

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE NICARAGUA
"SIRVIENDO A LA COMUNIDAD"



ESCUELA DE ENFERMERÍA



Escuela de Enfermería

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INCIDENCIA DE CÁNCER CERVICOUTERINO HOSPITAL BERTHA
CALDERÓN ROQUE, DURANTE EL II SEMESTRE DEL AÑO 2011.

Autoras:

Enf. Concepción Pérez García

Enf. Juana María Corea Flores

Tutora:

MSc. Aleyda Paz Rivera.



Managua 8 de Noviembre 2012

Agradecimiento

A nuestro Dios primeramente por habernos dado la fe, fortaleza, sabiduría y entendimiento, así como la perseverancia para culminar con éxitos nuestros estudios, por habernos guiado y mostrado el buen camino.

A nuestras madres, esposos e hijos y demás familiares que fueron nuestros apoyos en momentos difíciles.

A nuestras docentes, que gustosamente compartieron sus comportamiento con nosotros, esperando obtener a cambio unas profesionales de calidad al servicio de nuestros semejantes.

A nuestra instructora final *MSc.* Aleyda Paz Rivera, por su paciencia y por compartir sus conocimientos para poder culminar el trabajo monográfico.

A la Escuela de Enfermería (UPOLI), y al grupo de docentes que contribuyeron de forma directa e indirecta con nuestra formación en el transcurso de la carrera.

Al Hospital Bertha Calderón, por habernos dado la oportunidad de realizar nuestro trabajo en dicho centro.

Dedicatoria

A Dios por colocar en nosotras, el deseo de servir al prójimo, sin importar su condición.

A nuestra MSc. Nohemí Sánchez, por la paciencia y ayuda incondicional que nos brindo siempre y con su apoyo nos ayudo a culminar con nuestra meta.

A nuestros familiares que pacientemente soportaron junto con nosotras la separación de largas horas fuera de casa y la ausencia en los días festivos, pero nunca se opusieron a nuestra superación profesional.

A mi hijo Wistong José, por su amor incondicional, que con su amor y paciencia me ayudo para poder culminar esta meta forzada en mi vida.

A mi madre, Gertrudis, a mis hijos William, Yahoska y Tamara por el amor incondicional que me brindaron y me ayudaron a culminar esta meta tan forzada en mi vida.

INDICE

| | <i>Pág.</i> |
|---|-------------|
| Resumen..... | 5 |
| I. Introducción..... | 6 |
| II. Antecedentes..... | 8 |
| Planteamiento del problema..... | 12 |
| III. Justificación..... | 13 |
| IV. Objetivos..... | 15 |
| Objetivo General..... | 15 |
| Objetivos Específicos..... | 15 |
| V. Marco Teórico..... | 16 |
| VI. Diseño Metodológico..... | 30 |
| VII. Resultados y Análisis de Resultados..... | 35 |
| VIII. Conclusiones..... | 43 |
| IX. Recomendaciones..... | 45 |
| X. Glosario..... | 46 |
| XI. Bibliografía..... | 55 |
| Anexos..... | 58 |

RESUMEN

El cáncer Cervicouterino sigue siendo el primer cáncer que provoca un gran número de muertes en mujeres de los países en desarrollo, debido a que se detecta en etapas tardías por diversos factores que impiden su detección temprana, ocupando el primer lugar en incidencia y mortalidad.

Los objetivos del estudio fueron conocer la incidencia del cáncer cervico uterino (cacu) en mujeres que demandaron atención en el programa de oncología del Hospital Escuela Bertha Calderón Roque durante el II Semestre del año en el 2011.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con un universo de 389, donde se incluyó en el estudio expedientes con diagnóstico confirmado de cáncer cérvico uterino y que estuvieran recibiendo atención médica en el programa, considerándose una muestra no probabilística por conveniencia representativa al 10% de los expedientes clínicos de usuarias. Se recabó información demográfica, antecedentes clínicos y factores de riesgo reflejados en el expediente clínico.

