

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER
CERVICOUTERINO



HUGO ROLANDO OLIVA TÉLLEZ

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER
CERVICOUTERINO

Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes ingresadas en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula entre el período del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre del 2018.

HUGO ROLANDO OLIVA TÉLLEZ

CHIQUMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER
CERVICOUTERINO**

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo

Por

HUGO ROLANDO OLIVA TÉLLEZ

Al conferírsele el título de

MÉDICO Y CIRUJANO

En el grado académico de

LICENCIADO

CHIQUIMULA, GUATEMALA, OCTUBRE 2019

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE
MÉDICO Y CIRUJANO**



**RECTOR
M.Sc. Ing. MURPHY OLYMPO PAIZ RECINOS**

CONSEJO DIRECTIVO

Presidente:	Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Representante de Profesores:	M.Sc. Mario Roberto Díaz Moscoso
Representante de Profesores:	M.Sc. Gildardo Guadalupe Arriola Mairén
Representante de Graduados:	Inga. Evelin Dee Dee Sumalé Arenas
Representante de Estudiantes:	A.T. Estefany Rosibel Cerna Aceituno
Representante de Estudiantes:	P.C. Elder Alberto Masters Cerritos
Secretaria:	Licda. Marjorie Azucena González Cardona

AUTORIDADES ACADÉMICAS

Coordinador Académico:	M. A. Edwin Rolando Rivera Roque
Coordinador de Carrera	M.Sc. Ronaldo Armando Retana Albanés

**ORGANISMO COORDINADOR DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN E
INVESTIGACIÓN DE MEDICINA**

Presidente y Revisor:	Ph.D. Rory René Vides Alonzo
Secretario y Revisor:	M.Sc. Christian Edwin Sosa Sancé
Vocal y Revisor:	M.Sc. Carlos Iván Arriola Monasterio
Vocal y Revisor:	Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

Señores:
Miembros Consejo Directivo
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Chiquimula, Ciudad

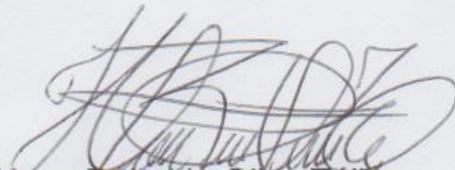
Respetables señores:

En cumplimiento de lo establecido por los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Centro Universitario de Oriente, presento a consideración de ustedes, el trabajo de graduación titulado **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO”**, realizado en el departamento de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula.

Como requisito previo a optar el título profesional de médico y Cirujano, en el grado académico de Licenciado.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Hugo Rolando Oliva Téllez
Carne 201143710

Chiquimula, septiembre de 2019

Señor Director
Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Cordón
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala

Señor Director:

En atención a la designación efectuada por la comisión de trabajos de graduación para asesorar al Bachiller en Computación con Orientación Científica Hugo Rolando Oliva Téllez, con carne 201143710 en el trabajo de graduación titulado **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO”**, me dirijo a usted para informar que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea determinar características clínicas, el tipo histopatológico más común de cáncer y los estadios más comunes según la clasificación FIGO en el Hospital Nacional de Chiquimula, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación para su discusión en el Examen General Público, previo a optar el título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de licenciado.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Linda Paola Espina Lémus
MSc. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
Colegiada 17,624

Linda Paola Espina Lemus
Ginecóloga Obstetra
Col. 17,624



Chiquimula, 11 de septiembre del 2019
Ref. MYCTG-101-2019

Ing. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que el estudiante HUGO ROLANDO OLIVA TÈLLEZ identificado con el número de carné 201143710 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÒGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO”**, estudio realizado en el Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. Linda Paola Espina Lemus, Ginecóloga Obstetra, colegiado 17,624 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”



Ph.D. Rory René Vides Alonzo
-Presidente Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación
- Carrera de Médico y Cirujano- CUNORI-

“42 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.



Chiquimula, 11 de septiembre del 2019
Ref. MYCTG-102-2019

Ing. Edwin Filiberto Coy Cordón
Director
Centro Universitario de Oriente

Señor Director:

De manera atenta se le informa que el estudiante HUGO ROLANDO OLIVA TÉLLEZ identificado con el número de carné 201143710 ha finalizado el Informe Final del Trabajo de Graduación Titulado **“CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO”**, estudio realizado en el Hospital Nacional de Chiquimula, el cual fue asesorado por Dra. Linda Paola Espina Lemus, Ginecóloga Obstetra, colegiado 17,624 quien avala y dictamina favorable en relación al estudio.

Se considera que el mencionado trabajo de Graduación cumple con los requisitos mínimos para la elaboración de Trabajos de Graduación contempladas en el Normativo de Trabajos de Graduación de la Carrera Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente, por tal razón recomiendo su aprobación para autorizar los trámites necesarios para su discusión en el Examen General Público, previo a otorgársele el Título de Médico y Cirujano, en el grado Académico de Licenciado.

Sin otro particular, me suscribo.

Atentamente;

“Id y Enseñad a Todos”

MSc. Ronaldo Armando Retana Albanés
-Coordinador - Carrera de Médico y Cirujano-
Centro Universitario de Oriente



“42 AÑOS SIRVIENDO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN EL NORORIENTE”

Nota: La información y conceptos contenidos en el presente Trabajo es responsabilidad única del autor.

EL INFRASCRITO DIRECTOR DEL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, POR ESTE MEDIO **HACE CONSTAR QUE:** Conoció el Trabajo de Graduación que efectuó el estudiante **HUGO ROLANDO OLIVA TÉLLEZ** titulado “**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CANCER CERVICOUTERINO**”, trabajo que cuenta con el aval de el Revisor y Coordinador de Trabajos de Graduación, de la carrera de Médico y Cirujano. Por tanto, la Dirección del CUNORI con base a las facultades que le otorga las Normas y Reglamentos de Legislación Universitaria **AUTORIZA** que el documento sea publicado como **Trabajo de Graduación** a Nivel de Licenciatura, previo a obtener el título de **MÉDICO Y CIRUJANO**.

Se extiende la presente en la ciudad de Chiquimula, el veintitrés de octubre de dos mil diecinueve..

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”




Ing. Agr. Edwin Filiberto Coy Córdón
DIRECTOR
CUNORI - USAC

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

A MIS PADRES

A MIS HERMANOS

A MIS FAMILIARES

A MIS CATEDRÁTICOS

A MIS AMIGOS

A MIS PADRINOS DE GRADUACIÓN

AL COORDINADOR DE LA CARRERA Y DESTACADO CATEDRÁTICO

Dr. Ronaldo Armando Retana Albanés

A LOS REVISORES Y DESTACADOS CATEDRÁTICOS

Dr. Carlos Iván Arriola Monasterio

Dr. Edvin Danilo Mazariegos Albanés

Dr. Rory René Vides Alonzo

Ing. Agr. Christian Edwin Sosa Sancé

A MI ASESORA

Dra. Linda Paola Espina Lemus

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE –CUNORI-

AL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por cada experiencia que me ha permitido vivir lleno de bendiciones día tras día, te agradezco por esta aventura de poder estudiar esta ciencia médica y morar en mi ser para ser un nuevo instrumento de tus manos y usar las mías para tu propósito de sanación hacia mi prójimo, me has enseñado que de las más duras pruebas del alma se obtiene la transformación y crecimiento humano que deseamos alcanzar y ver las maravillas que nos has preparado a cada uno de tus siervos, agradezco infinitamente tener el placer de conocer tu palabra, enseñanzas y amor.

A MIS PADRES: Edmery Patricia Téllez cordero y Hugo Rubén Oliva Rossill, siento tanto orgullo de ustedes, ejemplos de valor, honradez, trabajo y esfuerzo, pareja de esposos que han dejado a un lado gustos y sueños propios por ver cumplir los de sus hijos, seres que me han enseñado que si la vida se torna difícil es de respirar profundo, agradecer a Dios y seguir adelante para cumplir los anhelos del alma, gracias por darme siempre sus manos y brazos para apoyarme y seguir con la certeza de que no me dejarían caer. Este logro es más de ustedes que mío. Muchas gracias por su amor incondicional y paciencia, los amo.

A MIS HERMANOS: Porque además de ser mis hermanos, son mis amigos y confidentes gracias por estar siempre cuando los necesité con esas palabras de aliento y “el tú puedes, eres capaz”, los quiero mucho y saben que contarán conmigo siempre.

A MI FAMILIA: Agradezco a cada uno de sus miembros, por brindarme su apoyo sin titubear y tener la certeza y fe puesta en Dios de que algún día se tendría un médico en la familia, hoy comparto esté logro con ustedes, los quiero mucho.

A MI ASESORA DE TESIS: Dra. Linda Paola Espina Lemus, por ser una gran maestra y con su modestia siempre compartir sus conocimientos tanto científicos como

personales, gracias por su incomparable amistad, ha sido un honor conocer a una gran profesional y ser humano y brindarme su apoyo y guía en este proceso de cierre de mi etapa profesional universitaria.

A MIS CATEDRATICOS: Por ser partícipes de mi formación como médico compartiendo sus invaluable conocimientos y experiencias vividas a lo largo de sus años como profesionales en la salud. Dichoso aquel que estudia para aprender, pero bendito sea el que aprende y le gusta enseñar.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS: Tengo la dicha de haber contado con grandes seres humanos antes y durante mi paso por la carrera y quienes estuvieron dándome el apoyo incondicional y teniendo palabras de ánimos para no desmayar y abandonar mis sueños, Ilse María Paxtor, Katherine Mejia, Vivian Sandoval, Cesia Duarte, Kayle Chinchilla, Paty Salazar, Estuardo Palma, Andrea Miranda, Evelin y Sarita Chinchilla, les agradezco porque muchas noches escucharon palabras de desaliento de mi persona y de querer rendirme, pero ustedes tuvieron más fe en mi desde un principio y fueron un pilar en mi vida que me sostuvo hasta este día, pido a Dios los bendiga siempre y nuestra amistad perdure.

A LA UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA Y AL CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE: Por ser mi casa de estudios y obsequiarme la educación necesaria para mi formación y brindar una alta calidad de mis servicios a base de mis conocimientos como médico (los médicos de más prestigio curan mediante dietas y medicamentos, que nadie negara, ni otro médico ni un particular inexperto que los haya escuchado, que provengan de su ciencia. “Hipócrates”).

Hugo Rolando Oliva Téllez

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Hugo R. Oliva¹, Dra. Linda P. Espina², Dr. Ronaldo A. Retana³, Dr. Edwin D. Mazariegos⁴, M.A. Rory R. Vides⁴, M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴.

Universidad de San Carlos de Guatemala, Centro Universitario de Oriente, CUNORI, finca el Zapotillo, zona 5 Chiquimula tel. 78730300 ext. 1027

Introducción: Las altas tasas de prevalencia e incidencia de tipos de cáncer malignos como lo es el cáncer cervicouterino, se deben a las complejas interacciones entre los factores no modificables y los factores de riesgo modificables. El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. **Objetivo:** Determinar las características clínicas e histopatológicas más común con la escala de clasificación FIGO. **Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo con observación de papeletas de pacientes ingresadas al Departamento de Ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula, entre los años 2014 al 2018, utilizando el universo completo para que el estudio fuera significativo, empleando una boleta de recolección de datos por elaboración propia. **Resultados y discusión:** En el estudio se realizó una revisión de 78 expedientes de paciente, en su sintomatología que motivó a las pacientes a consultar, un 66.7% refirieron sangrados vaginales constantes e irregularidad, datos importantes a valorar en la población atendida en dicho nosocomio es que la edad de Coitarquia o inicio de la vida sexual activa en las pacientes se encuentra con un 83.3% (65 pacientes) entre las edades de 15 a 20 años.

