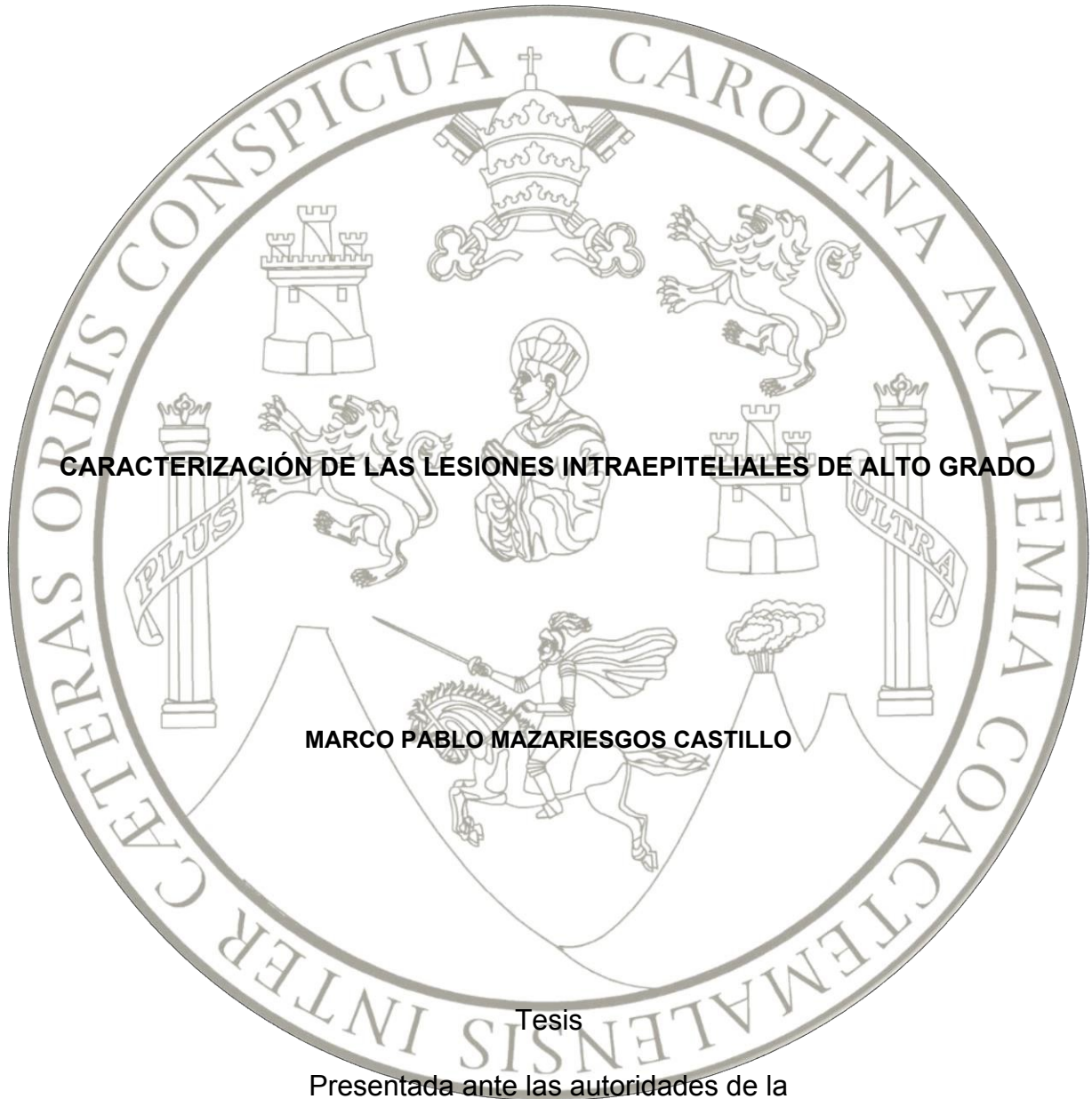


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Mayo 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.OI.271.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Marco Pablo Mazariegos Castillo

Registro Académico No.: 201790027

No. de CUI : 2503814940101

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO**.

Que fue asesorado por: Dr. Erick Estuardo Estrada Zaldaña, MSc.

Y revisado por: Dr. Cesar Augusto Reyes Martínez, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **mayo 2021**.

Guatemala, 27 de abril de 2021.

ABRIL 29, 2021

Dr. Rigol

1Sc.

Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/dlsr

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 1 de Octubre de 2020

Doctor
Héctor Ricardo Fong Véliz. Msc
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital General San Juan de Dios
Presente


Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presentan el doctor **MARCO PABLO MAZARIEGOS CASTILLO**, Carné No. 201790027 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: "**CARACTERIZACION DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO**".

Luego de la asesoría, hago constar que el **Mazariegos Castillo** ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el dictamen positivo sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Erick Estuardo Estrada Zaldaña, MSc.
Asesor de Tesis

Erick E. Estrada Zaldaña
GINECOLOGO Y OBSTETRA
Colegiado: 15,258

Guatemala, 01 de Octubre de 2020

Doctor
Héctor Ricardo Fong Véliz
Docente Responsable
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital General San Juan de Dios
Presente

Respetable Dr. Fong:

Por este medio, informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el doctor **MARCO PABLO MAZARIEGOS CASTILLO** Carné No. 201790027 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia el cual se titula: "**CARACTERIZACION DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO**".

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Mazariegos Castillo, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior, emito el dictamen **positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,

Dr. César A. Reyes M.
JEFE DEPTO. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Cesar Augusto Reyes Martinez, MSc.
Revisor de Tesis

DICTAMEN.UdT.EEP/004-2021

26 de enero 2021

Doctor

Héctor Ricardo Fong Véliz, MSc.

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Hospital General San Juan de

Dios Doctor Fong Véliz:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final del médico

residente:

Marco Pablo Mazariegos Castillo

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 201790027. Por lo cual se determina **Autorizar solicitud de examen privado**, con el tema de investigación:

“CARACTERIZACIÓN DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.

Unidad de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrado

ÍNDICE DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II.ANTECEDENTES	3
2.1 Cáncer Cervico Uterino.....	3
2.1.1 Incidencia.....	3
2.1.2 Fisiopatología.....	4
2.1.3 Clasificación.....	5
2.1.4 Factores de riesgo.....	6
2.1.5 Tamizaje.....	9
2.1.6 Diagnóstico.....	10
2.1.7 Tratamiento	11
III. OBJETIVOS.....	12
3.1 General.....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
4.1 Tipo de estudio.....	13
4.2 Población.....	13
4.3 Selección y tamaño de la muestra	13
4.4 Unidad de Análisis.....	13
4.5 Criterios de inclusión y de exclusión	13
4.5.1 Criterios de inclusión.....	13
4.5.2 Criterios de Exclusión.....	13
4.6 Variables estudiadas.....	14

4.7 Operacionalización de variables.....	14
4.8 Instrumento Utilizado para la recolección de los datos	16
4.9 Procedimiento para la recolección de la información.....	17
4.10 Procedimientos de análisis de la información	17
4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación.....	17
V.RESULTADOS.....	18
VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	22
6.1 Conclusiones.....	26
6.2 Recomendaciones.....	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
VIII. ANEXOS	34
Anexo No. 1 Boleta de recolección de datos:.....	35
Anexo No. 2 Consentimiento informado.....	36