Se encontraban en edades comprendidas entre los 35 y > 55 años, los factores de riesgo asociados fueron menarca a los 14 años, inicio vida sexual a temprana edad, multiparidad, embarazo antes de los 20 años, bajos niveles de escolaridad, desconocimiento sobre la importancia de realizarse un Papanicolaou, captación tardía cuando la paciente presenta CACU estadio III, con predominio del tratamiento combinado quimioterapia, radioterapia y braquiterapia. La mayor parte de las neoplasia intraepitelial cervical NIC son diagnosticadas en la mujer después de los 40 años de edad.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer se produce cuando una célula ha perdido su mecanismo de control normal. El virus que causa verruga genital es también causante de cáncer del cuello de la matriz de la mujer. Es un cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina.

El cáncer de Cuello Uterino es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. En la población femenina el Cáncer Cérvico Uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad. Aproximadamente el 70% de las pacientes que demandan atención médica en el Centro Nacional de Radioterapia, se presentan en etapas avanzadas del Cáncer de Cuello Uterino, lo que implica un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa¹.

El Cáncer Cérvico Uterino, es el cáncer femenino más fácil de prevenir y es curable cuando se detecta en etapas tempranas realizándose la prueba del Papanicolaou (PAP), esta prueba realizada en forma periódica puede detectar cambios celulares precancerosos que si son tratados de manera adecuada pueden prevenirlo y detectarlo en etapas tempranas que es cuando el tratamiento es más eficaz².

En muchos casos la ignorancia en las mujeres así como las resistencias de estas a efectuar un examen ginecológico para la detección temprano de la enfermedad y sus niveles, conlleva a su detección en etapas tardías que ocupan después un primer lugar en incidencia y mortalidad.

¹ Norma Técnica de Prevención, detección y atención del cáncer cervico uterino. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de salud, febrero 2006. 1era Edición Managua, Nicaragua.

² Iniciativa de Ley denominada “Ley de Lucha Contra el Cáncer Cérvico Uterico” con su correspondiente Exposición de Motivos enviada a la Honorable Asamblea Nacional el 8 de Febrero 2011, por varios diputados en uso de las atribuciones que otorga la ley en el arto. 140, numeral 1, de la Constitución Política de la República de Nicaragua y los artos. 90 y 91 de la ley 606, Ley Orgánica del Poder Legislativo para que se le dé el trámite establecido.

Estimaciones a nivel mundial reflejan el surgimiento de 493,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 274,000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Nicaragua es a nivel mundial el segundo país después de Haití con tasas de incidencia del cáncer cervical de 39 x 100,000 las más elevadas.

Este estudio fue realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque, ubicado en Managua. Con el objetivo de reconocer la incidencia del CA uterino en mujeres atendidas en el hospital durante el II semestre del año dos mil once, el universo empleado en dicha investigación fueron 389 expediente del cual extrajimos una muestra de 47 expedientes, utilizando la revisión de expedientes instrumento para dicha investigación.

II. ANTECEDENTES

A nivel mundial el comportamiento del cáncer de cérvix es variable en dependencia de los niveles de desarrollo de los países, los países pobres en desarrollo observan un comportamiento epidemiológico similar al de muchos países desarrollados de varias décadas atrás. Los índices de mortalidad del cáncer en Nicaragua para 1992-1995 tiene una amplitud de 26.6 a 28.5 por 100,000 (Paho, 1998)

En América Latina las estadísticas de defunciones, las tasas de incidencia y los datos del servicio hospitalarios muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1,000 mujeres de grupos en edades de 30 a 54 años desarrollan cáncer de cuello uterino y anualmente mueren más de 30,000 mujeres debido a muchos factores determinados propensos al cáncer. El incremento ha sido particularmente elevado entre los miembros más pobres y menos privilegiados de las comunidades³.

El cáncer constituye un importante problema de salud pública. El nivel de salud de una comunidad están determinadas por la interacción de las variables: Biológicas (genética, envejecimiento), Medio Ambiente (factores físicos, químicos, biológicos, psicológicos, socioculturales), estilos de vida (conductas de salud) y sistemas de asistencias sanitarias.

El cáncer de cérvix uterino es según los países el primero o el segundo por orden de frecuencia de los canceres de la mujer. Representan un 12% de todos los canceres. La edad media de las enfermas varía entre un 45 y 55 años, y la incidencia media en Europa y en los Estados Unidos es de un 30 a 35 nuevos casos por año.