Palabras clave: caracterización, clínica, histopatológica, cáncer cervicouterino.

¹investigador²Asesor de tesis³Coordinador de la Carrera de Médico y Cirujano, CUNORI⁴Revisores de tesis

ABSTRACT

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CERVICOUTERINE CANCER

Hugo R. Oliva¹, Dra. Linda P. Espina², Dr. Ronaldo A. Retana³, Dr. Edwin D. Mazariegos⁴, M.A. Rory R. Vides⁴, M.Sc. Carlos I. Arriola⁴, M.Sc. Christian E. Sosa⁴.

University of San Carlos of Guatemala, Eastern University Center, CUNORI, The Zapotillo Farm, Zone 5, Chiquimula, Tel. 78730300 ext. 1027.

Introduction: The high prevalence and incidence rates of malignant cancers such as cervical cancer, is due to the complex interactions between non-modifiable factors and modifiable risk factors. Cervical cancer is one of the main public health problems in the world. **Objective:** To determine the most common clinical and histopathological characteristics with the FIGO classification scale. **Material and methods:** Retrospective descriptive study with observation of ballots of patients admitted to the Gynecology Department of the National Hospital of Chiquimula, between 2014 and 2018, using the entire universe to make the study meaningful, using a data collection slip by own elaboration. **Results and discussion:** In the study, a review of 78 patient records was carried out, in its symptomatology that motivated the patients to consult, a 66.7% reported constant vaginal bleeding and irregularity, important data to be evaluated in our population treated in the hospital is that Coitarquia's age or onset of active sexual life in patients is found with 83.3% (65 patients) between the ages of 15 to 20.

Key words: characterization, clinical, histopathological, cervical cancer

¹Researcher²Thesis advisors³Coordinator of the Career of Physician and Surgeon, CUNORI⁴Thesis reviewers

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Introducción	ii
I. Planteamiento del problema	1
A) ANTECEDENTES	1
B) HALLAZGOS Y ESTUDIOS REALIZADOS	3
C) DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	8
II. Delimitación del estudio	9
A) DELIMITACIÓN TEÓRICA	9
B) DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	9
C) DELIMITACIÓN INSTITUCIONAL	10
D) DELIMITACIÓN TEMPORAL	10
III. Objetivos	11
A) OBJETIVO GENERAL	11
B) OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
IV. Justificación	12
V. Marco teórico	13
Capítulo I	13
1. ANATOMÍA UTERINA	13
1.1 el útero	13
Capítulo II	15
2.1. CÁNCER DE CÉRVIX	15
2.2. EPIDEMIOLOGÍA	15
2.3. FACTORES DE RIESGO	17
Capítulo III	18
3.1. TIPOS HISTOLÓGICOS DE CÁNCER CERVICOUTERINO	18
3.2 CLASIFICACIÓN DE FIGO	18
3.3 CRITERIOS DE REFERENCIA DE PACIENTES CON SOSPECHA DE CACU	20
Capítulo IV.	22

4.1 EXAMEN DE PAPANICOLAOU	22
4.2 ASPECTOS GENERALES DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO	23
4.3 PREVENCIÓN	23
VI. Diseño metodológico	25
A) TIPO DE ESTUDIO	25
B) ÁREA DE ESTUDIO	25
C) UNIVERSO O MUESTRA	25
D) SUJETO U OBJETO DE ESTUDIO	25
E) CRITERIOS DE INCLUSIÓN	25
F) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
G) VARIABLES ESTUDIADAS	25
H) OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	26
I) TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	27
J) PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	27
K) PLAN DE ANÁLISIS	28
L) PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN	28
M) CRONOGRAMA	29
N) RECURSOS	30
VII. Presentación de resultados	31
VIII. Análisis de resultados	45
IX. Conclusiones	47
X. Recomendaciones	48
XI. Propuesta	49
XII. Referencias bibliográficas	51
XIII. Anexos	57

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA		Página
1	Distribución de casos de cáncer cervicouterino a través de la boleta de recolección de datos según el año de ingreso desde el 2014 al 2018.	31
2	Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según el grupo etario en el Hospital Nacional de Chiquimula descritos en la boleta de recolección de datos.	32
3	Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según el estado civil al momento del ingreso en el Hospital Nacional de Chiquimula descritos en la boleta de recolección de datos, entre los años 2014 al 2018.	33
4	Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según el área de procedencia habitacional al momento de ser ingresadas al departamento de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula entre los años de 2014 a 2018.	34
5	Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según nivel socioeconómico ingresadas al departamento de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula entre los años de 2014 a 2018.	35

- 6** Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino y su edad al momento de tener su inicio de vida sexual activa entre los años de 2014 a 2018. 36
- 7** Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino y el número de parejas sexuales a lo largo de su vida sexual activa. 37
- 8** Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino con relación al número de gestas y paridad que tuvieron antes de su diagnóstico e ingreso al servicio de ginecología entre los años 2014 al 2018. 38
- 9** Distribución de infecciones del tracto urinario (ITU) de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino ingresadas entre los años 2014 al 2018. 39
- 10** Distribución de la realización de papanicolaous como control preventivo de inflamación cervicouterino realizados por las pacientes antes de su diagnóstico de cáncer cervicouterino entre los años 2014 al 2018. 40
- 11** Distribución de sintomatología anotada como motivos de consulta en las papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino entre los años de 2014 a 2018. 41

- 12** Distribución de los tipos de cáncer encontrados en las fichas patológicas de las papeletas de pacientes con cáncer cervicouterino entre los años de 2014 a 2018. 42
- 13** Distribución de los estadios de cáncer cervicouterino basados en la clasificación de FIGO encontrados en las papeletas de pacientes ingresadas al servicio de ginecología entre los años 2014 al 2018. 43
- 14** Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino que continuaron con tratamientos agresivos al ser referidos a centros especializados entre el 2014 al 2018. 44

RESUMEN

En Latinoamérica uno de los problemas principales de salud pública es el cáncer del cuello uterino (CACU); y Guatemala no es la excepción ya que aún se sigue observando una alta prevalencia e incidencia de casos de esta neoplasia.

Este estudio de carácter descriptivo retrospectivo se realizó queriendo conocer las características clínicas e histopatológicas de mujeres con cáncer cervicouterino, llevándose a cabo la recolección de información de 78 expedientes de pacientes con diagnóstico de CaCu; mediante una boleta de recolección de datos.

Se identificaron características clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino como la Coitarquia a temprana edad con un 83.3% en edades entre los 15 a 20 años muchas de ellas menores de edad y múltiple paridad con un 69.2% con más de tres gestas. Se determinó que las pacientes reportaron sintomatologías como sangrado vaginal irregular o en cantidades abundantes con un 66.7%, dolor suprapúbico con un 17.9%, leucorreas 15.4% y hasta un 52.6% nunca se realizaron un papanicolaou.

El CaCu es una enfermedad prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención, por lo que se recomiendan estructurar los programas que poseen una red de servicios, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ya que estos impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer.

INTRODUCCIÓN

Las altas tasas de prevalencia e incidencia de tipos de cáncer malignos como lo es el cáncer cervicouterino se deben a las complejas interacciones entre los factores no modificables y los factores de riesgo modificables. De hecho, cuando estos se combinan con los diferentes comportamientos individuales, las creencias o prácticas culturales, las condiciones socioeconómicas y demográficas, y un deficiente sistema de salud y mala inspección clínica, el incremento global de cáncer es inevitable aun teniendo métodos de prevención.

El cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, pues se estima que produce alrededor de 250,000 muertes por año (Tovar *et al*, 2008).

En Chiquimula se ha observado un incremento de casos con cáncer cervicouterino en los últimos años y la mayoría provenientes de las áreas rurales, observándose casos con cáncer en fases terminales según la clasificación FIGO. Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el Hospital Nacional de Chiquimula sobre la caracterización clínica e histopatológica de cáncer cervicouterino en féminas ingresadas durante los años 2014 al 2018, utilizando una boleta como instrumento para la obtención de datos como menarquía de las mujeres, paridad, parejas sexuales, síntomas de consulta, tipos de cáncer y estadios según análisis patológicos.

Se identificó que el tipo más común de cáncer fueron los carcinomas con un 75.6%(59), seguido de los adenocarcinoma invasivos con un 24.4%(19), y que los estadios más frecuentes según la clasificación de FIGO se encontró en estadios avanzados como un 25.6%(20) en estadio IIIB, 24.4%(19) en estadio IIB, 23.1% en estadio IIIA, 11.5% en estadio IVA y 5.1% en estadio IVB.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

a) Antecedentes

El cáncer de cuello uterino se desarrolla cuando las células normales del cuello del útero comienzan a cambiar y crecen descontroladamente. La mayoría de los cánceres del cuello del útero son carcinomas de células escamosas; se llaman así por el tipo de células donde se ha originado (Bover, 2017).

El cáncer de cuello uterino ocurre más frecuentemente en mujeres entre 40 y 55 años de edad. A esta edad, muchas de las mujeres afectadas tienen familia y compromisos laborales, por lo que su impacto en la sociedad no es desdeñable (Bover, 2017).

El cáncer Cervicouterino (CaCu) es un problema de salud pública, constituye la enfermedad neoplásica más frecuente y mortal en la población femenina, siendo la primera causa de muerte por neoplasias malignas en el grupo de 25 a 60 años (Chavarro *et al*, 2009).

En 2018, más de 72.000 mujeres fueron diagnosticadas de cáncer cervicouterino y casi 34.000 fallecieron por esta enfermedad en la región de las Américas. Las tasas de mortalidad son 3 veces más altas en América Latina y el Caribe que en Norteamérica, evidenciando enormes desigualdades en salud. La vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) puede reducir significativamente el riesgo de cáncer cervicouterino. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda vacunar a las niñas de 9 a 14 años, cuando la vacuna es más efectiva (OPS, 2004).

La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que refleja la importancia del acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento (Chavarro *et al*, 2009).

A nivel mundial 266,000 mujeres mueren cada año de cáncer cervicouterino y la mayoría de estas defunciones pueden evitarse mediante un acceso universal a programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino, que pueden

inmunizar contra el virus del papiloma humano (VPH) a todas las niñas y administrar tamizaje y tratamiento de las lesiones pre-cancerosas a todas las mujeres en riesgo.

El cáncer cervicouterino es el cáncer más frecuente en mujeres en 45 países del mundo y mata a más mujeres que cualquier otra forma de cáncer en 55 países, entre ellos muchos países del África subsahariana, muchos de Asia (incluida la India) y algunos países centroamericanos y sudamericanos (OPS *s.f.*).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce dos tipos histológicos principales de cáncer invasivo: Carcinoma de células escamosas, que constituye cerca del 75% de todos los casos y el adenocarcinoma que constituye cerca del 15-25% de todos los casos (Chavarro *et al*, 2009).

Carcinoma de células escamosas del cérvix: Estos son a su vez clasificados en queratinizados o no queratinizados. Los carcinomas queratinizados pueden ser bien diferenciados o moderadamente diferenciados y están compuestos de grandes células tumorales. Los carcinomas no queratinizados (carcinomas pobremente diferenciados) pueden ser de tipo de células grandes o de células pequeñas. Los cánceres verrucosos verdaderos del cérvix son raros (Chavarro *et al*, 2009).

Adenocarcinoma cervical: Son menos frecuentes y a pesar de que cada tipo es diferente histológicamente no es infrecuente que dos o más formas histológicas de adenocarcinoma se encuentren en el mismo tumor. Típicamente surgen del endocérvix, pueden ser más difíciles de detectar por inspección visual del cérvix. El tipo de adenocarcinoma más frecuentemente encontrado en el cuello uterino es el adenocarcinoma mucinoso de tipo endocervical. Estos tumores pueden infiltrar de manera profunda hacia el estroma del cérvix, algunas veces con extensión parametrial y metástasis a ganglios sin una destrucción importante del exocérvix (Chavarro *et al*, 2009).