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No.1	Incidencia y edad de las pacientes que sufrieron lesiones intraepiteliales de alto grado.....	18
Tabla No.2	Características epidemiológicas de las pacientes que sufrieron lesiones intraepiteliales de alto grado.....	18
Tabla No.3	Antecedentes gineco-obstetricos asociados a la aparición de lesiones intraepiteliales de alto grado	19
Tabla No.4	Factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones intraepiteliales de alto grado.....	20
Tabla No.5	Enfermedades de transmisión sexual.....	21

RESUMEN

El cáncer cérvicouterino (CCU), es una de las enfermedades más frecuentes en la mujer, su incidencia en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo; siendo una de las primeras causas de muerte relacionada con la salud sexual en los países en vías de desarrollo; en Guatemala, es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado con una muestra de 65 pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado. **Resultados:** El promedio de edad de las pacientes fue de 30.6 años, el 69.23% de la población a estudio refirió un nivel socioeconómico bajo; el 46.15% de la población refirió fumar tabaco, el 13.85% de la población refirió antecedentes familiares de cáncer cervico uterino y el 47.69% refirió padecer alguna enfermedad de transmisión sexual, siendo el Virus del Papiloma Humano las más frecuentes.

Conclusiones: El CCU puede presentarse a cualquier edad, un nivel socioeconómico bajo va de la mano con escolaridad baja, poco acceso a los servicios de salud, lo cual hace imposible una detección temprana de las lesiones del cuello uterino. El inicio precoz de la vida sexual, está altamente relacionado con la aparición de otros factores de riesgo de CCU, como mayor predisposición de tener más de una pareja sexual, mayor riesgo de padecer de una enfermedad de transmisión sexual al igual que riesgo de embarazo precoz. La falta de uso del método anticonceptivo de barrera hace más vulnerable a la mujer ante microorganismos infecciosos.

I. INTRODUCCIÓN

La neoplasia cervical se inicia como una lesión intraepitelial en la zona de metaplasia escamosa, localizada en la unión de los epitelios escamoso y cilíndrico del cérvix. Las lesiones intraepiteliales se caracterizan por la desdiferenciación o atipia de las células epiteliales, del estrato basal en las lesiones iniciales más leves y con afectación progresiva ascendente de todo el espesor epitelial en las lesiones más avanzadas.⁽¹⁾

El cáncer cérvicouterino (CCU) se encuentra dentro de las enfermedades más frecuentes en la mujer, constituyendo una de las primeras causas de muerte relacionada con la salud sexual y reproductiva en los países en vías de desarrollo. Su incidencia en América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo. En Guatemala, es la principal causa de morbilidad y mortalidad en la mujer.⁽²⁾

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la displasia se define como una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipias. Se han observado diversos factores asociados a la aparición de patologías cervicales entre los cuales se pueden mencionar: inicio precoz de las relaciones sexuales, multiparidad, múltiples parejas sexuales, humo de cigarro, infecciones de transmisión sexual, el déficit vitamínico y factores hormonales, y sin restarle importancia a los datos que confirman el papel relevante de las infecciones por el papiloma virus humano (HPV).⁽²⁾

Guatemala es uno de los países de América Latina con mayor incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino, afectando principalmente a las mujeres de escasos recursos y teniendo devastadores efectos en las comunidades con un alto costo humano, social y económico. 20 de cada 100 000 mujeres guatemaltecas padecen de CCU.⁽³⁾ Se estima que solo un 10% de las mujeres se han realizado la prueba de Papanicolaou. Solo en el INCAN se atienden 900 casos nuevos cada año de este tipo de cáncer de acuerdo al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el período de enero a septiembre del 2012 habrían muerto 171 mujeres por esta enfermedad.⁽⁴⁾

En los países desarrollados gracias a la detección temprana de mujeres en riesgo de contraer CCU, sumado a la detección temprana de lesiones intraepiteliales en cérvix se ha logrado reducir la mortalidad, por lo que el CCU no constituye la principal causa de muerte, en Guatemala no es así, el CCU continua siendo la principal causa de mortalidad femenina, por encima del Cáncer de mama.

En Guatemala el único registro reciente que se obtiene es un estudio realizado en el Hospital Regional de Zacapa, en el año 2011, en el cual se determinó la especificidad, sensibilidad y valor predictivo de la citología y colposcopia en el diagnóstico histológico de lesiones intraepiteliales cervicales. Este estudio incluyó a 117 mujeres en edad fértil con resultado de Papanicolaou anormal que consultaron a esta institución, en este estudio la edad que predominó fue de 30 a 34 años, la adicción al tabaco en relación a las pacientes con lesiones intraepiteliales cervicales, estuvo presente un 1.7%, el número de pacientes con antecedentes de cáncer ginecológico fue de 9% el 12.4% utilizaban anticonceptivos orales combinados, 10 pacientes refirieron 3 o más parejas sexuales, mientras que 133 pacientes refirieron únicamente una pareja sexual. ⁽⁵⁾

El objetivo de este estudio fue caracterizar las lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes que asisten a consulta externa número 4 de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, entre los meses de enero - diciembre del año 2018. Para lo cual se realizó este estudio descriptivo, retrospectivo, no experimental, siendo la muestra todos los expedientes clínicos de las pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado.

II. ANTECEDENTES

2.1 Cáncer Cervico Uterino:

2.1.1 Incidencia:

La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), reporto que el cáncer cervicouterino (CCU), representan el 12 % de todos los canceres en las mujeres; el CCU ocupa el segundo lugar en incidencia a nivel mundial, después del cáncer de seno. En América Latina en el año 2000, al menos 76 000 casos incidentes de CCU y 30 000 muertes se estimaron. ⁽⁶⁾
⁽⁷⁾

Las regiones con mayor riesgo de cáncer cérvicouterino incluyen el sur y este de África, el Caribe, Centroamérica y algunos países de Latinoamérica, donde la incidencia anual excede los 30 por 100.000 mujeres. Cada año se estima que 273.000 mujeres fallecen de cáncer cérvicouterino, sobre tres cuartas partes de ellos en países en vías de desarrollo. Las tasas de incidencia y mortalidad generalmente se relacionan la una con la otra. Menos del 50% de las mujeres diagnosticadas con cáncer invasor en los países en vías de desarrollo, sobreviven más de 5 años y muchas de las víctimas son habitualmente mujeres jóvenes en edad fértil. En contraste en los países desarrollados donde la sobrevida alcanza cifras del 66% a 5 años. ⁽⁷⁾⁽⁸⁾

En Guatemala se han reportado coberturas de Papanicolaou muy bajas. Los últimos estudios los dio a conocer APROFAM en un estudio a nivel nacional con las citologías realizadas de enero de 1985 a diciembre de 1989 en instituciones que se dedican a leer grandes cantidades de citologías cervicales, encontrando que en el país se realizan un promedio anual de 158,012 lo que no alcanzaría a sobrepasar el 30% de cobertura. Aunado a esto existen barreras sociales, culturales y económicas para la realización de dicha prueba, lo que predispone a las mujeres a tener la limitante de un diagnóstico tardío de cáncer cervical. ⁽⁹⁾

Las condiciones socioculturales en las que se desenvuelven las mujeres guatemaltecas especialmente en el área urbana marginal y rural, se caracterizan por vida sexual activa iniciada antes de los 15 años, la multiparidad, promiscuidad del compañero y nivel económico bajo, condiciones que favorecen el apareamiento de enfermedades ginecológicas frecuentes.