Es más frecuente en las casadas y entre más jóvenes comienzan su vida sexual. La incidencia aumenta con el número de embarazo y parece ser con el número de partos. Es más elevada cuanto peores son las condiciones socioeconómicas de vida.

³ Incidencia del Cáncer Cervico Uterino en el Hospital Bertha Calderón. Monografía para optar al Título Médico Especialista Ginocobstetricia, 2008.

El cáncer Cervicouterino es una causa significativa de morbilidad y mortalidad en mujeres a nivel mundial, seguido al cáncer de mamas (cuestiones de cáncer Cérvico a nivel mundial, 1999). Se estima que de 500,000 a 900,000 mujeres son diagnosticadas cada año de las cuales fallecen cerca de 300,000, la incidencia más alta del cáncer invasivo ocurren en los países en desarrollo

El ministerio de salud (2000) define; "Que el cáncer Cérvico uterino es la multiplicación incontrolada y anárquicas de las células cervicales siendo el tipo histológico más frecuente el epidermoide 90% siguiendo por el adenocarcinoma alrededor del 8% y el 2% restantes a otros tipos de histológico⁴.

El cáncer Cérvico uterino es el único que puede ser detectado en la etapa preinvasiva, para beneficio de las mujeres por su ubicación en el cuello, es fácil, visible y accesible a la puerta de citología cervical vaginal dicho procedimiento puede ser realizado por un personal no médico que reciba entrenamiento. En los países con programas eficaces de detección citológicos Cérvico uterino se observa una reducción de la mortalidad debida a esta enfermedad.

Los adolescentes en Nicaragua se caracterizan desde el punto de vista reproductivo por el inicio de las relaciones sexuales precoces y altas tasas de fecundidad. La fecundidad de los adolescentes rurales supera en un 60% a la fecundidad de los adolescentes urbanos y tiene causas de muertes asociados al aborto.

A pesar de ello casi la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años que tienen vida sexual activa, no usan métodos anticonceptivos, hecho que se debe a la falta de información y accesibilidad a los mismos.

A nivel mundial el comportamiento del cáncer es variable en dependencia de los niveles de desarrollo de los países sub desarrollado de hoy en día presentan un

⁴ Norma Técnicas de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cervico Uterino. 1ra Edición Managua Ministerio de salud. 2006.

comportamiento similar al de muchos países desarrollados que varían de cada, otros países en desarrollo

En América latina las estadísticas de defunciones, las tasas de incidencias y los datos del servicios hospitalario muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1,000 mujeres entre las edades 30 a 45 años desarrollan cáncer de cuello uterino y anualmente mueren más de 30,000 mujeres debido a factores determinantes como: la pobreza, inicio prematuro de la vida sexual los estilos de vida etc. otros factores asociados como las variables biológicas (genéticas la edad adulta o vejez) y factores ambientales/factores químicos, físicos, vivienda etc. además de factores socioeconómicos y en la conducta de la mujer y su asistencias a las unidades de salud. Nicaragua siendo un país en vía de desarrollo o sub desarrollo presenta altas tasas de problemas relacionados con enfermedades ginecológicas en la mujer, aunque cabe mencionar que son bajas con respecto a otros países del istmo centro americano.

La incidencia del cáncer cervico uterino esta determinada casi por los mismos factores de los países desarrollados y de los casos diagnosticados están distribuidos en un 90% de tipo histológico epidermoide,8% adenocarcinoma y el 2% restante otros tipos de cáncer de tipo histológicos como los anteriores mencionados. El cáncer cervico uterino representa el 12% de todo el cáncer.

En el año 2010 el ministerio de salud (MINSA) unió fuerzas en la creación de campañas masivas para la captación y realización del examen de (Papanicolaou), con lo cual se presenta disminuir significativamente los casos positivos de cáncer cervico uterino, aprovechando que este es el único cáncer que puede ser detectado en la etapa pre invasiva.

De todos los padecimientos de cáncer entre las mujeres de Nicaragua, el cáncer cérvico uterino toma el primer lugar. Es el más diagnosticado. Luego se ubica el cáncer de mama, una realidad antagónica a la registrada a nivel mundial, donde el segundo tiene prevalencia y es la primera causa de muerte en las mujeres.