Después de que alguien ha sido diagnosticado con cáncer de cuello uterino, los médicos tratarán de determinar si el cáncer se ha propagado y, de ser así, qué tanto. Este proceso se es referido como estadificación. La etapa (estadío) de un cáncer describe la extensión del cáncer en el cuerpo. Esto ayuda a saber qué tan

grave es el cáncer y la mejor manera de tratarlo. La etapa es uno de los factores más importantes para decidir cómo tratar el cáncer y determinar cuán eficaz pudiera ser un tratamiento.

El sistema de estadificación FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) se utiliza más a menudo para los cánceres de los órganos reproductores femeninos, incluyendo el cáncer de cuello uterino. Para el cáncer de cuello uterino, se usa la etapa clínica la cual se basa en los resultados del examen físico del médico, biopsias, pruebas por imágenes y algunas otras pruebas que se realizan en algunos casos, tales como la citoscopia y la proctoscopia. No se basa en lo que se encuentra durante la cirugía (ASC, 2019).

b) Hallazgos y estudios realizados

En España se realizó un estudio sobre la prevalencia de genotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo no vacunables dentro del programa de Detección Precoz de Cáncer de Cérvix en Cantabria. Subjetivo: Estimar la prevalencia de infección por genotipos del virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo no vacunables. Siendo un estudio descriptivo transversal. Se incluyó a todas las mujeres con una citología vaginal valorable (n = 3.359) entre 2010-2011. Se recogieron diagnóstico citológico, resultado de PCR y método anticonceptivo. Los resultados de las citologías se clasificaron con el sistema Bethesda.

Para la tipificación de VPH según el riesgo oncogénico se utilizó la clasificación de Muñoz et al. Se estimaron proporciones y odds ratio (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%). Resultados: La prevalencia de infección por VPH fue del 2,71% (IC95%: 2,15-3,27). La prevalencia de genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico fue del 2,26%; (IC95%: 1,75-2,78). El genotipo más frecuente fue el 16 (28,89%). Más de la mitad de las mujeres fueron positivas para algún genotipo de alto riesgo no vacunable: 51 (18,89%) o 58 (13,33%) o 68 (12,22%) o 31 (11,11%).

En el 23,33% de las mujeres coexistieron al menos 2 genotipos de alto riesgo no vacunables. Las mujeres más jóvenes (≤ 30 años) tuvieron 2 veces más riesgo de infección por cualquier VPH: OR 2,01; (IC95%: 1,02-3,96); y 2 veces más probabilidad de usar anticonceptivos hormonales frente al preservativo: OR 2,09; (IC95%: 1,64-2,67) (Paz-Zululeta *et al*, 2016).

En la revista colombiana de obstetricia y ginecología se realizó un estudio de prevalencia de anomalías en la citología cervical en tres grupos poblacionales de mujeres en Popayán, Colombia 2003 – 2005 con el objetivo de conocer la prevalencia de citologías anormales en diferentes grupos poblacionales de mujeres, y definir su perfil epidemiológico. La metodología utilizada fue un estudio descriptivo de corte transversal, incluyó 416 mujeres provenientes de un centro de reclusión, de bienestar universitario y de un centro de atención primaria en la ciudad de Popayán, entre los años 2003 a 2005. A las participantes se les tomó una muestra para citología y se les aplicó una encuesta, donde concluyó que existe una mayor prevalencia de anomalías citológicas en población carcelaria y universitaria en Popayán, Colombia (Bravo *et al*, 2008).

En Ecuador en el año del 2017 se realizó un estudio sobre la caracterización clínica e histopatológica de la infección por papiloma virus humano de muestras de cérvix. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Se realizó un trabajo para determinar la prevalencia del virus en mujeres, utilizando técnicas de detección de ácido desoxirribonucleico (ADN) mediante proteína C reactiva (PCR), en tiempo real, a partir de biopsia de cérvix, además de establecer las características histopatológicas y clínicas relacionadas. La prevalencia fue del 30,67%, la presentación histopatológica más frecuentemente infectada fue el cáncer de cérvix y la in situ. Mientras más displásica es la histopatología del cérvix, más frecuente es la presentación del virus. Se demostró una asociación entre la exposición a la infección y la presencia de secreción vaginal blanquecina y la dispareunia (Bedoya *et al*, 2017).

En Valparaíso, se realizó un estudio el cual estimó la sobrevida por Cáncer Cervicouterino (CaCu) y sus factores pronósticos en mujeres beneficiarias del

programa en sistema público de salud en la provincia de San Antonio en el período 1997-2007. El estudio correspondió de una cohorte histórica de mujeres con casos incidentes de Cáncer Cervicouterino , beneficiarias del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio (SSVSA) que residían en la provincia de San Antonio, entre los años 1997-2007, se estudió a 143 mujeres, la edad promedio 51,7 años (DS 14,4 años), en el grupo de 20 a 64 años se encontró el 78% de los casos, el 49,7% de las mujeres nunca se realizó Pap y el 32,9% de las mujeres con Pap lo mantenía vigente.

La causa de consulta en la cual se tomó la citología que da inicio al estudio en un 69% lo hace por molestias y síntomas de origen ginecológico, de estas citologías un 57,2% correspondieron a lesiones de alto grado y probable carcinoma. La sospecha clínica como causa de referencia a la unidad de patología cervical (UPC) correspondió a 59,4%. El 54,6 % de los casos se encontró en estadios precoces, el 81,8% de las beneficiarias realizó tratamiento con fines curativos. La sobrevida a 3 años fue de 62%, IC 95% [53 - 69] y a 10 años de 51%, IC 95% [42-60]; La sobrevida se correlaciona directamente con el estadio clínico en el momento del diagnóstico, tamaño tumor y la respuesta final al tratamiento (Lazcano, 2015).

Estudio sobre prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) y otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical en Guatemala, este estudio fue llevado a cabo con el propósito de determinar la prevalencia de los tipos de VPH en un grupo de pacientes de Guatemala con cáncer cervical, así como para evaluar los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad. Con este propósito se llevó a cabo un estudio de casos y controles en 112 pacientes con cáncer cervical invasivo (casos) y 102 mujeres sanas (controles). La información fue recolectada durante una entrevista personal con los sujetos de estudios. Un total de 89% de pacientes y un 18% de los controles fueron positivos para ADN del Virus del Papiloma Humano y los tipos detectados con mayor frecuencia fueron VPH 16, 18 y 45(Arroyo *et al*, 2008).

“Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural” estudio analítico de corte transversal, realizado

en mujeres en edad fértil en las aldeas: Candelaria, Monterrico, Los Esclavos, Las Cabezas del departamento de Santa Rosa y Xenimajuyú, Santa Apolonia, Chirijuyú del departamento de Chimaltenango 24 de marzo al 14 de abril del 2010, su objetivo: analizar la asociación de lesiones displásicas de cérvix y factores de riesgo en mujeres en edad fértil. Durante el período de 24 de marzo al 14 de abril del año 2010.

Su metodología fue un estudio analítico de corte transversal; donde se incluyó a mujeres en edad fértil de las aldeas ya mencionadas. Las muestras fueron tomadas a través de técnica de Papanicolaou y analizadas por citotecnólogo y corroboradas por patólogo del hospital Roosevelt. Se definió como caso a las pacientes con diagnóstico de: NIC I, II Y III. Resultados: se incluyó a 233 mujeres; 178 [76.4%] provenían de Santa Rosa, con prevalencia de 5.61% [10] y 55 [23.6%] de Chimaltenango, con prevalencia de 14.54% [8]. Llegando a las conclusiones que existe suficiente evidencia para determinar la asociación entre los factores de riesgo, etnia y edad, y el desarrollo de displasia de cérvix. Las mujeres indígenas presentaron 3 veces más probabilidad de padecer displasia de cérvix, que las no indígenas; y las mujeres del grupo ≥ 31 años presentaron 4 veces mayor probabilidad de padecer lesión displásica de cérvix, que las del grupo ≤ 30 años (Duqueet *al*, 2010).

Factores de riesgo en mujeres con impresión clínica de cambios menores y mayores cervicales por colposcopia e histología en el hospital nacional de Zacapa; La investigación se enfocó al estudio de factores de riesgo en 70 pacientes diagnosticadas con lesiones cervicales de cambios menores y mayores en la clínica de colposcopia del Hospital Nacional de Zacapa, y se desarrolló de conformidad con las directrices metodológicas requeridas en la Carrera de Médico y Cirujano del Centro Universitario de Oriente. Para el efecto se planteó el siguiente objetivo general: Identificar los factores de riesgo de lesiones de cambios menores y mayores en las usuarias de la unidad de colposcopia del Hospital Nacional de Zacapa.

Sus objetivos específicos se definieron los siguientes: determinar la frecuencia y distribución de factores de riesgo para cáncer cervicouterino; establecer el tipo de lesión más frecuente en dichas pacientes y determinar el tratamiento ofrecido a las pacientes con hallazgos positivos para dichas lesiones. Los resultados obtenidos, muestran que la población estudiada estaba comprendida entre las edades de 18 a 65 años y que los factores de riesgo presentados principalmente fueron: edad temprana en inicio de relaciones sexuales (Coitarquia) puesto que un 94 % de la población a estudio iniciaron su vida sexual activa antes de los 20 años; aunado a esto se pudo observar además que 31 % de las encuestadas ha tenido más de 3 parejas sexuales durante la vida aumentando aún más el riesgo de sufrir dicha patología. Otros factores de riesgo encontrados fueron: multiparidad, puesto que el 67 % de las pacientes han tenido más de 3 hijos durante su vida, uso prolongado de métodos anticonceptivos ya que 59 % de las pacientes han utilizado algún método de planificación familiar, principalmente el método inyectable trimestral (Depo-Provera) por tiempo prolongado (Cabrera, 2007).

c) Definición del problema

El cáncer cervicouterino es uno de los grandes desafíos sanitarios aun no resueltos. Es el segundo cáncer más común en las mujeres del mundo, después del de mama, y es la principal causa de muerte por neoplasia entre las mujeres la cual produce una elevada cantidad de defunciones anuales, de las cuales ocurren en países en vías de desarrollo. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como una de alto riesgo para desarrollar CaCu, ya que uno de los factores de riesgo es la edad, el bajo nivel socioeconómico y educativo.

A pesar de que el CaCu es uno de los problemas principales a tratar en las metas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Debido al impacto negativo en la población que muestra el CaCu en nuestro país y se considera un problema de salud, actualmente se desconocen la distribución y frecuencia de estos.

El CaCu es prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención. Los programas que poseen una red de servicios estructurada, acceso al tamizaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento; acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, impactan positivamente la morbilidad y mortalidad por este cáncer.

Debido al impacto negativo en la población femenina que muestra el CaCu en Guatemala, se considera un problema de salud pública, actualmente se desconocen la distribución y frecuencia de estos casos, y sus características clínicas más importantes en sectores poblacionales específicos como la que se concentra en el Hospital Nacional de Chiquimula, con la finalidad de conocer el comportamiento del CaCu en el tipo de población atendida en esta institución, sé a planteado la pregunta: **¿Cuáles son las características clínicas del cáncer cervicouterino y su tipo histopatológico mas común con la escala de clasificación FIGO en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula?**

II. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

a) Delimitación teórica

El presente estudio tiene una delimitación teórica de carácter epidemiológico y documental.

b) Delimitación geográfica

Chiquimula es un departamento ubicado en el oriente de Guatemala. Limita al norte con el departamento de Zacapa; al sur con la República de El Salvador y el departamento de Jutiapa; al este con la República de Honduras; y al oeste con los departamentos de Jalapa y Zacapa. Es conocido en el ámbito guatemalteco como La Perla de Oriente. Es uno de los departamentos con mejor Índice de Desarrollo Humano, además es el tercer departamento de Guatemala en tener un mayor porcentaje de población económicamente activa y es el cuarto con mayor producción de Producto Interno Bruto.