Figura 1: Tasa de prevalencia de Cáncer en Guatemala

Cáncer

Tasas de prevalencia
Guatemala 2008-2014

Evento	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
Cancer de Cervix*	306	12	355	13	365	13	393	14	163	6	437	14	348	11
Cancer de Mama*	40	2	44	2	47	2	35	1	35	1	43	1	60	2
Cancer gastrico	17	0,1	11	0,1	42	0,3	48	0,3	34	0,2	90	1	37	0,2
Cancer hepatico	22	0,2	11	1	11	1	17	1	32	2	29	0,2	26	0,2
Cancer de pulmón	5	0,04	6	0,04	2	0,01	4	0,03	2	0,01	11	0,1	8	0,1
Cancer de prostata**	43	1	296	4	105	1	45	1	15	0,2	13	0,2	14	0,2

Fuente: SIGSA/cálculos CNE

Tasa por 100 000 habitantes -*mujeres de 25-69 años ** hombres

Fuente: Sam Colop B. Vigilancia Epidemiológica del Cáncer. Guatemala. 2015;31.

2.1.2 Fisiopatología:

Los cánceres invasores del cuello uterino vienen precedidos generalmente por una larga fase de enfermedades pre invasoras. Esto se caracteriza microscópicamente por una serie de manifestaciones que van de la atipia celular a diversos grados de displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC o CIN, según sus siglas en inglés) antes de progresar a carcinoma invasor. La atipia celular es el fenómeno más distintivo de la NIC, y se localiza en los estratos más bajos en las lesiones intraepitelial grado I, y ocupa poco a poco, más epitelio en los NIC II y NIC III. Se trata de alteraciones reversibles que sin embargo tienden a su agravamiento, es decir, al paso sucesivo desde displasia leve (NIC I) a displasia moderada (NIC II) a displasia severa (NIC III), de esta a carcinoma in situ hasta finalmente al cáncer invasor. ^{(10) (11)}

La edad promedio de diagnóstico de las afectadas con esta patología es de 45 años, pero esta puede ocurrir en cualquier etapa de la vida. Se calcula que aproximadamente el 2 % de las mujeres mayores de 40 años lo desarrollan. La historia natural del cáncer cérvicouterino implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales pre invasoras (neoplasias intraepiteliales cervicales o intracervicales NIC I, II y III o carcinoma in situ CIS) y carcinoma invasivo en sus diferentes etapas. ⁽¹¹⁾

Las células precursoras (displasia cervical, NIC) desarrollan un cáncer cervical invasivo en el plazo de unos años. Según la OMS se define como una lesión, en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipias. La NIC grado I, II y III corresponde respectivamente a una displasia cervical leve, moderada y severa. La NIC III, que incluye la displasia severa y el carcinoma in situ, es poco probable que regrese espontáneamente y, si no se trata, puede atravesar la membrana basal transformándose en un carcinoma invasivo. ⁽¹¹⁾

2.1.3 Clasificación:

En 1910, Rubin (Nueva York) habla de cáncer incipiente para nominar el concepto de transformación neoplásica confinada al espesor del epitelio. En 1912, Schottländer y Kermauner (Berlín) utilizan el término de carcinoma temprano para designar los cambios que observaban en el epitelio adyacente al carcinoma cervical invasor. Veinte años más tarde, Broders (Nueva York), basándose en su experiencia en Dermatopatología, emplea el de carcinoma in situ (CIS) al describir este cuadro histológico. Otros términos utilizados fueron el de enfermedad de Bowen cervical por Lecène (París), también en 1932, y el de carcinoma intraepitelial no invasor por Galvin y Te Linde (Nueva York) en 1933. Pese a la proliferación de estos y otros muchos sinónimos, el término acuñado por Broders es el que ha permanecido para designar estas lesiones caracterizadas por la completa sustitución del epitelio por células anómalas semejantes a las células del carcinoma invasivo. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

En 1949, Papanicolaou introduce los términos de «displasia» en histopatología y «discariosis» en citología para designar dichos cambios. Posteriormente, en 1953, Reagan (Cleveland) consagra el término en histopatología cervical al denominar a estas lesiones, menos severas que el CIS, hiperplasias atípicas o displasias, señalando que la mayoría de ellas, dejadas a su evolución, regresan o permanecen inalteradas por mucho tiempo. En 1961, en el Primer Congreso Internacional de Citología celebrado en Viena, se acuerda que los términos para designar citológicamente las tres lesiones cervicales mayores sean: carcinoma invasor, carcinoma in situ y displasia. Esta última fue graduada como leve, moderada, y severa o grave, a las que habría que añadir el CIS ya definido. ⁽¹²⁾⁽¹³⁾

En el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos en Bethesda, se realizó una reunión de los representantes de organismos internacionales, científicos y profesionales en la cual se presentó una nueva nomenclatura para informes citológicos ginecológicos (Sistema o

Clasificación de Bethesda), en el que se unificó criterios y se adoptaron recomendaciones que la experiencia general acumulada aconsejaba. La parte fundamental de esta nueva clasificación fue la elaboración de un sistema binario para catalogar las anomalías celulares pre neoplásicas en el extendido citológico, denominándolas lesiones intraepiteliales escamosas de alto o bajo grado (L.I.P.- S.I.L.). ⁽¹⁴⁾

2.1.3.1 Clasificación de Bethesda:

Debido a la gran asociación entre lesiones precancerosas y virus del papiloma humano (VPH) los cambios citopáticos producidos por infecciones subclínicas se clasifican como lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (L-SIL), conjuntamente con las lesiones de displasia leve o CIN-1. Por otro lado, las lesiones de CIN-2 (displasia moderada) y CIN-3 (displasia severa/carcinoma in situ) se clasificaron conjuntamente como lesiones intraepiteliales de alto grado (H-SIL) dado que constituyen un grupo homogéneo en cuanto al potencial de progresión.

(1)

Figura 2 Correlación entre la terminología displasia/carcinoma in situ, NIC y Bethesda

Terminología de displasia	Terminología NIC original	Terminología NIC modificada	Sistema Bethesda Terminología LIE (1991)
Normal	Normal	Normal	Dentro de los límites normales Cambios celulares benignos (infección o reparación)
Atipia	Atipia colocítica, condiloma plano, sin cambios epiteliales	NIC de bajo grado	ASCUS/AGUS L-LIE
Displasia o discariosis leve	NIC 1	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia o discariosis moderada	NIC 2	NIC de alto grado	H-LIE
Displasia o discariosis grave	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

NIC: neoplasia intraepitelial cervical; L-LIE: lesión intraepitelial escamosa de bajo grado; (H-LIE): lesión escamosa intraepitelial de alto grado; ASCUS: Células escamosas atípicas de significado incierto; AGUS: Células glandulares atípicas de significado incierto.

Fuente: Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Rev Española Patol [Internet]. 2003;36(321):5-10.