En Nicaragua, que el también llamado cáncer del cuello uterino sea la primera causa de muerte entre las mujeres, las nicaragüenses que adquieren dicha enfermedad van de 600 a 700 anualmente, eso significa en promedio 60 casos mensuales, un estimado de 2 mujeres al día que contraen cáncer cérvico uterino a nivel nacional⁵, la afluencia de mujeres sobre todo de las ciudades y comunidades más alejadas de Managua, especialmente en la región norte como Jinotega, Estelí, Matagalpa, Sébaco y las dos Regiones Autónomas del Atlántico del país.

Los casos son más frecuentes en mujeres en edad posterior a los 35 años. Se calcula un 80% de mujeres nicaragüenses con dicha enfermedad comprendidas en ese rango de edad. El resto (20%) representa a esas mujeres menores de los 35 de las cuales se tiene poco registro.

El hospital Bertha Calderón Roque es un hospital de referencia a nivel nacional único centro asistencial público donde se atiende dicha patología, aproximadamente mas de cien mujeres diarios solo en consulta externa y no tomando en cuenta las pacientes que demandan atención por emergencia. La sala de oncología fue inaugurada 2011 consta de 38 camas exclusiva solo para pacientes de oncología y tienen un albergue para los familiares que acuden como acompañante del paciente al mismo tiempo se les brinda la ayuda de alimentación ya que son persona de escasos recursos. El área de oncología está equipada para la atención de estas pacientes que demandan atención de su patología y también el personal de enfermería y médicos son personal calificados para la atención de estas pacientes.

⁵ Entrevista realizada por Cristhian Ruiz de La Brújula Digital a la Dra. Indiana Talavera Jefa del Servicio de Oncología del Hospital Bertha Calderón y Presidenta de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia (SINIGOB). Enero 2012.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la incidencia del Cacu en mujeres atendidas en el Hospital Bertha Calderón durante el segundo semestre de dos mil once?

¿Cuáles son las causas y consecuencias que produce el cáncer al cuello uterino en las mujeres de 40 años?

III. JUSTIFICACION

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, y el quinto de todos los cánceres. La edad media de diagnóstico es de 48 años, aunque aproximadamente el 47% de las mujeres con carcinoma invasivo de cérvix se diagnostica antes de los 35 años. El tipo histológico más común es el carcinoma de células escamosas, que representa el 80% de todos los carcinomas invasivos de cérvix (*M.D Diestro 2007*).

Las cifras estimadas para mujeres mayores de 15 años indicarían que actualmente hay 27 millones de mujeres con displasia de bajo grado, 1,5 millones con displasia de alto grado y 400.000 con carcinoma invasor de cuello (*Tomas JO et al. 2004*).

El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es el responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo. Se han realizado varios estudios en España de VPH de alto riesgo oncogénico en mujeres con citologías cervico vaginales normales, en los cuales la prevalencia varió entre el 3,4 y el 17% (*Del Almo J et al. 2006*).

La incidencia de riesgo se relaciona con la conducta sexual, por ejemplo la edad temprana del inicio de las relaciones sexuales y la multiplicidad de compañeros sexuales tanto del hombre como de la mujer han sido identificadas. También se sabe hoy que el riesgo de desarrollar cáncer del cuello uterino se encuentra aumentado por el número de partos, por el hábito de fumar cigarrillos y sospecha por el uso prolongado de anticonceptivos orales.

Las estadísticas de defunciones, las tasas de incidencias y los datos de los servicios hospitalarios muestran que cada año, aproximadamente una de cada 1,000 mujeres del grupo de 30 a 54 años que viven en América latina y el Caribe desarrolla cáncer de cuello uterino. Son mujeres jóvenes que se encuentran en una de las fases más activas

de sus vidas, las cuales requieren hospitalizaciones prolongadas; la mayor parte de ellas proceden de niveles socioeconómicos bajos, los cuales agrava el problema familiar y social.

Se seleccionó este tema, ya que es de mucha importancia en la salud de la mujer en nicaragua, para la detección temprana y el tratamiento oportuno del cáncer Cérvico uterino.