El municipio de Chiquimula, denominado como “La Perla de Oriente”, tiene una población de 388,155, representando el 2.5% de la población a nivel nacional, Del total de la población, 47.8% son hombres y 52.2% son mujeres. A nivel nacional el porcentaje de población que se identifica como indígena es de 40%, en tanto que para el departamento de Chiquimula es de 7.1%. En 2013 la tasa global de fecundidad del departamento fue de 3.5, mayor a la nacional de 3.1. Además, se registraron 28.2 nacimientos por cada mil habitantes, cifra mayor al promedio nacional de 25.8. Del total de nacimientos, el 19.4% correspondió a madres menores de 20 años. El departamento muestra una menor proporción de nacimientos en centros hospitalarios, comparado con el porcentaje nacional 63.1 %(INE, 2014).

c) Delimitación institucional

El presente estudio se realizó en el Hospital Nacional de Chiquimula, Carlos Manuel Arana Osorio, siendo este un hospital de complejidad intermedia a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia social (MSPAS). Ubicado en 2a Calle entre 14 y 15 Avenidas, Zona 1 Chiquimula. Dicho estudio estuvo delimitado al departamento de ginecoobstetricia, en la subdivisión de ginecología del departamento, el cual cuenta con un total de 7 camas, 14 bombas de infusión, 1 carro de curación y 1 carro de suministros médicos, en cuanto a mano de obra cuenta con 2 enfermeras auxiliares, una licenciada en enfermería, un médico ginecólogo de planta, 1 estudiante de medicina con grado de interno y 3 estudiantes externos. Se tienen cifras de un aproximado de 20 casos de cáncer cervicouterino en el último año en el departamento de ginecología.

d) Delimitación temporal

El presente estudio se realizó entre los meses de febrero a agosto de 2019.

III. OBJETIVOS

a) Objetivo general

Determinar las características clínicas e histopatológicas de cáncer cervicouterino más común con la escala de clasificación FIGO, en el servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante el periodo del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre del 2018.

b) Objetivos específicos

1. Establecer la procedencia, edad, estado civil y nivel socioeconómico de las pacientes con cáncer cervicouterino ingresadas en el Hospital Nacional de Chiquimula.
2. Describir las características clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino que consultaron al Hospital Nacional de Chiquimula.
3. Determinar el tipo histopatológico más común encontrado en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino basados en la analítica patológica.
4. Identificar los estadios en los que se encuentran los pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino basados en la escala de FIGO.

IV. JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cérvix es actualmente, la neoplasia maligna con mayor incidencia en las mujeres de países no industrializados y ocupa el tercer lugar en mortalidad relacionada con tumores malignos dentro de la población general. El cáncer de cuello uterino tiene como característica fisiopatológica importante un lento, pero progresivo desarrollo. Este padecimiento se desarrolla a partir de lesiones precursoras llamadas lesiones intraepiteliales escamosas y pueden pasar meses o años para que se desarrolle cáncer (Duque *et al*, 2010).

En un país subdesarrollado como Guatemala la prevalencia e incidencia de CaCu. es elevada, con 1,500 casos anuales aproximadamente. En los últimos años se han producido grandes avances en el conocimiento de la historia natural de este cáncer y de su agente causal el Virus del Papiloma Humano (VPH), destacando el desarrollo de técnicas altamente sensibles para su detección y el desarrollo de vacunas para el mismo.

Actualmente el Ministerio de Salud no cuenta con datos estadísticos sobre las prevalencias ni las incidencias que se están observando en distintas regiones del país. Esto afecta el control de una enfermedad prevenible desde la atención primaria en salud. La importancia del presente estudio se basó en recabar la información del comportamiento del cáncer cervicouterino en los últimos años en el departamento de Chiquimula y brindar pautas precisas de las características clínicas con las que se presentan las pacientes al servicio de ginecología en el Hospital Nacional de Chiquimula y con esto establecer factores de riesgo basados en las poblaciones femeninas afectadas para mostrar el valor representativo y magnitud de esta patología y así mejorar el desarrollo en la toma de decisiones con respecto a esta materia.

V. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. Anatomía uterina

1.1 El útero (matriz): Es un órgano muscular profundo, con paredes gruesas y forma de pera. El embrión y feto se desarrollan en el útero, que adapta sus paredes musculares al crecimiento del feto y suministra la fuerza para su expulsión durante el parto. El útero no grávido yace en la pelvis menor, con su cuerpo localizado sobre la vejiga y su cuello entre ésta y el recto. El útero adulto habitualmente esta anteverso y anteflexo de forma que su peso yace sobre la vejiga. Aunque su tamaño varía de manera considerable, el útero tiene aproximadamente 7,5 cm de largo, 5 cm de ancho y 2 cm de grosor y pesa unos 90 gr. El útero se divide en dos partes principales: el cuerpo y el cuello (Moore& Dalley, 2007).

1.1.1 El cuerpo del útero: Forma las dos terceras partes del órgano, incluye el fondo del útero que es la parte redondeada situada superior a los orificios de las trompas de falopio. El cuerpo se localiza entre las capas del ligamento ancho y se mueve libremente. Tiene dos capas: una vesical (relacionada con la vejiga) y una intestinal. El cuerpo está delimitado desde el cuello por el istmo del útero, un segmento constreñido de aproximadamente 1 cm de largo.

La pared del cuerpo del útero está constituida por tres capas:

1.1.1.1. El perimetrio: La serosa o capa serosa externa, consiste en perineo sostenido por una delgada capa de tejido conectivo.

1.1.1.2 El miometrio: La capa media del musculo liso, se puede ver muy distendida durante el embarazo, las principales ramas de los vasos sanguíneos y nervios del útero se localizan en esta capa. Durante el alumbramiento, la contracción del

miometrio recibe estimulación hormonal a intervalos de longitud decrecientes para dilatar el orificio cervical y expulsar el feto y la placenta.

1.1.1.3 El endometrio: Capa mucosa interna, está firmemente adherido al miometrio subyacente. El endometrio está involucrado de forma activa en el ciclo menstrual y su estructura se altera en cada estadio del ciclo. Si la concepción tiene lugar, el blastocito queda implantado en esta capa; si esto no ocurre, la superficie interna de esta capa se elimina a través de la menstruación.

1.1.2 El cuello del útero: Abarca una tercera parte del útero, es relativamente estrecho y cilíndrico, y en la mujer adulta no embarazada tiene 2,5 cm de longitud aproximadamente. Con finalidades didácticas, se describen dos partes: una parte supra vaginal entre el istmo y la vagina y una parte vaginal, la cual protruye dentro de la vagina.

La cantidad de tejido muscular en el cuello es mucho menor que en el cuerpo del útero. El cuello es casi todo fibroso y está compuesto de colágeno con una pequeña cantidad de músculo liso y elastina (Moore & Dalley, 2007).

CAPÍTULO II

2.1. Cáncer de cérvix

El cáncer cervicouterino (CaCu) es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, éstas se pueden suceder en etapas de displasia severa, y pueden evolucionar a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o cáncer invasor la lesión traspasa la membrana basal (OPS, 2016).

El CaCu es una enfermedad de lenta progresión que se desarrolla como consecuencia de una infección persistente por alguno de los tipos del virus del papiloma humano (VPH) identificados como de alto riesgo y vinculados con el CaCu; éstos ocasionan de forma gradual lesiones epiteliales de bajo o alto grados en la región cervical (displasias) y, en ausencia de tratamiento, evolucionan hacia el CaCu. Dicha transformación tiene lugar en un período de 20 a 30 años a partir de la infección (Gutiérrez *et al*, 2008).

2.2. Epidemiología

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes en el mundo, misma que puede ser asintomática por largos periodos de tiempo. Los reportes epidemiológicos señalan que el VPH se presenta en 99.7% de los casos positivos de cáncer cervicouterino (CaCu), y en estudios nacionales se ha reportado que la presencia de VPH de alto riesgo aumenta 78 veces la probabilidad de presentar CaCu. El riesgo y la sintomatología del VPH son distintos entre hombres, en los que generalmente es asintomático, y mujeres, quienes llegan a desarrollar inflamaciones del tracto reproductivo. De más de 100 tipos de virus que existen, 15 serotipos se consideran de alto riesgo, y dos de éstos (16 y 18) originan 70% de los casos de CaCu (Castro & Arellano, 2010).

Estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo que contribuyen a que una etapa precursora progrese a cáncer cervicouterino, entre ellos se encontraron los siguientes: relaciones sexuales a edades tempranas, múltiples parejas sexuales, multiparidad, largo tiempo usando anticonceptivos orales, fumar, nivel socioeconómico bajo, infección con *Chlamydia trachomatis*, deficiencia nutricional en vegetales y frutas, además de los serotipos de VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68, que son fuertemente asociados con neoplasia intraepitelial (NIE) y cáncer cervicouterino. La infección persistente con uno o más de estos serotipos es considerada una causa necesaria para la enfermedad (Aguiar *et al*, 2018).

La probabilidad de supervivencia de las mujeres con cáncer de cuello uterino depende del tipo de VPH, la tensión de oxígeno tumoral, la presión del fluido intersticial tumoral, el subtipo histológico, el estadio clínico al diagnóstico, la profundidad de invasión tumoral, la presencia de invasión vascular, las metástasis a nódulos linfáticos, la edad y el esquema de tratamiento. Las mujeres infectadas con VPH 18 tienen un pronóstico peor, a consecuencia de mayor compromiso de nódulos linfáticos y mayor profundidad de invasión. La supervivencia es menor en pacientes con carcinomas indiferenciados y de células pequeñas y mixtas, comparadas con las que tienen subtipos endocervicales o de células en anillo de sello. La mortalidad de las mujeres con cáncer de cuello uterino aumenta 1,8 veces después de los 35 años; su supervivencia a 5 años es del 76% en estadio I, 46% en estadio II, 19% en estadio III y 0% en estadio IV; además, la mortalidad aumenta dos veces si hay infiltración del cuerpo uterino, 2,2 veces si hay invasión vascular, 1,8 veces si hay hasta dos nódulos linfáticos positivos y 4,7 veces si son más (Castro *et al*, 2006).

2.3. Factores de riesgo

- El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo que el CaCu sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente.
- Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas tanto de la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.
- Actividad sexual a temprana edad.
- Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente.
- Verrugas genitales, test de Papanicolaou con resultados anormales.
- Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene.
- Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia.
- El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.
- Persistencia viral. Común entre los tipos virales de alto riesgo y factor determinante en el desarrollo a cáncer. La persistencia puede inducir cambios genéticos secundarios dado que las proteínas virales interfieren con los puntos de control del ciclo celular e inducen inmortalización de los queratinocitos.
- Uso prolongado de anticonceptivos orales. La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona.
- Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral.
- Confección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpes virus humano tipos 6 y 7(HHV-6), detectados todos en el cérvix (López & Lizano, 2006).

CAPÍTULO III

3.1. Tipos histológicos de cáncer cervicouterino

Histológicamente desde el 90 al 95% de los cánceres invasores en países desarrollados, aproximadamente, corresponden a cáncer celular escamoso y un 2 a un 8% a adenocarcinoma. Es obligatorio que todos los cánceres invasivos sean clínicamente tipificados, el más ampliamente usado es el desarrollado por la federación internacional de ginecología y obstetricia (FIGO) (Aguiar *et al*, 2018).