2.1.4 Factores de riesgo:

Diversas investigaciones han estudiado los factores que pueden ser responsables del carcinoma cervical, se consideran los siguientes: ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

2.1.4.1 Embarazo precoz:

En la adolescencia y durante los primeros embarazos se produce la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocérvix, en este proceso el epitelio cilíndrico es reemplazado por el epitelio plano estratificado originando la llamada zona de transición, donde la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanco es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer. Estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa, pero declinan después de la menopausia. ⁽¹⁷⁾

2.1.4.2 Antecedentes familiares de CCU:

Investigadores han planteado que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayor probabilidad de contraer esta enfermedad. Esto se debería a que estas mujeres son menos capaces de combatir el VPH en comparación con otras mujeres, u otros factores podrían estar involucrados. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

2.1.4.3 Multiparidad:

Debido a los traumatismos durante el parto vaginal y el proceso de reepitelización producen atipias celulares, por lo que la multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones pre malignas y malignas de cuello de útero. Las mujeres con dos o más hijos producto de partos eutócicos, conforman el mayor grupo en estudios en pacientes con CCU. ⁽¹⁸⁾

2.1.4.4 Tabaquismo:

Constituye un factor de riesgo importante en la génesis del cáncer cervicouterino, ya que provoca acumulación de nicotina y su producto de degradación la cotinina en célula de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical, interfiriendo en el normal funcionamiento de esta célula, creando el terreno propicio para la acción de otros

agentes como es el virus del papiloma humano. Se ha demostrado la presencia de nicotina, cotidina y otros mutágenos derivados del tabaco, en mujeres fumadoras con lesión intraepitelial; además es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cérvico uterino en mujeres que fuman, el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾

2.1.4.5 Inicio temprano de relaciones sexuales:

La aparición del cáncer cervicouterino tiene una estrecha relación con el inicio temprano de las relaciones sexuales, se acepta actualmente antes de los 20 años; el inicio del primer coito en edades tempranas, antes de los 20 años de edad y de manera marcada en aquellas que comienzan sus relaciones sexuales antes de los 18 años, es abordado mundialmente desde el punto de vista epidemiológico y existe un consenso general acerca de que estas relaciones en edades tempranas predisponen a lesiones cervicales. ⁽²⁰⁾⁽²¹⁾

2.1.4.6 Cambio frecuente de compañero:

Estudios han evidenciado la asociación entre aumento del número de parejas sexuales y riesgo de CCU; debido al riesgo de infección lo cual constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽²¹⁾

2.1.4.7 Uso de anticonceptivos:

Estudios han observado que el uso de anticonceptivos orales durante un periodo de 6 a 9 años (o más) se acompaña de un incremento de hasta tres veces del riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2-10 años (o más) tienen una incidencia del doble de padecer carcinoma invasor en comparación con las que no lo usan. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾

Un estudio evidencio que las mujeres que utilizan por más de 5 años un método anticonceptivo tiene 3,1 veces mayor probabilidad de desarrollar lesiones intraepiteliales, que las mujeres que lo usaron por menos tiempo. Además el estudio evidencio que los tipos de anticonceptivos más utilizados son DIU y los ACOS, por lo que la probabilidad de desarrollar la enfermedad

aumentó 7,8 veces para las mujeres que utilizan ACOS y se duplica la probabilidad de padecer NIC si han utilizado un dispositivo intrauterino (DIU). (22)

2.1.4.8 Antecedentes de Enfermedad de transmisión sexual:

Al momento en que una infección no es tratada adecuadamente, podrían desencadenar lesiones displasias a nivel del cérvix, las cuales evolucionan a cáncer si no se interrumpe su desarrollo por acciones médicas específicas; se ha determinado que las mujeres con estas enfermedades de transmisión sexual presentan 6 veces más elevado el riesgo de carcinoma del cuello uterino. El Virus de Papiloma Humano Juega un papel importante en la transformación neoplásica. (15)(16)(21)

Desde la identificación de las lesiones condilomatosas como precursoras de cáncer en el cuello uterino en la década de los setenta, se han realizado varias investigaciones para conocer el papel de la actividad sexual en el riesgo de CCU, indicando que las mujeres con relaciones sexuales a una edad temprana o varios compañeros sexuales, tendían a presentar un mayor riesgo de desarrollar CCU. Con el desarrollo de técnicas en biología molecular para detectar la presencia de ADN del virus del papiloma humano (VPH) en muestras citológicas durante la década de los ochenta, se pudo establecer el papel del VPH de alto riesgo en la etiología del CCU. (23)(24)(25)

2.1.5 Tamizaje:

Se recomienda comenzar el tamizaje a los 3 años del inicio de las relaciones sexuales. Se podría considerar realizarlo antes de los 3 años en aquellas pacientes que, de acuerdo al interrogatorio y los antecedentes, el médico lo considere apropiado. El intervalo recomendable para realizar el tamizaje es: (26)

- Mujeres menores de los 29 años se recomienda una citología anual, luego de dos citologías consecutivas anuales negativas, se recomienda el tamizaje cada 3 años; No debe utilizarse el test de HPV en este grupo etario dada la alta frecuencia de infección por HPV. (26) (27)

- Desde los 30 hasta los 69 años, existen 3 posibilidades de tamizaje: citología cada 3 años hasta los 69 años. Luego de dos citologías consecutivas anuales negativas, puede realizarse el tamizaje cada 3 años. Test de HPV cada 3 años hasta los 65 años y Cotest (test de HPV + citología) cada 5 años hasta los 65 años. (26)(28)

2.1.6 Diagnóstico:

Existen varios factores que dificultan el diagnóstico de la neoplasia del cuello uterino: la clínica es generalmente nula, las infecciones son frecuentes, la paciente tiene temor de acudir al médico ya que piensan que el chequeo periódico no es necesario, además priorizan otras funciones en el hogar y el trabajo. Existe un aspecto importante y consiste en que el diagnóstico de NIC es excisional, por lo tanto pueden resecarse completamente algunas lesiones con la biopsia cervical. Por otro lado es difícil establecer la progresión de las lesiones de alto grado ya que por razones éticas profesionales, todas estas pacientes son sometidas a tratamiento.⁽²⁾

2.1.6.1 Citología cervicovaginal:

La citología cervicovaginal es la técnica diagnóstica más efectiva para la prevención y detección de lesiones pre y cancerosas de cérvix. La citología cervicovaginal es el primer escalón diagnóstico en el programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino. Es un método sencillo, rápido y de bajo costo; deberá complementarse con estudios de correlación como la colposcopia y toma de biopsia para aumentar la certeza diagnóstica. (29) (30)

La citología cérvico vaginal, la colposcopia, la histopatología y las pruebas moleculares para detectar ADN del virus del papiloma humano son métodos utilizados en el diagnóstico de esta patología. Pueden considerarse pruebas complementarias entre sí, ya que forman parte del protocolo de estudio de las mujeres con lesiones cervicales y cada una tiene una indicación especial. (31)

2.1.7 Tratamiento:

Una vez efectuado el diagnóstico las alternativas de manejo para lesión intraepitelial de bajo grado varían ampliamente en el mundo, destaca la simple observación hasta terapias excisionales. Pacientes con lesión intraepitelial de bajo grado persistente debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativas ambulatorias. (32)

El tratamiento depende primariamente de la extensión de la lesión, y también de factores como la edad, el deseo de conservar la fertilidad y presencia de otras condiciones médicas. Para el manejo de lesión intraepitelial de alto grado, existen guías bien establecidas. Se recomienda curetaje endocervical de no existir lesión visible en el ectocérvix. En toda paciente con lesión intraepitelial de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electroconización para excluir enfermedad invasora. En mujeres con cáncer invasor, se requieren tests adicionales para establecer la etapa de la enfermedad. (32)

III. OBJETIVOS

3.1 General:

Caracterizar a pacientes con lesiones intraepiteliales de alto grado.

