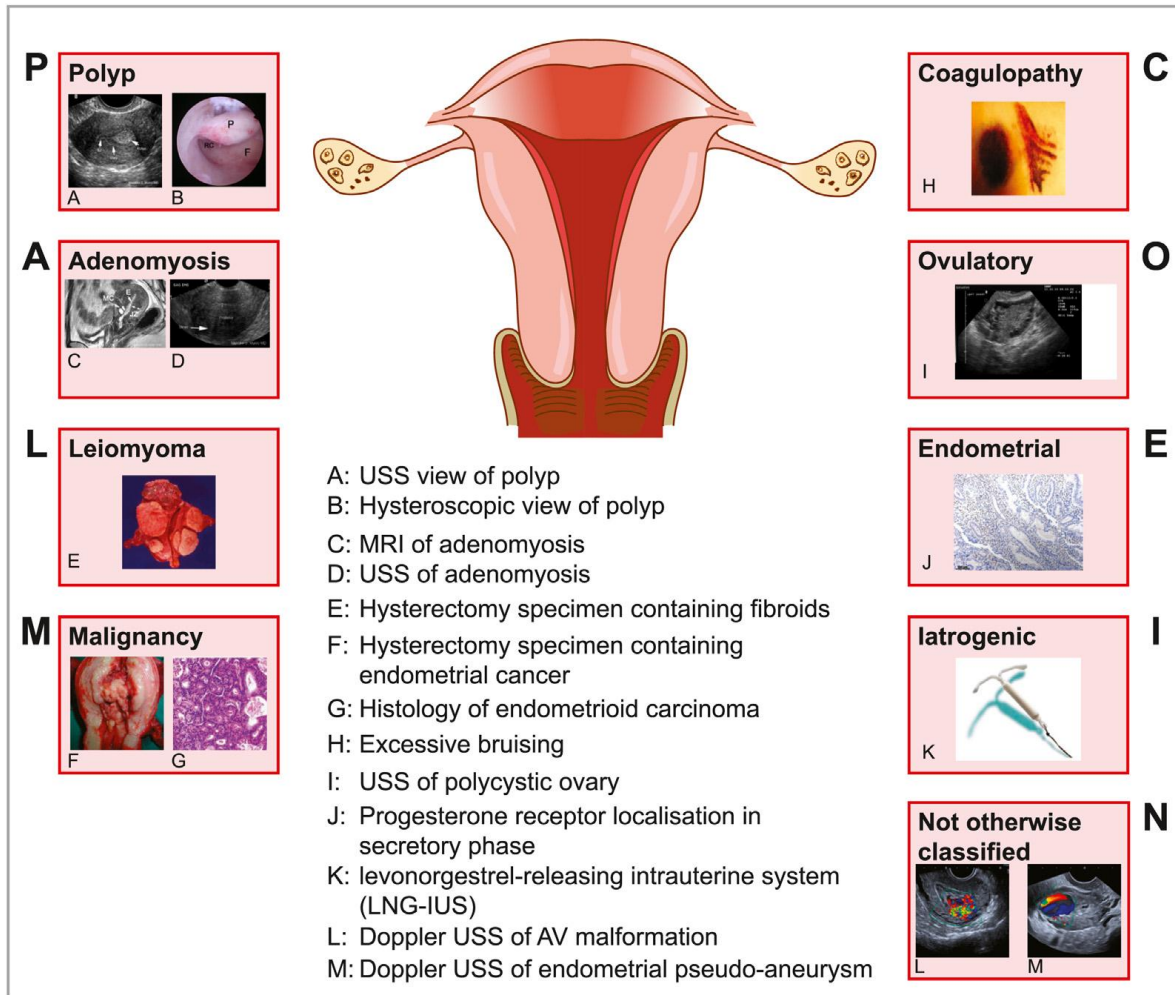
ENFERMEDADES TIROIDEAS

USO DE FARMACOS

TECNICA BIOPSIA ENDOMETRIAL

REPORTE DE PATOLOGIA

DRA SERRANO ALMEIDA R4GYO.



* Fig. 1. FIGO classification of causes of AUB; 'PALM COEIN'.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CORRELACIÓN CLÍNICO – HISTOPATÓLOGICA EN PATOLOGÍA ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SANGRADO UTERINO ANORMAL OBTENIDAS MEDIANTE BIOPSIA ENDOMETRIAL EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NÚMERO 36
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	mayo 2016
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>El sangrado uterino anormal es una condición frecuente, el cual tiene un impacto social y económico significativa considerada como la segunda causa de consulta ginecológica, después de las infecciones cervicovaginales; por su origen de tipo anatómico o disfuncional.</p> <p>Objetivo: correlacionar los hallazgos histopatológicos obtenidos mediante biopsia endometrial y datos clínicos como factores de riesgo de patología endometrial, en pacientes con diagnóstico de sangrado uterino anormal en el hospital general regional número 36</p>
Procedimientos:	Cuestionario de pregunta, toma de biopsia endometrial, Diagnóstico histopatológico.
Posibles riesgos y molestias:	Explicados en el consentimiento informado de procedimiento. (Adjunto) m
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtención de conocimientos de los resultados del presente estudio
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se le explica en que consiste la realización de la encuesta, la toma de biopsia endometrial y el protocolo de estudio.
Participación o retiro:	Se le explica que su participación es voluntaria y se puede retirar en cualquier momento
Privacidad y confidencialidad:	Se le explica que se respeta su privacidad y confidencialidad de sus datos
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <p>No autoriza que se tome la muestra.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</p> <p>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</p> </div>
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	Determinar si hay correlación entre hallazgos clínicos en patología endometrial.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Guillermina Martínez Marín
Colaboradores:	DRA.BRICIA ARACELI DEL ROSARIO TAMAYO. DRA. MARLENE SERRANO ALMEIDA
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	<p>Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx</p> <p style="text-align: right;">DRA. MARLENE SERRANO ALMEIDA</p>
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
Clave: 2810-009-013	