Entre el 93% y 100% de los carcinomas de células escamosas contienen ADN de VPH de alto riesgo, transmitido durante la relación sexual, el cual puede generar lesiones intraepiteliales de bajo o alto grado, las últimas pueden progresar a carcinoma de cérvix si no son tratadas (Sankaranarayanan&Ramani, 2003).

Las mujeres tienen un 2% de probabilidades de padecer cáncer hasta los 39 años, un 9% a los 59 años y hasta un 23% al llegar a los 79 años. En el siglo XXI casi la mitad de las mujeres están expuestas al riesgo de padecer una lesión cancerosa o precancerosa (Amaya & Restrepo, 2005).

El cáncer cervicouterino en etapas muy tempranas no presenta signos ni síntomas, las mujeres con cáncer moderado y avanzado pueden presentar hemorragia entre menstruaciones, hemorragia postcoital, descarga seropurulenta excesiva, cistitis recurrente, dolor de espalda, dolor abdominal bajo, edema de las extremidades inferiores, uropatía obstructiva, obstrucción intestinal, falta de aliento debido a la anemia severa y la caquexia, que son las causas por las cuales las mujeres finalmente consultan (Aguiar *et al*, 2018).

3.2 Clasificación de FIGO

La determinación del estadio es una manera de describir dónde está ubicado el cáncer, si se ha diseminado o hacia dónde y si está afectando otras partes del cuerpo.

Los médicos utilizan pruebas de diagnóstico para determinar el estadio del cáncer, de manera que es posible que la estadificación no se establezca hasta que se hayan realizado todas las pruebas. Conocer el estadio ayuda al médico a decidir cuál es el mejor tratamiento y puede ayudar a predecir el pronóstico, es decir, la probabilidad de recuperación de un paciente. Existen diferentes descripciones de estadios según los distintos tipos de cáncer. En el caso del cáncer de cuello uterino, se utiliza el sistema de determinación de estadios desarrollado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (ASC, 2019).

Estadio I: El estadio I es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

- Estadio IA: Carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en estadio IB: La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y no más de 7 mm de ancho. [Nota: la profundidad de la invasión debe ser 5 mm o menos desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación.]
- Estadio IA1: Invasión medida del estroma 3 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.
- Estadio IA2: Invasión medida del estroma más de 3 mm, pero 5 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.
- Estadio IB: Lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones pre clínicas de mayor extensión que el estadio IA.
- Estadio IB1: Lesiones clínicas 4 cm o menos de tamaño.
- Estadio IB2: Lesiones clínicas con tamaños mayores de 4 cm.

Estadio II: En el estadio II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega a la sección tercia inferior.

- Estadio IIA: No hay complicación obvia del parametrio, hasta dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.
- Estadio IIB: Complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Estadio III: El estadio III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica o implica el tercio inferior de la vagina. Acorde al examen rectal, no hay espacio sin cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

- Estadio IIIA: Sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.
- Estadio IIIB: Extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.

Estadio IV: El estadio IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal.

- Estadio IVA: Propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
- Estadio IVB: Propagación a órganos distantes (Bover, 2017).

3.3 Criterios de referencia de pacientes con sospecha de CaCu

- Todas las mujeres posmenopáusicas que presentan sangrado transvaginal para valoración ginecológica.
- Si se sospecha cáncer durante la exploración ginecológica o durante la toma de la citología cervical.

- Deberán ser referidas de forma inmediata al especialista las pacientes quienes en la exploración de cérvix se observen signos y haya síntomas de cáncer cervical.

Ante la sospecha o confirmación de cáncer de cérvix asociado al embarazo, el envío debe ser inmediato al especialista, para evaluación y seguimiento cuando la citología cervical reporte:

- Células escamosas atípicas de significancia desconocida (ASCUS)
- Células escamosas atípicas en quien una lesión de alto grado no puede ser excluida (ASC-H)
- Células glandulares atípicas (AGC) Lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL)
- Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL)
- Algún tipo de célula cancerígena o de cualquier estirpe celular.

Envío a complementación diagnóstica por biopsia las situaciones en donde exista duda acerca de si puede haber cáncer o cuando exista condilomas en forma masiva, atípica y/o neoplasia no curada, deberá sospecharse si la lesión tiene alguna de las siguientes características: pigmentación, sangrado, ulcera persistente, prurito.

Si la citología muestra como resultado cáncer cervical; Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL) o un adenocarcinoma in situ (AIS), como nuevo diagnóstico deberán ser vistas en la clínica de displasia o módulo de colposcopia en un tiempo no mayor de tres semanas y para lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LEIAG) y de células glandulares atípicas (AGC) dentro de seis semanas basal (IMSS, 2010).

CAPÍTULO IV

4.1 Examen de Papanicolaou

El examen de Papanicolaou (PAP) es la manera más costo efectiva para disminuir la mortalidad y prevenir el cáncer cervicouterino, ya que es fácil de realizar, de bajo costo, con una alta sensibilidad y especificidad; éste puede abarcar a gran cantidad de mujeres, lo que permite aumentar la cobertura y pesquisar etapas pre-cancerosas (Arellano, 2008).

El PAP, que debe su nombre a George Papanicolaou, quien en 1943 introdujo la técnica, consiste en extender células obtenidas de cuello uterino con una espátula de Ayre principalmente de la zona de transformación, que es donde se produce la lesión, en un portaobjetos e inmediatamente fijarla con citofijador. Posteriormente, pasa por un proceso de tinción con colorantes especializados que dejan ver y analizar mediante screening citológico, a tecnólogos médicos especialistas en citología ginecológica, y finalmente médicos anatomopatólogos realizan el diagnóstico definitivo de células normales y/o alteradas (Marín, 2017).

La prueba del PAP debe realizarse a partir del comienzo de la actividad sexual o a los 18 años. En los casos que a esta edad no se mantienen relaciones sexuales existen espéculos especiales "virginales", que no lesionan el himen vaginal. El PAP intenta detectar lesiones precancerosas uterinas. No detecta cáncer de otros órganos como ovarios u otro órgano abdominal.

El cáncer de útero se desarrolla de manera muy lenta y prolongada. Pueden transcurrir 10 a 20 años desde la aparición de alteraciones en el Papanicolaou y el desarrollo del cáncer. Es por eso que es tan importante la prevención mediante este estudio, que, de realizarse periódicamente a toda la población, impediría muchísimas muertes fácilmente evitables.

Según las estadísticas, algunas veces el PAP no detecta una lesión cancerosa. Se escaparía a esta técnica un 60% de mujeres portadoras de Cáncer uterino, pero como hemos dicho anteriormente, el cáncer evoluciona muy lentamente; si se repite anualmente el PAP en el segundo o tercer año, éste puede ser detectado con posibilidades de tratamiento y curación (Lacruz, 2003).

4.2 Aspectos generales de las opciones de tratamiento

Los tratamientos estándares para los pacientes con cáncer del cuello uterino incluyen:

- ✓ Cirugía.
- ✓ Radioterapia.
- ✓ Quimioterapia

4.3 Prevención

En décadas recientes se han desarrollado nuevas intervenciones para fortalecer la prevención contra el CaCu. Entre ellas figura el desarrollo de la vacuna en contra de los dos tipos más frecuentes del VPH de alto riesgo y la detección de infecciones por el VPH mediante la captura de híbridos (CH). Puesto que la vacuna sólo confiere inmunidad para los tipos de VPH precursores de 70% de los casos de CaCu; resulta necesario continuar con el tamizaje para la identificación de los casos sin protección inmunológica por vacunación.

Entre los hallazgos notificados en las publicaciones destacan los siguientes: La efectividad de la vacuna es mayor cuando se aplica a mujeres que no han iniciado vida sexual, por lo que la mayor parte de los trabajos publicados emplea un análisis de cohorte mediante modelos matemáticos en poblaciones de niñas con edades de 10 a 13 años.

Existe un modelo matemático según el cual la vacunación para hombres no es efectiva en términos del costo si la cobertura de vacunación contra el VPH es muy alta en la población femenina.

Los ensayos clínicos indican que la vacuna no ofrece ningún beneficio significativo en mujeres ya infectadas con alguno de los tipos de VPH incluidos en el biológico. Sólo existe evidencia de ensayos clínicos que avala la efectividad de la vacuna por cinco años; empero, aún suscita cierta incertidumbre la aplicación de dosis de refuerzo para mantener un porcentaje alto de respuesta inmunitaria durante los 20 a 30 años requeridos para evitar el desarrollo del CaCu (Gutiérrez *et al*, 2008).

VI. DISEÑO METODOLÓGICO

a) Tipo de estudio

Estudio descriptivo retrospectivo.

b) Área de estudio

Departamento de Estadística del Hospital Nacional de Chiquimula Carlos Manuel Arana Osorio.

c) Universo

Se contó con un universo de 78 casos documentados en el departamento de ginecología del 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2018.

d) Sujeto u objeto de estudio

78 expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino (CaCu) ingresadas en el encamamiento del área de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula entre los años 2014 al 2018.

e) Criterios de inclusión

1. Expedientes de pacientes ingresadas al servicio de ginecología con diagnóstico de CaCu.
2. Expedientes de pacientes con resultados de análisis patológico-positivos al estado y severidad del diagnóstico de CaCu.

f) Criterios de exclusión

1. Expedientes de pacientes ingresadas al servicio de ginecología con distintos diagnósticos no relacionados a cáncer cervicouterino.
2. Expedientes de pacientes ingresadas a los distintos encamamientos del hospital nacional.

g) Variables estudiadas

1. Caracterización clínica de cáncer cervicouterino.
2. Caracterización histopatológica de cáncer cervicouterino.

h) Operacionalización de variables

Variable	Descripción	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Caracterización clínica de cáncer cervicouterino.	Conjunto de signos y síntomas que presenta un paciente y que utiliza el médico para elaborar un diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> • Menarquía • Coitarquia • Parejas sexuales • Edad de primer parto • Número de gestas • Uso de métodos anticonceptivos • Enfermedades de transmisión sexual • Infecciones urinarias • Número de papanicolaou • Sangrado irregular • Leucorrea • Dolor pélvico 	Cualitativa	Nominal
Caracterización histopatológica de cáncer cervicouterino.	Estudio de la estructura microscópica, biológica y de forma de las células y los tejidos.	<p>Resultado patológico de biopsia según la escala de clasificación FIGO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. • Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. • Estadio III se extiende hasta la pared pelviana. • Estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera. 	Cualitativa	Ordinal

Fuente: Elaboración Propia.

i) Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El instrumento utilizado para recolectar la información fue la boleta que se llenó con datos de 78 expedientes de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino ingresadas al servicio de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula.

- La boleta fue estructurada en tres partes.
- La primera parte se llenó con datos generales encontrados en la historia clínica de los expedientes.
- La segunda se llenó con datos clínicos encontrados en los antecedentes de los expedientes analizados.
- La tercera se llenó con datos de las analíticas patológicas de las biopsias obtenidas de las pacientes con diagnósticos positivos de CaCu.
- La primera parte constó de 5 preguntas de datos personales.
- La segunda constó de 12 preguntas de antecedentes clínicos y ginecológicos.
- La tercera contó con tres preguntas basadas en los tipos histológicos de cáncer y la clasificación FIGO.

j) Procedimiento para la recolección de datos

- Autorización del Hospital Nacional de Chiquimula.

Se envió solicitud a director del Hospital Nacional de Chiquimula y al departamento de Bioética de dicho nosocomio para la aprobación del trabajo de recolección de datos, utilizando los expedientes de pacientes con criterios de inclusión para la investigación.