3.2 Objetivos específicos:

3.2.1 Determinar la incidencia de lesiones intraepiteliales de alto grado en pacientes.

3.2.2 Describir las características epidemiológicas de las pacientes que sufren lesiones intraepiteliales de alto grado.

3.2.3 Identificar los factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones intraepiteliales de alto grado.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1 Tipo de estudio:

Estudio descriptivo, prospectivo, no experimental.

4.2 Población:

Pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en la consulta externa No. 4 de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

4.3 Selección y tamaño de la muestra:

Toda paciente con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado en la consulta externa No. 4 de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala.

4.4 Unidad de Análisis:

Expedientes médicos de las pacientes.

4.5 Criterios de inclusión y de exclusión

4.5.1 Criterios de inclusión:

Mujeres entre los 20 y 35 años con resultado de Papanicolaou anormal.

4.5.2 Criterios de Exclusión:

Pacientes con papeleta clínica incompleta.

4.6 Variables estudiadas:

- Edad.
- Nivel socioeconómico
- Factores de riesgo: Antecedentes familiares de CCU, antecedente de ETS, edad de inicio de actividad sexual, número de parejas sexuales, tipo de parto, uso de métodos anticonceptivos, Fuma, ingiere alcohol.

4.7 Operacionalización de variables:

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad expresada en años.	Cuantitativa	Intervalo
Nivel Socio-económico	Es una medida total económica y sociológica confinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas basadas en sus ingresos.	Nivel bajo Nivel medio Nivel alto	Cualitativa	Nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Antecedentes Familiares de CCU	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia junto con sus antecedentes médicos.	Si No	Cualitativa	Nominal
Antecedentes de Enfermedad de Transmisión sexual	Recopilación de la información acerca del padecimiento de una enfermedad de transmisión sexual.	Virus de Papiloma Humano Herpes genital Gonorrea VIH Sífilis	Cualitativa	Nominal
Hábitos	Cualquier conducta repetida regularmente, que requiere de un pequeño o de ningún raciocinio y que es aprendida, más que innata.	Fuma cigarrillo Toma Alcohol	Cualitativa	Nominal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Nivel de medición
Edad de inicio de actividad sexual	Tiempo que ha vivido una persona desde su primer contacto sexual.	<15 años 15 a 20 años 21 a 30 años >30 años.	Cuantitativa	Intervalo
Número de parejas sexuales	Número de personas con las cuales se ha tenido relaciones sexuales.	1 pareja 1 a 2 parejas 3-5 parejas >6 parejas	Cuantitativa	Intervalo
Tipo de parto	Método por el cual una mujer expulsa al feto y la placenta al final de la gestación.	Parto vaginal Parto abdominal	Cualitativa	Nominal
Uso de métodos de planificación familiar	Conjunto de métodos o prácticas que al ser utilizadas por la mujer evitan el embarazo.	No Si DIU ACOS Condón de látex	Cualitativa	Nominal

4.8 Instrumento Utilizado para la recolección de los datos:

Boleta de recolección de datos elaborada por el investigador. (Anexo 8.1)

4.9 Procedimiento para la recolección de la información:

En el periodo de enero 2018 a diciembre 2018, en la Consulta Externa número 4 de Ginecología, en el Hospital General San Juan de Dios, Guatemala; al presentarse una paciente con diagnóstico de Lesión intraepitelial de alto grado, el medico encargado del caso la invito a formar parte de este estudio, comentándole los objetivos del estudio y el aporte que este dará, a la vez le garantizo el anonimato, las pacientes que aceptaron firmaron un consentimiento informado. Seguido a esto se procedió a interrogar a la paciente acerca de su edad, estado socioeconómico, edad de inicio de actividad sexual, número de parejas sexuales, antecedentes familiares de CCU, antecedentes de enfermedad de transmisión sexual, número de partos vaginales, uso de métodos anticonceptivos y hábitos de tabaquismo o alcoholismo; estos datos fueron anotados en la boleta de recolección de datos.

4.10 Procedimientos de análisis de la información:

Los datos se ingresaran y analizaran en Epi Info 3.4.5, se aplicará estadística descriptiva con frecuencias simples y porcentajes.

4.11 Procedimiento para garantizar aspectos éticos de la investigación:

Este estudio se considera de categoría I, ya que no habrá intervención en el estado de salud y factores de riesgo de los pacientes. A todas las pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado, antes de que decidieran participar en el estudio, se les dio a conocer y comprender cada uno de los objetivos del estudio, dándoles la absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayudará a aclarar sus dudas; Una vez que comprendieron el estudio y aceptaran participar, se le solicitó que firmarán el consentimiento informado (Anexo 8.2), de la cual se les entregó una copia firmada y fechada.

V. RESULTADOS

Durante el periodo de enero a diciembre del año 2018, se realizó el diagnóstico de 65 casos de lesión intraepitelial de alto grado, en la consultad número 4 de Ginecología del Hospital General San Juan de Dios, Guatemala. El promedio de edad de la spacientes fue de 30.6 años. (Tabla No.1)

Tabla No.1

Incidencia y edad de las pacientes que sufrieron lesiones intraepiteliales de alto grado

Incidencia	65 casos/año
Edad, promedio (DE)	30.6 años (± 3.78)

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Tabla No.2

Características epidemiológicas de las pacientes que sufrieron lesiones intraepiteliales de alto grado

Caracterización		n	%
Nivel socioeconómico	Bajo	45	69.23
	Medio	18	27.69
	Alto	2	3.08
Alcoholismo	Si	30	46.15
	No	35	53.8
Tabaquismo	Si	24	36.92
	No	41	63.08

Fuente: Boleta de recolección de datos.