- Recolección de datos.
 - ✓ En el área de archivo y estadística se llevó a cabo la recolección de datos de los 78 expedientes con la boleta estructurada.
 - ✓ Se tomaron datos específicos clínicos de los expedientes del paciente.
 - ✓ Se tomaron datos de tipos histopatológicos y nivel de estadificación encontrados en las analíticas patológicas de biopsias realizadas.

k) Plan de análisis

Para el procesamiento de la información obtenida se procedió de la siguiente manera:

Primero: Se recopiló la información de las boletas con los datos obtenidos de pacientes diagnosticados con CaCu.

Se procedió a ordenar los siguientes datos de los expedientes de los pacientes con CaCu.

- ✓ Menarquia
- ✓ Coitarquia
- ✓ Parejas sexuales
- ✓ Edad de primer parto
- ✓ Cantidad de gestas
- ✓ Uso de métodos anticonceptivos
- ✓ Enfermedades de transmisión sexual
- ✓ Infecciones urinarias recurrentes
- ✓ Cantidad de papanicolaou
- ✓ Sangrado irregular
- ✓ Secreciones fétidas
- ✓ Dolor pélvico

Y basados en las analíticas de patología se tomaron los datos de:

- ✓ Diagnostico histológico
- ✓ Estadío clínico

Segundo: se tabularon los datos en EXCEL 2010 y se elaborara la respectiva graficación.

l) Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

En el presente estudio, no se expone información que potencialmente pueda vulnerar, discriminar o generar marginalización social de los involucrados en el estudio, La información recabada será a través un test y se recabó información de

cada papeleta, esta información se vincula a datos de carácter de confidencialidad y de la privacidad de los sujetos a estudio. La validez de esta investigación se apoya en un método que propone desde el principio ético de justicia, evidenciar la necesidad de mejorar los conocimientos de un problema vigente en las prácticas médicas para dar un mejor servicio de salud a casos futuros con la misma patología.

m) Cronograma

Actividad	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Planteamiento del problema.								
Solicitud de aprobación de planteamiento								
Aprobación del problema planteado.								
Elaboración del protocolo de investigación.								
Entrega del protocolo.								
Solicitud de aprobación del protocolo.								
Trabajo de campo.								
Elaboración del informe final.								

Fuente: Elaboración propia

n) Recursos

a. Humanos

- ✓ Estudiante encargado de investigación: Hugo Rolando Oliva Téllez
- ✓ Catedrático de tesis: Dr. Carlos Arriola Monasterio
- ✓ Asesor de tesis: Dra. Linda Espina
- ✓ Comité de trabajos de investigación de la Carrera de Médico y Cirujano (OCTIM).

b. Físicos

- ✓ 2 resmas de hojas tamaño carta de 80 gramos
- ✓ 156 fotocopias de boletas de recolección de datos
- ✓ 5 lapiceros color negro
- ✓ Impresiones de trabajos escritos
- ✓ Viajes en automóvil privado de Jalapa al departamento de Chiquimula

c. Financieros

Especificación	Cantidad en números
Papel de escritorio	Q60.00
Fotocopias	Q39.00
Caja de lapiceros	Q20.00
Tinta para impresora	Q100.00
Internet residencial mensual	Q500.00
Transporte	Q2,200.00
Alimentación	Q600.00
Total	Q3,519.00

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. Distribución de casos de cáncer cervicouterino a través de la boleta de recolección de datos según el año de ingreso desde el 2014 al 2018.

Año	No. de casos	Porcentaje (%)
2014	10	12.5%
2015	7	9.4%
2016	15	19.2%
2017	19	24.3%
2018	27	34.6%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

En la tabla 1, se puede observar que a pesar de ser una enfermedad prevenible, los casos por año van en aumento en el Hospital Nacional de Chiquimula observando una frecuencia de 12,5% (10) en el 2014, 9.4% (7) en 2015, 19.2% (15) en 2016, 24.3% (19) en 2017 y 34.6% (27) en el año de 2018.

TABLA 2. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según el grupo etario en el Hospital Nacional de Chiquimula descritos en la boleta de recolección de datos.

Grupo etario	Cantidad de papeletas	Porcentaje (%)
20-34	9	11.5%
35-44	9	11.5%
45-64	40	51.4%
>=65	20	25.6%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

De acuerdo a la tabla 2, en la distribución de pacientes con diagnóstico positivo de CaCu, el grupo etario más afectado fue de 45 a 64 años con 51.4% (40), seguido de las pacientes >65 años con 25.6% (20) y luego se observa una igualdad de 11,5% (9) en los grupos etarios de 20 a 34 años y 35 a 44 años.

TABLA 3. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según el estado civil al momento del ingreso en el Hospital Nacional de Chiquimula descritos en la boleta de recolección de datos, durante 2014 al 2018.

Estado civil	No. de papeletas	Porcentaje (%)
Soltera	13	16.7%
Casada	31	39.7%
Unidad	30	38.5%
Viuda	4	5.1%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

De acuerdo a la tabla 3, el rango más frecuente basados en el estado civil de la paciente, se encontró que 39.7% (31) son casadas al momento de ingreso, seguido de un 38.5% (30) pacientes unidas, un 16.7% (13) solteras y por último un 5.1% (4) viudas.

TABLA 4. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según el área de procedencia habitacional al momento de ser ingresadas al departamento de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los años de 2014 a 2018.

Lugares de procedencia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Jocotán	16	20.5%
Ciudad de Chiquimula	16	20.5%
Quezaltepeque	5	6.4%
Ipala	5	6.4%
Copán	9	11.5%
Esquipulas	7	9.3%
Camotán	6	8.7%
San Luis Jilotepeque	3	3.8%
San Jacinto	3	3.8%
San José la Arada	2	2.6%
Agua Blanca	2	2.6%
San Pedro Pinula	1	1.3%
Concepción las Minas	1	1.3%
San Esteban	1	1.3%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

El Hospital Nacional de Chiquimula es un centro asistencial que recibe pacientes de las áreas aledañas, por lo que se encontraron distintas procedencias de pacientes con diagnóstico de CaCu. en el encontramos un 20.5% (16) procedentes de Jocotán y de igual manera de la ciudad de Chiquimula, un 6.4% (5) del municipio de Ipala y el municipio de Quezaltepeque, un 11.5% (9) del país vecino de Honduras procedentes de Copán Ruinas, un 9.3% (7) procedentes de Esquipulas, Camotán con un 8.7% (6), un 3.8% (3) con afluencia de San Luis Jilotepeque y San Jacinto, 2.6%(2) de municipios como San José la Arada y Agua Blanca.

TABLA 5. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino según nivel socioeconómico ingresadas al departamento de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula durante los años de 2014 a 2018.

Nivel socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	52	66.7%
Medio	26	33.3%
Alto	0	0%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

Se observó que el nivel socioeconómico bajo de las mujeres ingresadas al servicio de ginecología como fue registrado en las historias clínicas y recolección de datos generales de las papeletas fue la población con bajo nivel económico con un 66.7% (52), seguido de un nivel económico de ingresos medio con un 33.3% (26) y 0% en nivel económico alto.

TABLA 6. Distribución de papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino y su edad al momento de tener su inicio de vida sexual activa durante los años de 2014 a 2018.

Edad de Coitarquia	Frecuencia	Porcentaje (%)
Nubil	2	2.6%
15 a 20 años	65	83.3%
21 a 25 años	10	12.8%
25 años	1	1.3%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

El inicio de la vida sexual activa de las pacientes muestra una frecuencia de 83.3% (65) en las edades comprendidas entre 15 a 20 años, un 12.8% (10) entre los 21 a 25 años, 2.6% (2) nunca tuvieron relaciones sexuales y 1.3% (1) tuvo relaciones sexuales luego de los 25 años.

TABLA 7. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino y el número de parejas sexuales a lo largo de su vida sexual activa.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	2	2.6%
1	51	65.4%
2	21	26.9%
3	4	5.1%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

La cantidad de parejas sexuales en mujeres con diagnóstico de CaCu. señala una frecuencia de un 65.4% (51) de solo haber estado con una sola persona como compañero sexual, un 26.9% (21) tuvieron 2 parejas sexuales, 5.1% (4) tuvieron 3 parejas coitales y 2.6% (2) no tuvieron ninguna pareja sexual y se mantuvieron núbiles.

TABLA 8. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino con relación al número de gestas y paridad que tuvieron antes de su diagnóstico e ingreso al servicio de ginecología entre los años 2014 al 2018.

Número de gestas	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	2	2.6%
1	3	3.8%
2	8	10.3%
3	11	14.1%
>3	54	69.2%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

La paridad en la población con diagnóstico de CaCu. atendida en el Hospital Nacional de Chiquimula se mantiene elevada con multigestas como se puede observar teniendo un 69.2% (54) con más de tres gestas, un 14.1% (11) con tres gestas a lo largo de su vida, 10.3% (8) con 2 gestas, 3.8% (3) con 1 gesta en su vida y 2.6% (2) de dos mujeres nulíparas.

TABLA 9. Distribución de infecciones del tracto urinario (ITU) en pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino ingresadas durante los años 2014 al 2018.

ITUS	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	48	61.5%
No	30	38.5%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

En la tabla se puede observar que un 61.5% (48) pacientes refirieron en sus expedientes haber cursado con una o más infecciones del tracto urinario (ITU) y un 38.5% (30) refirieron no presentar infecciones

TABLA 10. Distribución de la realización de papanicolaous como control preventivo de inflamación cervicouterino realizados por las pacientes antes de su diagnóstico de cáncer cervicouterino durante los años 2014 al 2018.

Papanicolau	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	41	52.6%
1	25	32%
2	8	10.2%
>2	4	5.2%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

En cuanto a la frecuencia de realización de papanicolau en el transcurso de su vida sexual activa se observa que un 52.6% (41) no se realizó ningún examen, un 32% (25) se realizó al menos 1 papanicolau, 10.2% (8) se realizaron 2 y solo un 5.2% (4) se mantenían en control con más de 2 papanicolau.

TABLA 11. Distribución de sintomatología anotada como motivos de consulta en las papeletas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino durante los años de 2014 a 2018.

Síntomas referidos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sangrado vaginal	52	66.7%
Secreciones fétidas	12	15.4%
Dolor pélvico	14	17.9%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

En la tabla se puede observar que la sintomatología más referida por las pacientes fue el sangrado vaginal con un 66.7% (52), seguido de un 17.9% (14) con dolor pélvico y un 15.4% (12) con secreciones fétidas.

TABLA 12. Distribución de los tipos de cáncer encontrados en las fichas patológicas de las papeletas de pacientes con cáncer cervicouterino durante los años de 2014 a 2018.

Tipo de cáncer	Frecuencia	Porcentaje (%)
Carcinoma de células escamosas	59	75.6%
Adenocarcinoma	19	24.4%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

La tabla muestra que si se observan los dos tipos de cáncer cervical en el departamento de ginecología del Hospital Nacional de Chiquimula con una frecuencia del 75.6% (59) con diagnóstico de carcinomas y un 24.4% (19) con diagnóstico patológico de adenocarcinoma.

TABLA 13. Distribución de los estadios de cáncer cervicouterino basados en la clasificación de FIGO encontrados en las papeletas de pacientes ingresadas al servicio de ginecología durante los años 2014 al 2018.

Clasificación FIGO	Frecuencia	Porcentaje (%)
IA1	1	1.3%
IA2	0	0%
IB	0	0%
IB1	0	0%
IB2	2	2.6%
IIA	5	6.4%
IIB	19	24.4%
IIIA	18	23.1%
IIIB	20	25.6%
IVA	9	11.5%
IVB	4	5.1%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

La tabla muestra la frecuencia de estadios encontrados en los análisis patológicos según la clasificación FIGO donde se observa un 25%(20) en estado avanzado IIIB, 24.4%(19) en estadio IIB, 23.1%(18) en el estadio IIIA, un 11.5%(9) en etapa IVA, 6.4%(5) con estadio IIA, 5.1%(4) en estadio final IVB, 2.6%(2) etapa IB2 y un 1.3%(1) con etapa inicial.

TABLA 14. Distribución de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino que continuaron con tratamientos agresivos al ser referidos a centros especializados durante el 2014 al 2018.

Seguimiento de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	13	16.7%
No	65	83.3%
Total	78	100%

Fuente: Boleta de recolección de datos 2019, elaboración propia.

En la tabla se establece la frecuencia de los pacientes que asistieron a sus seguimientos de tratamientos con un 16.7% (13) y un 83.3% (65) quienes se rehusaron a continuar o ser trasladados a centros de especialización contra el cáncer.

VIII. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El presente estudio se realizó con una revisión de 78 expedientes de pacientes sobre la caracterización clínica e histopatológica de cáncer cervicouterino, ingresados en el Hospital Nacional de Chiquimula durante los años 2014 al 2018.

Del total de la población estudiada según los expedientes mediante el empleo de una ficha de recolección de datos en su sintomatología que motivó a las pacientes a consultar un 66.7% (52 pacientes) refirieron sangrados vaginales constantes e irregularidad, mientras un 17.9% (14 pacientes) referían dolor suprapúbico de carácter intenso y un 15.4% (12 pacientes) lo hicieron por leucorrea abundante y fétida, además de ello, al momento de la revisión del historial clínico se observó que un porcentaje de 61.5% de estas pacientes sufrieron de infecciones del tracto urinario recurrentes y un alto porcentaje siendo el 52.6% de las ingresadas no se habrían hecho ningún examen de prevención como lo es un papanicolau.

Otros datos importantes a valorar en la población atendida en dicho nosocomio, es que la edad de coitarquia o inicio de la vida sexual activa en las pacientes se encuentra con un 83.3%(65 pacientes) entre las edades de 15 a 20 años y solo un 1.3% (1) tuvo relaciones sexuales luego de los 25 años de edad, y un alto porcentaje con 69.2% eran madres multíparas con más de 3 gestas y sin utilización de métodos anticonceptivos, además de esto la mayoría de las personas cuenta con un nivel socioeconómico bajo con un 66.7%(52) y un 33.3%(26) con economía media y su los lugares de procedencia con más casos reportados fueron Jocotan y la cabecera de Chiquimula con 20.5% ambos lugares.

Referente a la edad de consulta de las pacientes con sintomatología anormal en su aparato genital, el 51.4% se encuentra entre los 45 a 64 años, un 25.6% mayores a 65 años, pero una cantidad significativa de 23% se encuentra en rangos de pacientes jóvenes.

Una de las problemáticas más grandes de dicha patología, es que un 75%(59) tenían análisis patológico positivas con carcinomas invasivos y un 24.4% positivos con adenocarcinoma invasivos, siendo las estadificaciones más vistas según la

escala FIFO el IIIB con 25.6%, IIB con 24,4%, IIIA con 23,1% y IVA con 11.5% respectivamente, siendo estos más del 60% de la población con estadios de baja calidad de vida y alta mortalidad y revisando los años estudiados se puede observar que este problema sanitario va en aumento con datos significativos y alarmantes.

IX. CONCLUSIONES

1. Se identificaron características clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino como la coitarquia a temprana edad con 83.3% (65) en edades entre los 15 a 20 años, estado civil casadas con 39.7% (31) y unión libre con 38.5%(30) respectivamente, lo que llevó a muchas de ellas a tener múltiple paridad con un 69.2% (54) con más de tres gestas y varias llegando hasta cantidades de 10 y 12 hijos, los lugares de procedencia donde mas se pudo observar casos de CaCu fue el municipio de Jocotan y la cabecera departamental de Chiquimula ambos con 20.5% (16) seguido de Esquipulas con 9.3% y Camotan con 8.7%
2. Se determinó que las pacientes reportaron sintomatologías como sangrado vaginal irregular o en cantidades abundantes con 66.7% (52), dolor suprapúbico con 17.9%(14) y leucorreas 15.4%(12) que no remitían aun con tratamiento, se identificó que el 61.5% (48) padecían de infecciones urinarias recurrentes y hasta un 52.6% (41) nunca se realizaron un Papanicolau dejando así en evidencia la falta de interés necesario por un buen estado de salud.
3. Se identificó que el tipo más común de cáncer cervicouterino según las analíticas patológicas fueron los carcinomas de células escamosas con 75.6% (59) seguido de los adenocarcinomas invasivos con 24.4% (19).
4. Se corroboraron los datos de las analíticas patológicas y se identificó que los estadios más frecuentes según la clasificación de FIGO se encontró en estadios avanzados como un 25.6% (20) en estadio IIIB, 24.4% (19) en estadio IIB, el 23.1% en estadio IIIA, 11.5% en estadio IVA y 5.1% en estadio IVB a los cuales solo se pueden ofrecer tratamientos paliativos.

X. RECOMENDACIONES

1. A la dirección del Área de Salud, realizar monitoreo de los municipios donde se observa la mayor cantidad de casos diagnosticados para mejorar el sistema de salud primaria de dichos lugares con charlas y material didáctico de las consecuencias serias que lleva no realizarse sus exámenes de Papanicolau a las mujeres residentes y fomentar la aplicación de la vacuna contra el VPH en niñas mayores de 10 años.
2. A los médicos quienes son los encargados de tratar a las pacientes ya diagnosticadas con tan grave patología, mejorar el abordaje médico en conjunto con el departamento de psicología para motivar a las pacientes a someterse a los distintos tratamientos y no abandonarlo explicando mejor los riesgos de no continuarlo y los beneficios de si tomarlos.
3. A la dirección del Hospital Nacional de Chiquimula, mejorar su sistema de registro de casos y mantener constante comunicación con el Área de Salud para detectar las zonas provenientes de los casos y así estos puedan encargarse de mantenerlas en vigilancia de cumplimiento al tratamiento y abordar a familiares para hacerlos ver la importancia del mismo y un chequeo médico constante de los demás miembros de la familia y buscar ayuda financiera para la creación de una area encargada de oncología y en dicha institución.
4. A los estudiantes de medicina rotantes en los servicios de ginecología en los hospitales escuela y en prácticas rurales, proporcionar charlas a las pacientes femeninas de la población sobre la morbilidad y mortalidad de esta patología al encontrarse en estadios avanzados y la cual puede ser prevenible con su chequeo médico constante con la realización de sus exámenes ginecológicos.

XI. PROPUESTA

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación se elabora la siguiente propuesta con el motivo de beneficiar a la población femenina, enseñando la importancia de la prevención para mejorar el entorno social y familiar en los hogares guatemaltecos.

OBJETIVO

Identificar a las pacientes con cáncer cervicouterino y su lugar de procedencia.

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de cérvix (CaCu) es actualmente, la neoplasia maligna con mayor incidencia en las mujeres de países no industrializados y ocupa el tercer lugar en mortalidad relacionada con tumores malignos, causando constantes repercusiones laborales, sociales, económicas y familiares en el individuo que no ha sido diagnosticado. El CaCu es una enfermedad prevenible y curable si se dispone de modelos de atención en salud pertinentes para su intervención.

METODOLOGÍA DE IMPLEMENTACIÓN

1. Luego de ser aprobado el trabajo de investigación por las autoridades universitarias, se procederá a presentar la información obtenida en una charla con utilización de equipo audiovisual, a las autoridades del Hospital Nacional de Chiquimula y representantes del Área de Salud, en donde se expone que el CaCu. sigue siendo un gran desafío sanitario no resuelto, aun teniendo métodos de prevención y que se puede observar por la incidencia vista en dicha investigación con aumento de casos en los últimos 5 años; con esto se pretende plantear estrategias de vigilancia y acción conjunta, al momento de detección de un nuevo caso, con su continuo chequeo médico y cumplimiento de tratamiento para la mujer ya afectada con el diagnóstico de cáncer, así también establecer un plan de acción para llevar información de dicha patología en afiches ilustrativos como ayudante visual a las familiares de la paciente y a la comunidad donde habita, donde se dé a conocer la alta morbilidad y mortalidad del cáncer cervicouterino y que ya existen nuevos métodos de prevención

(vacunas), además ayudar con equipo humano de psicología para concientizar la importancia en su control de Papanicolaous cada 6 meses y eliminar el tabú o miedo de la praxis de este examen en las comunidades rurales, y así frenar el incremento de tan grave patología.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Aguiar, H; González, F; Pacheco, C; Correia, H; Herrera, F. 2018. Distribución de genotipos del virus de papiloma humano en mujeres del edo. Aragua, Venezuela (en línea). Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 78(1):5-12. Consultado 04 abr. 2019. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/326678970_Distribucion_de_genotipos_del_virus_de_papiloma_humano_en_mujeres_del_edo_Aragua_Venezuela
- Amaya, J; Restrepo, S. 2005. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo (en línea). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 56(1):59-67. Consultado 14 abr. 2019. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a07.pdf>
- Arroyo, G; Zetina, F; Villeda, M; Guerra, W; Gravitt, P; Daniel, R; Kindilien, K; Shah, K. 2008. Prevalencia del virus del papiloma humano (VPH) y otros factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervical en Guatemala (en línea). Revista Científica 4(1):49-57. Consultado 01 jun. 2019. Disponible en <http://www.revistasguatemala.usac.edu.gt/index.php/qyf/article/view/445>
- ASC (American Cancer Society, Estados Unidos de América). 2019. Etapas del cáncer de cuello uterino (en línea, sitio web). Georgia, Estados Unidos de América. Consultado 14 abr. 2019. Disponible en <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>

- Bedoya, CH; Sánchez Giler, S; Zambrano, D; Herrera, A; Silva, A; KuonYeng, C; Feliz, C; Vera, C; Mateo, B; Sotomayor, D; Murillo, J; Marriot, D; Cevallos, K; Espinosa, M; España, K. 2017. Caracterización clínica e histopatológica de la infección por papiloma virus humano de muestras de cérvix, Hospital Teodoro Maldonado Carbo IESS (en línea). Revista Ciencia UNEMI 10(23):105-111. Consultado 18 abr. 2019. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/320259502_Caracterizacion_clinica_e_histopatologica_de_la_infeccion_por_Papiloma_Virus_humano_de_muestras_de_cervix_Hospital_Teodoro_Maldonado_Carbo_IESS
- Bover Barceló, IM. 2017. Cáncer de cérvix (en línea, sitio web). Madrid, España, SEOM. Consultado 14 abr. 2019. Disponible en <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cervix>
- Bravo de Insuasty, M; Erazo, JV; Álvarez, AM; Casas, MI; Ortiz de Collazos, O; Álvarez-Soler, J. 2008. Prevalencia de anormalidades en la citología cervical en tres grupos poblaciones de mujeres en Popayán, Colombia 2003-2005 (en línea). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 59(3):190-198. Consultado 03 jun. 2019. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1952/195214332003.pdf>
- Cabrera Siliézar, RE. 2007. Factores de riesgo en mujeres con impresión clínica de cambios menores y mayores cervicales por colposcopia e histología en el Hospital Nacional de Zacapa (en línea). Tesis Lic. Chiquimula, Guatemala, USAC-CUNORI, Carrera de Medicina. 61 p. Consultado 23 abr. 2019. Disponible en http://cunori.edu.gt/descargas/trabajo_de_graduacion_ral_cabrera.pdf
- Castro-Jiménez, MA; Vera-Cala, LM; Posso-Valencia, HJ. 2006. Epidemiología del cáncer de cuello uterino: estado del arte (en línea). Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología 57(3):182-189. Consultado 08 abr. 2019. Disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195214319006.pdf>