Respecto a las características epidemiológicas, el 69.23% de la población a estudio refirió un nivel socioeconómico bajo, el 46.15% refirió fumar tabaco y el 36.92% ingerir bebidas alcohólicas. (Tabla No.2)

Tabla No.3

Antecedentes gineco-obstetricos asociados a la aparición de lesiones intraepiteliales de alto grado

Antecedentes Gineco-obstetricos		n	%
Número de partos vaginales	No antecedente de parto	16	24.62
	1	12	18.46
	2	14	21.54
	3	5	7.69
	4	4	6.15
	>5	3	4.62
Número de partos por CSTP	1	12	18.46
	2	7	10.77
	3	0	0
Antecedente de ETS	Si	31	47.69
	No	34	52.31
Antecedentes de CCU	Si	9	13.85
	No	56	86.15

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El 13.85% de la población a estudio refirió antecedentes familiares de cáncer cervico uterino; el 47.69% refirió padecer alguna enfermedad de transmisión sexual. El mayor porcentaje de la población refirió parto vaginal 58.46% y el 24.62% no presento antecedentes obstétricos.(Tabla No.3)

Tabla No.4

Factores de riesgo asociados a la aparición de lesiones intraepiteliales de alto grado

Factores de riesgo		n	%
Inicio de actividad sexual	<15 años	27	41.54
	15 a 20 años	37	56.92
	21 a 30 años	1	1.54
	>30 años	0	0
Número de parejas sexuales	1 pareja	7	10.77
	2 parejas	23	35.38
	3 a 5 parejas	26	40.00
	>6 parejas	9	13.85
Uso de método anticonceptivo	Dispositivo intrauterino	2	3.08
	Anticonceptivos orales	14	21.54
	Condón	6	9.23
	No utilizo	46	70.77

Tiempo de uso de métodos anticonceptivos	1 año	8	12.31
	2 años	5	7.69
	3 a 4 años	4	6.15
	>5 años	5	7.69

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El 56.92% de la población refirió inicio de actividad sexual entre los 15 a 20 años, seguido del 41.54% refirió antes de los 15 años. El 40% refirió haber tenido de 3 a 5 parejas sexuales, no utilizando ningún método anticonceptivo el 70.77%.

Tabla No.5

Enfermedades de transmisión sexual

Enfermedad de transmisión sexual	n	%
Virus del papiloma Humano	20	30.77
Virus de inmunodeficiencia adquirida	6	9.23
Herpes genital	5	7.69
Sífilis	1	1.54
Clamidia	1	1.54
Gonorrea	2	3.08

Fuente: Boleta de recolección de datos.

El Virus del Papiloma Humano fue la enfermedad de transmisión sexual referida con mayor frecuencia (30.77%), seguido de Virus de Inmunodeficiencia Humana (9.23%) y herpes genital (7.69%).

VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

De acuerdo a la literatura Guatemala es uno de los países de América Latina con mayor incidencia y mortalidad de cáncer cervicouterino, se considera que 20 de cada 100 000 mujeres guatemaltecas padecen de CCU. ⁽³⁾ Ante estos datos, durante el periodo de enero a diciembre del año 2018 se realizó este estudio con el objetivo de caracterizar a las pacientes con diagnóstico de lesión intraepitelial de alto grado que acude al Hospital General San Juan de Dios.

El estudio se realizó con una muestra de 65 casos. Uno de los objetivos de la investigación fue caracterizar epidemiológicamente a la población, el estudio evidencio que el promedio de edad de las pacientes fue de 30.6 años, el 69.23% de la población a estudio refirió un nivel socioeconómico bajo. Datos acordes a la literatura, la cual refiere que a diferencia de otros tipos de cáncer, el cáncer Cérvico Uterino puede presentarse a cualquier edad en la vida de una mujer, de acuerdo a las estadísticas alrededor de la mitad de las mujeres diagnosticadas con cáncer Cérvico Uterino tienen entre 35 y 55 años de edad. El nivel socioeconómico bajo se ha relacionado con la aparición de CCU, ya que un nivel socioeconómico bajo va de la mano con escolaridad baja, poco acceso a los servicios de salud, lo cual hace imposible una detección temprana de las lesiones del cuello uterino. ⁽³⁾⁽¹⁶⁾

El hábito del tabaquismo y alcoholismo se han relacionado con aparición del CCU, en este estudio el 46.15% de la población refirió fumar tabaco y el 36.92% ingerir bebidas alcohólicas. Datos acordes a la literatura, la cual hace mayor énfasis en el tabaco y la relación con el CCU; ya que la acumulación de nicotina y su producto de degradación la cotinina en célula de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical, interfieren en el funcionamiento normal de esta célula, creando el terreno propicio para la acción de otros agentes como es el virus del papiloma humano; además es bien conocido el daño molecular del ADN del tejido cérvico uterino en mujeres que fuman, el tabaco induce un efecto inmunosupresor local. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾

Dentro de los antecedentes gineco-obstetricos de importancia, ya que son considerados factores de riesgo para CCU, el 13.85% de la población refirió antecedentes familiares de cáncer cervico uterino; de acuerdo a la literatura, investigadores han planteado que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayor probabilidad de

contraer esta enfermedad, lo cual puede estar relacionado con la incapacidad de combatir el VPH. ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾

El 47.69% refirió padecer alguna enfermedad de transmisión sexual, siendo el Virus del Papiloma Humano y Virus de inmunodeficiencia Humana los más frecuentes, datos acordes a la literatura, la cual relaciona el VPH con CCU por ser considerado como el oncovirus causante de cambios epiteliales en la zona de transición, la cual es más susceptible al efecto carcinogénico de los agentes transmitidos sexualmente. Además un porcentaje de pacientes presentaron coinfección de VPH y VIH, siendo en este caso el VIH el factor de riesgo, ya que según la literatura al contraer el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el sistema inmunológico se debilita, haciendo a la mujer más vulnerable a la infección por el PVH. ^{(19) (33)}

Otro pequeño porcentaje de mujeres refirió coinfección de VPH y Clamidia, Herpes genital y sífilis; según la literatura en estudios in vitro se ha demostrado que la clamidia rompe el complejo provocando el secuestro de la N-cadherina con la inclusión de la clamidia, este puede ser el mecanismo por el cual esta última altera la función de las células epiteliales y contribuye a la transformación maligna de la célula. Es importante resaltar que se desconoce el antecedente de infección vaginal en la población a estudio, la literatura reporta que existe una fuerte asociación entre Trichomonas vaginales y el riesgo de padecer cáncer de cuello uterino, la Gardnerella vaginal es detectada en el 50 % de las pacientes con tumores malignos del cérvix, lo que sugiere que puede estar fuertemente asociada con el cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁷⁾

El mayor porcentaje de la población refirió parto vaginal 58.46% y el 24.62% no presentó antecedentes obstétricos; tomando en cuenta que la población a estudio tiene en promedio una edad de 30 años y en su mayoría tenían antecedente de embarazo, se puede deducir que durante los primeros embarazos, se produjo la migración fisiológica de la unión escamocolumnar hacia el endocervix, en este proceso el epitelio cilíndrico fue reemplazado por el epitelio plano estratificado lo cual origina la llamada zona de transición, en la cual la susceptibilidad al riesgo de transformación maligna/célula blanca es probablemente mayor que en cualquier otro tejido sujeto al cáncer. Datos acordes a la literatura la cual refiere que estos cambios son más activos precisamente en etapas tempranas de la vida, donde también la vida sexual es más activa, pero declinan después de la menopausia. ⁽¹⁷⁾

El antecedente de parto vaginal se relaciona fuertemente con aparición de CCU, ya que debido a los traumatismos durante el parto vaginal y el proceso de reepitelización, se producen atipias celulares; en este estudio el 21.54% refirieron 2 partos por vía vaginal, por lo que la multiparidad ha estado ligada a la presencia de lesiones pre malignas y malignas de cuello de útero. Las mujeres con dos o más hijos producto de partos eutócicos, conforman el mayor grupo en estudios en pacientes con CCU. ⁽¹⁸⁾

Respecto a factores de riesgo para CCU, el 56.92% de la población refirió inicio de actividad sexual entre los 15 a 20 años, seguido del 41.54% refirió antes de los 15 años. Dichos datos son acordes a los reportados en la literatura, se considera que el inicio de actividad sexual a edades tempranas, es el principal factor de riesgo del CCU, según la literatura el inicio precoz de la vida sexual, es un factor asociado al desplazamiento de la incidencia de esta afección hacia edades menores, con resultados altamente significativos, ya que conlleva otros factores de riesgo asociados, como mayor predisposición de tener más de una pareja sexual, mayor riesgo de padecer de una enfermedad de transmisión sexual al igual que riesgo de embarazo precoz.