- Castro-Vásquez, MC; Arellano-Gálvez, MC. 2010. Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical *in situ* (en línea). Revista Salud Pública de México 52(3):207-212. Consultado 07 abr. 2019. Disponible en <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6969/8913>
- Chavaro Vicuña, N; Arroyo Hernández, G; Felipe Alcázar, L; Muruchi Garrón, GW; Pérez Zúñiga, I. 2009. Cáncer cervicouterino (en línea). Revista Anales de Radiología México 1:61-79. Consultado 04 jun. 2019. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/anaradmex/arm-2009/arm091g.pdf>
- Dávila Gómez, HL; García Valdés, A; Álvarez Castillo, F. 2010. Cáncer de cuello uterino (en línea). Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología 36(4):603-612. Consultado 08 abr. 2019. Disponible en <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin14410.pdf>
- Duque Cardona, EE; González Pérez, IL; Ramos Morales, ED; Ruiz Solares, C; Cheng Yen, J. 2010. Factores de riesgo asociados a la presencia de lesiones displásicas de cérvix en mujeres en edad fértil del área rural (en línea). Tesis Lic. Guatemala, USAC, Facultad de Ciencias Médicas. 96 p. Consultado 03 jun. 2019. Disponible en http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8691.pdf
- Gutiérrez-Delgado, C; Báez-Mendoza, C; González-Pier, E; Prieto de la Rosa, A; Witlen, R. 2008. Relación costo-efectividad de las intervenciones preventivas contra el cáncer cervical en mujeres mexicanas (en línea). Revista Salud Pública de México 50(2):107-118. Consultado 15 abr. 2019. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10650203>

IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). 2011. Prevención y diagnóstico oportuno de cáncer cérvico uterino en el primer nivel de atención (en línea). México, IMSS. 34 p. (Catálogo Maestro de Guías de Prácticas Clínicas S-146-08). Consultado 29 abr. 2019. Disponible en <http://www.imss.gobhttp://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a07.pdf.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/146GER.pdf>

INE (Instituto Nacional de Estadística). 2014. Caracterización departamental Chiquimula 2013 (en línea). Guatemala. 78 p. Consultado 20 feb. 2019. Disponible en <https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/07/20/8TWL4VjsnV7DqR0iZLliPbep0pBWEpQ.pdf>

Lacruz Pelea, C. 2003. Nomenclatura de las lesiones cervicales (de Papanicolau a Bethesda 2001) (en línea). Revista Española de Patología 36(1):5-10. Consultado 27 may. 2019. Disponible en <http://www.patologia.es/volumen36/vol36-num1/pdf%20patologia%2036-1/36-1-02.pdf>

Lazcano Herrera, ME. 2015. Cáncer cervicouterino: sobrevida en mujeres beneficiarias de la provincia de San Antonio, año 1997-2007 (en línea). Tesis M.Sc. Chile, Universidad de Chile, Facultad de Medicina. 116 p. Consultado 16 feb. 2019. Disponible en http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/520/Tesis_Mauricio%20Lazcano.pdf?sequence=1&isAllowed=y

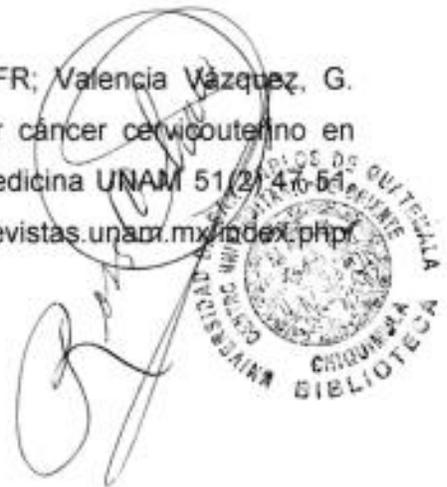
López Saavedra, A; Lizano Soberón, M. 2006. Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: la historia que no termina (en línea). Revista Cancerología 1:31-55. Consultado 12 abr. 2019. Disponible en <http://incan-mexico.org/revistainvestiga/elementos/documentosPortada/1172193073.pdf>

- Marín Salgado, M. 2017. Características sociodemográficas y su relación la cobertura de Papanicolau, Chile 2009-2014 (en línea). Tesis M.Sc. Santiago, Chile, Universidad de Chile, Facultad de Medicina. 90 p. Consultado 16 abr. 2019. Disponible en http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/543/Tesis_Marcela%20Mar%C3%ADn.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Moore, KL; Dalley, AF. 2007. Pelvis y periné (en línea). *In Anatomía con orientación clínica*. 5 ed. México, Editorial Médica Panamericana. p. 356-416. Consultado 23 feb. 2019. Disponible en <https://books.google.com.gt/books?id=4ywjo9aQDt8C&printsec=frontcover&dq=libro+de+moore+cap+de+anatom%C3%ADa+aparato+femenino&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwis6N3auJnkAhXFx1kKHTI5DKMQ6wEIKDAA#v=onepage&q&f=false>
- OPS (Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos de América). 2004. Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud (en línea, sitio web). Washington, Estados Unidos de América, IRIS PAHO. Consultado 08 jun. 2019. Disponible en <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3092>
- OPS (Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos de América). 2016. Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales (en línea). 2 ed. Washington, Estados Unidos de América, WHO. p. 29. Consultado 15 may. 2019. Disponible en http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28512/9789275318799_spa.pdf?ua=1
- OPS (Organización Panamericana de la Salud, Estados Unidos de América). s.f. Cáncer cervicouterino, prevención de cáncer cervicouterino (en línea, sitio web). Washington, Estados Unidos de América, OPS. Consultado 02 mar. 2019. Disponible en https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5420:2018-cervical-cancer&Itemid=3637&lang=es

Paz-Zululeta, M; Fernández-Feito, A; Amparán Ruiz, M; Azofra Olave, A; Martín Seco, Y; Ojugas Zabala, S; Otero García, A; Royano Rasines, C; Sarabia-Lavín, R; Torres Manrique, B; Santibáñez Margüello, M. 2016. Prevalencia de genotipos del virus del papiloma humano de alto riesgo no vacunables dentro del programa de detección precoz de cáncer de cérvix en Cantabria (en línea). Revista Atención Primaria 48(Issue 6):347-355. Consultado 04 abr. 2019. Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265671500267X>

Sankaranarayanan, R; Wesley, RS. 2003. A practical manual on visual screening for cervical neoplasia (en línea). Lyon, Francia, IARCPress/WHO. 59 p. (IARC Technical Publication no. 41). Consultado 12 abr. 2019. Disponible en <http://screening.iarc.fr/doc/viavilimanual.pdf>

Tovar Guzmán, VJ; Ortiz Contreras, F; Jiménez Gauna, FR; Valencia Vázquez, G. 2008. Panorama epidemiológico de la mortalidad por cáncer cervicouterino en México (1980-2004) (en línea). Revista Facultad de Medicina UNAM 51(2):47-51. Consultado 30 may. 2019. Disponible en <http://revistas.unam.mx/index.php/rfm/article/viewFile/14689/13988>



XIII. ANEXOS

ANEXO 1.

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, ELABORACIÓN PROPIA Y VISTO BUENO DE ASESORA.

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE CUNORI
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO

Ficha de recolección de datos

CARACTERIZACIÓN GINECOOBSTÉTRICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO

Autor: Hugo Rolando Oliva Téllez

Asesor: Dra. Linda Paola Espina Lemus

I. DATOS GENERALES

Edad	20-34	
	45-64	
	>65	
Estado civil	Soltera	
	Unida	
	Casada	
	Viuda	
Escolaridad	< 6 años de escolaridad	
	>6 años de escolaridad	
Lugar de residencia		
Nivel socioeconómico	Bajo	
	Medio	
	Alto	

II. DATOS GINECOOBSTÉTRICOS

Menarquia		
Coitarquia		
Parejas sexuales		
Edad de primer parto		
No. de gestas		
Uso de métodos anticonceptivos	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>

	Cual:	
Enfermedades de transmisión sexual	Si:	No:
	Cual:	
Infecciones urinarias recurrentes	Si:	No:
No. de Papanicolaous realizados		
Sangrado irregular	Si:	No:
Secreciones fétidas	Si:	No:
Dolor pélvico	Si:	No:

III. DATOS HISTOPATOLÓGICOS

Dx. histológico	Carcinoma	
	Adenocarcinoma	
	Tipo:	
Estadio clínico según FIGO	IA1	
	IA2	
	IB	
	IB1	
	IB2	
	IIA	
	IIB	
	IIIA	
	IIIB	
	IV A	
IVB		
Cumplimiento del seguimiento	SI	NO

Fuente: elaboración propia


 Linda Paola Espina Larrea
 M.C. Ginecóloga y Obstetra
 C.O.P. 17,624
 Vo. Bo. Dra. Linda Espina
 Asesora de tesis
 Ginecóloga - Obstetra

ANEXO 2.

DICTAMEN DE REVISION DE ANTEPROYECTO POR ASESOR DE TESIS

Chiquimula, 10 de Junio de 2019

Dr. Rory Rene Vides Alonzo
Presidente Organismo Coordinador de Trabajos de Graduación de Medicina
Centro Universitario de Oriente
Universidad de San Carlos de Guatemala
Carrera de Médico y cirujano

Señor Director;

En atención a la designación efectuada por la comisión de trabajos de graduación, para asesorar al Bachiller en computación con orientación científica Hugo Rolando Oliva Téllez, carne 201143710, en el trabajo de graduación titulado "CARACTERIZACIÓN CLÍNICA E HISTOPATOLÓGICA DE CÁNCER CERVICOUTERINO", me dirijo a usted para informarle que he procedido a revisar y orientar al mencionado sustentante, sobre el contenido de dicho trabajo.

En este sentido, el tema desarrollado plantea recabar información epidemiológica para documentar características clínicas, tipos más comunes patológicamente y prevalencia de dicha patología, el cual se llevo a cabo en el Hospital Nacional de Chiquimula, con revisión de expedientes entre los años de 2014 a 2018, por lo que en mi opinión reúne los requisitos exigidos por las normas pertinentes, razón por la cual recomiendo su aprobación del anteproyecto de investigación para su discusión por el comité organizador de trabajos de graduación de medicina.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lina

10/06/2019

Dra. Linda Paola Espina Lemus
Ginecóloga-Obstetra
Asesora Principal
Col. No. 17,624

ANEXO 3.

**AUTORIZACIÓN DE ESTUDIO Y REVISIÓN DE PAPELETAS POR PARTE DEL
COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL NACIONAL DE CHIQUIMULA.**



HOSPITAL DE CHIQUIMULA

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA

El comité de Docencia e Investigación, después de haber revisado y analizado el Proyecto de
**CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICAS DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y SU TIPO
HISTOPATOLÓGICO MAS PREVALENTE**
Investigación: _____

Expone: **Después de analizar trabajo de tesis, el Comité de Docencia, Investigación y Bioética**

Se acuerda:

Por lo tanto: Aprueba No aprueba

El Estudio del (la) estudiante: **HUGO ROLANDO OLIVA TÉLLEZ**

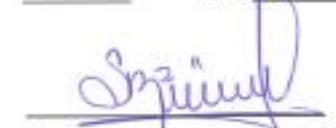
Carné: **201143710**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ORIENTE, DE LA
CARRERA DE MÉDICO Y CIRUJANO.**
De: _____

Dado en la ciudad de Chiquimula a los **21** del mes **MAYO** año **2019**


Dr. Edgar Edmundo Cerezo
Coordinador del Comité
Docencia e Investigación y
Bioética




Lioda. Sindy Romero de Argueta
Secretaria Comité
Docencia e Investigación y
Bioética


Dr. Oswaldo Darío Martín Salazar
Sub-Director Médico
Hospital de Chiquimula