Analizando los datos anteriores, se confirma lo referido en la literatura, ya que el 40% de la población a estudio refirió haber tenido de 3 a 5 parejas sexuales, lo que es considerado como factor primario en la aparición del CCU; sin embargo el resto de la población a estudio en su mayoría refiere de 1 a 2 parejas sexuales, sin embargo en este caso la aparición del CCU puede estar relacionada con la promiscuidad de la pareja sexual, lo cual posibilita la transmisión de un agente infeccioso; estudios han evidenciado la asociación entre aumento del número de parejas sexuales y riesgo de CCU; debido al riesgo de infección lo cual constituye un factor de riesgo en la aparición de lesiones pre malignas y malignas del cuello uterino. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾⁽²¹⁾

Estudios han observado que el uso de anticonceptivos orales durante un periodo de 6 a 9 años (o más) se acompaña de un incremento de hasta tres veces del riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) de grado III. Las mujeres que los han utilizado durante 2-10 años (o más) tienen una incidencia del doble de padecer carcinoma invasor en comparación con las que no lo usan. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾

El 70.77% de la población refirió no utilizar ningún método anticonceptivo, lo cual las hace más vulnerables ante un microorganismo infecciosos, el segundo porcentaje más elevado (21.54%) de la población a estudio refirió uso de anticonceptivos hormonales; diversos estudios han determinado que la probabilidad de desarrollar CCU aumenta de 7 a 8 veces para las mujeres que utilizan ACOS y se duplica la probabilidad de padecer NIC si han utilizado un dispositivo intrauterino (DIU). ⁽²²⁾ Un estudio evidencio que las mujeres que utilizan por más de 5 años un método anticonceptivo tiene 3,1 veces mayor probabilidad de desarrollar lesiones intraepiteliales, que las mujeres que lo usaron por menos tiempo.

6.1 Conclusiones:

- 6.1.1 El cáncer Cérvico Uterino puede presentarse a cualquier edad en la vida de una mujer.
- 6.1.2 Un nivel socioeconómico bajo va de la mano con escolaridad baja, poco acceso a los servicios de salud, lo cual hace imposible una detección temprana de las lesiones del cuello uterino.
- 6.1.3 El hábito del tabaquismo es el más relacionado con la aparición del CCU por los efectos de la nicotina a nivel de las células de vigilancia inmunológica de las glándulas productoras del moco cervical y el daño que produce a nivel molecular del ADN del tejido cérvico uterino.
- 6.1.4 Los antecedentes gineco-obstetricos considerados factores de riesgo para CCU, son: antecedentes familiares de cáncer cervico uterino, antecedente de enfermedad de transmisión sexual (siendo el Virus del Papiloma Humano el más relacionado), parto vaginal y multiparidad.
- 6.1.5 El inicio precoz de la vida sexual, está altamente relacionado con la aparición de otros factores de riesgo de CCU, como mayor predisposición de tener más de una pareja sexual, mayor riesgo de padecer de una enfermedad de transmisión sexual al igual que riesgo de embarazo precoz.
- 6.1.6 La falta de uso del método anticonceptivo de barrera hace más vulnerable a la mujer ante microorganismos infecciosos; en pacientes con antecedente de uso de anticonceptivos hormonales, estudios han determinado que la probabilidad de desarrollar CCU aumenta de 7 a 8 veces.

6.2 Recomendaciones:

- 6.2.1 Crear campañas de prevención y detección precoz del cáncer Cervico Uterino, ya que una detección temprana permite lograr una mejor calidad de vida.
- 6.2.2 No esperar una edad para realizar el tamizaje, ya que este debe realizarse en toda mujer que haya iniciado una actividad sexual.
- 6.2.3 Compromiso por parte del equipo de salud, en la participación activa de acciones de promoción, educación, difusión e información de factores de riesgo y concientización del autocuidado.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torné A. Aspectos clínicos de las lesiones precursoras y del cáncer de cérvix. Soc Española Medicos en atención primaria [Internet]. 2007;33(2):22–6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdfsimple&pii=X1138359307908289>
2. Tamayo Lien TG, de la Torre AI, Varona Sánchez J, Borrego López J, Areces Delgado G. Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2010;36(3):422–32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2010000300012
3. Sam Colop B. Vigilancia Epidemiológica del Cáncer [Internet]. Guatemala; 2015. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones2016/SalasSituacionales/Situacion epidemiologica cancer CNE 2015.pdf>
4. Álvarez Rodas EJ, González Castellanos M, Palacios Cacacho E. Plan Nacional de Prevención, control y manejo de cáncer cervicouterino [Internet]. Guatemala; 2014. Report No.: 978-9929-598-12–6. Disponible en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download%7C&alias=640-plan-nacional-de-precencion-control-y-manejo-de-cancer-cervicouterino-2014-2024&category_slug=sfcsaludreproductivamaternayneonatalglobalyregional&Itemid=518
5. Paz Revolorio IA. Correlación Citocolpohistologica en lesiones intraepiteliales escamosas cervicales [Internet]. Tesis de postgrado, Ginecología y Obstetricia. Universidad San Carlos de Guatemala; 2014. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/722/>
6. Sierra Torres CH, Acosta Aragón MP, Orejuela Aristizabal L. Papilomavirus y Factores asociados a Neoplasia Intraepitelial Cervical de Alto Grado en Cauca, Colombia. Rev Salud Pública [Internet]. 2006;8(1):47–58. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2006.v8suppl1/47-58/>

7. Cuevas Martínez ML, Vega Pérez ML, Tamez Rodríguez AR, Castañeda Sánchez O. Factores de riesgo que retrasan la participación en el programa “Detección oportuna de cáncer cervicouterino.” *Atención Fam* [Internet]. 2016;23(4):134–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.af.2016.08.003>
8. Nazzal O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Bronda A. Lesiones preinvasoras de cuello uterino: una vision actual. *Rev Chil Obstet Ginecol* [Internet]. 2006;71(5):341–8. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000500009
9. Montejo Cardona AH. Mapeo Epidemiológico De Los Resultados De Citología Cervical [Internet]. Tesis de pregrado, Médico y Cirujano. Universidad San Carlos de Guatemala; 2001. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8462.pdf
10. Sellors, John. Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. *Organ Mund la Salud* [Internet]. 2003;1–140. Disponible en: <https://screening.iarc.fr/doc/colpoesmanual.pdf> Organizacio
11. Moré Vega A, Moya Toneut C, Pino Pérez FV, Gálvez Castellón AM, Espinosa Fuentes ML, Ávalos Arbolaes JL. Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2013;39(4):354–67. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000400005
12. Pelea C. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). *Rev Española Patol* [Internet]. 2003;36(321):5–10. Disponible en: http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/pdf_patologia_36-1/36-1-02.pdf
13. Zaragoza J. Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). *Cancer, Int Agency Res* [Internet]. 2010;1312(321):13–9. Disponible en: [http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Introducci?n+a+la+neoplasia+intraepitelial+cervical+\(+NIC+\)#0](http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Introducci?n+a+la+neoplasia+intraepitelial+cervical+(+NIC+)#0)

14. Nápoles MS. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001). Infect Immun [Internet]. 2013;4(7):5–10. Disponible en: <http://www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1113873109%5Chttp://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0169500209002645%5Chttp://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304383504008432%5Chttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=303021&tool=>
15. Serrano DL, Vega MMM, Tornés CYF, Alarcón CS. Lesiones preinvasivas del cuello uterino. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2012;38(3):366–77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009
16. Medina Espinosa JL. Cómo disminuir factores de riesgo de cáncer cérvico uterino. Rev Vinculando [Internet]. 2018;1(1):1–37. Disponible en: <http://vinculando.org/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/disminuir-factores-de-riesgo-de-cancer-cervico-uterino.pdf>
17. Hernández Millan ZL, Bravo Polanco E, Águila Rodríguez N, Torres López Y, Tay Araujo JI, Martínez Santana M. Nivel de conocimientos y factores de riesgo predisponentes de cáncer cérvico-uterino en mujeres de Cumanayagua. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2016;32(2):141–50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n2/enf01216.pdf>
18. Cabrera Guerra I, Ortiz Sánchez Y, Suárez Gómez YL, Socarrás Rodríguez R, Vásquez Rosales N. Factores de riesgo asociados al cáncer cérvico-uterino en el área de salud de Santa Rita. Multimed Rev Médica Granma [Internet]. 2016;20(5):110–28. Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/392/625>
19. Villafuerte Reinante J, Hernández Guerra Y, Ayala Reina ZE, Naranjo Hernández L, González Alonso JÁ, Brito Méndez M. Aspectos bioquímicos y factores de riesgo asociados con el cáncer cervicouterino. Rev Finlay [Internet]. 2019;9(2):138–46. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v9n2/2221-2434-rf-9-02-138.pdf>

20. Nápoles MS. Características clínicas y sociodemográficas en un grupo de mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales cervicales de alto grado. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2008;34(2):1–10. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200008
21. Montero Lora Y, Ramón Jimenez R, Valverde Ramón C, Escobedo Batista FE, Hodelín Pozo E. Principales factores de riesgo en la aparición del cáncer cervicouterino. Medisan [Internet]. 2018;22(5):531–7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000500010
22. Armenteros Espino E, Larrea Armenteros M, Pescoso Domínguez S, Gutiérrez Castro R, Romeu Escobar M. Factores de riesgo de neoplasias intraepiteliales cervicales. Rev Finlay [Internet]. 2016;6(3):193–200. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/448/1517>
23. Ordi J, Puig-tintoré LM, Torné A, Sanz S. Contribución de la detección del virus del papiloma humano de alto riesgo al estudio de las lesiones premalignas y malignas del cérvix uterino. Med Clin (Barc) [Internet]. 2016;121(12):441–5. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775303739852>
24. Herrero R, Schiffman MH, Bratti C, Hildesheim A, Sherman ME, Greenberg M, et al. Diseño y métodos de un estudio de la historia natural de la neoplasia de cuello uterino en la población de una provincia rural de Costa Rica : el Proyecto de Guanacaste 1. Am J Public Health [Internet]. 1997;1(6):411–25. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1997.v1n6/411-425/>
25. Nápoles MS. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2009;35(1):1–11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000100007

26. Fleider L, Maciel A, Monge F, Staringer JC, Toziano M, Velazco A. Guías de manejo 2015 Citología anormal y lesiones intraepiteliales cervicales. Soc Obstet y Ginecol Buenos Aires [Internet]. 2015;1(1):30–7. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/images/Guias-de-manejo-TGI-2015.pdf>
27. Ministerio de Salud. Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Cérvico Uterino. Ministerio de Salud de Chile [Internet]. 2015;102. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaCU.pdf>
28. Michel Vergara JA. Guías y tendencias en el manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales del cervix uterino (LEIBG y LEIAG) [Internet]. Vol. 6. Guadalajara, Mexico; 2014. Report No.: 6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/archivostgi/tgi-2014/tgi1411e.pdf>
29. Cui tiño L, Tirapegui F, Torres L, Lassen R, Naves G. Correlación citohistológica de lesiones escamosas intraepiteliales de cuello uterino, Hospital Naval de Talcahuano. Rev Chile Obstet Ginoclogia [Internet]. 2005;70(3):152–5. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000300004
30. Diaz-Amézquita EL, Martínez De Larios N, Dragustinovis Valdéz I. Correlación citológica-colposcópica e histológica de lesiones de bajo y alto grado en cérvix. Rev Hosp Gral Dr M Gea González [Internet]. 2006;7(2):54–8. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2006/gg062b.pdf>
31. Flowers L. Colposcopia: Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado [Internet]. Sociedad americana de colposcopia y patología cervical. Costa Rica; 2016. Disponible en: <http://www.asccp.org/Assets/33e54d33e008422b98dcb144fd28be89/636014216833100000/06-asccp-costa-rica-2016-flowers-hsilspanish-june-1-2016-pdf>

32. Serman F. Cancer Cervicouterino: Epidemiologia, historia natural y rol del Virus Papiloma Humano: Perspectivas en prevencion y tratamiento. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2002 [cited 2019 Nov 10];67(4):318–23. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071775262002000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

33. Mauro JE, Tatti S, Maciel A, Di gregorio A, Cingalani P, Pérez de Nucci PA. Manejo de las lesiones intraepiteliales de Cuello Uterino [Internet]. Tucuman, Argentina; 2014. (20). Report No.: 1. Disponible en: <http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/consenso41014.pdf>

VIII. ANEXOS

Anexo No. 1 Boleta de recolección de datos:

Universidad San Carlos de Guatemala
 Facultad de Ciencias Médicas
 Escuela de Post Grado
 Maestría en Ginecología y Obstetricia

Edad _____ años Nivel socioeconómico: _____ Antecedente familiar de CCU Si
 No # Partos vaginales _____ # Partos abdominales _____

Ingiere alcohol Si No Fuma Sí No

Antecedente de ETS Si ¿Cuál? _____ No

Inicio de actividad sexual: <15 años 15 a _____ años 21 a 30 años 3 _____ años

Número de parejas sexuales: 1 pareja sexual 1 a 2 parejas sexuales
 3-5 parejas sexuales 6 parejas sexuales

Uso de método de planificación familiar	Años	
Dispositivo Entra Uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonceptivos hormonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condón de látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo No. 2 Consentimiento informado:

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Post Grado
Maestría en Ginecología y Obstetricia

Consentimiento informado

Yo _____ quien me identifico con número de Documento de Identificación Personal (DPI) _____ he sido invitada a participar en el estudio “ CARACTERIZACION DE LAS LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO “ sido informada de todo el procedimiento a realizarse en este estudio, entiendo que se me realizan algunas preguntas para la investigación y será incluido mi resultado de Papanicolaou siempre manteniendo mi anonimato, por lo tanto voluntariamente acepto participar en esta investigación como participante.

Firma del Participante

Fecha: _____

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y cualquier medio La tesis titulada “**Caracterización de las lesiones intraepiteliales de alto grado**” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.