Siendo el principal propósito reconocer la incidencia del Cacu en mujeres que demandaron atención en el Hospital Bertha Calderón Roque para su prevención a través de la promoción de toda mujer fértil.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

Conocer la incidencia del Cacú en mujeres que demandaron atención en el Hospital Bertha Calderón, durante el II semestre del año dos mil once.

ESPECIFICOS

- Caracterizar a las pacientes atendidas por Cacú, en el Hospital Bertha Calderón.
- Describir los factores de riesgo que presentan las pacientes con cáncer cervicouterino en estudio.
- Identificar estadificación del cáncer en que acude a consulta la paciente.

V. MARCO TEORICO

Según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. El cáncer Cervicouterino es una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento)⁶.

El cáncer Cervicouterino suele crecer lentamente por un periodo de tiempo, antes de que se encuentre células cancerosas en el cuello uterino, sus tejidos experimentan cambios y empiezan a aparecer células anormales (proceso conocido como *Displasia*). La prueba de Papanicolaou generalmente encuentra estas células, posteriormente las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

El cáncer Cervicouterino no suele presentar síntomas, hasta que el tumor ha crecido lo suficiente como para provocar un sangrado leve o generar dolor abdominal, inflamación, baja de peso y otras molestias. Antes de que se encuentren células cancerosas en el cuello uterino o de que se experimenten ciertos síntomas, los tejidos van experimentando cambios y en ellos van apareciendo células anormales en un proceso que se conoce como Displasia y las células se detectan generalmente mediante la prueba conocida como Papanicolaou.

Después de invadir el tejido en donde se empieza a producir, las células cancerosas empiezan a crecer y se diseminan en tejidos más profundos del cuello uterino y órganos cercanos, como la parte superior de la vagina. Dado que los síntomas se pueden confundir con los de otras enfermedades o irregularidades en el ciclo menstrual, es conveniente realizar el Papanicolaou, para confirmar el diagnostico ya que el sangrado también puede ser ocasionado por fibromas u otros tumores uterinos benignos, infecciones o traumatismos.

⁶ Scott, James. R. Danfort. Tratado de Obstetricia y Ginecología, 9ª Edición McGraw Hill International. México 2006.

- **Etiología**

No se sabe con seguridad como una célula normal se convierte en tumoral, algunas personas desarrollan cáncer como resultado del contacto prolongado con agentes llamados cancerígenos⁷. El proceso de transformación se denomina carcinogénesis. Se conocen causas que pueden ser cáncer, pero no la causa del cáncer.

Existen dos tipos principales de cáncer de cuello uterino: carcinoma escamoso a expensas del epitelio pavimentoso, es más frecuente y tiene dos variables:

- Carcinoma escamoso de células grandes (queratinoizantes)
- Carcinoma escamoso de células pequeñas

Carcinoma Epidermoide se origina del epitelio o glandular

Los factores que pueden favorecer el desarrollo de un tumor o los que pueden proteger de un tumor se dividen en:

Factores Genéticos: determinan la susceptibilidad de un individuo para desarrollar cáncer cuando se expone a influencias exógenas (externas).

Factores Exógenos: geográficos, dietéticos, ocupacionales, agentes químicos, físicos, virus, parásitos. La mayoría de los cánceres ocurren en dos etapas y son producidas por dos tipos de agentes exógenos:

Agentes Indicadores: comienzan con el daño a la célula que puede ocasionar cáncer, como algunos productos químicos, los rayos X o el tabaco.

⁷ Rigol R. Orlando. Obstetricia y Ginecología. Primera Edición, Editorial Ciencias Médicas, La Habana Cuba año 2004.

- **Fisiopatología**

El cáncer Cervicouterino es causado principalmente por ciertos virus, denominados como Papiloma Humano (VPH). El VPH es un virus común que afecta tanto a hombre como a mujeres. Existen más de 100 tipos de VPH que pueden afectar diferentes áreas del cuerpo⁸.

La mayoría de los tipos son relativamente iniciosos, como los que causan verrugas comunes en las manos y pies. Algunos tipos de VPH pueden afectar el área genital y pueden causar cáncer Cervicouterino, células cervicales anormales y verrugas genitales.

Es importante conocer con el mayor detalle posible sobre el VPH para ayudar a prevenir estas enfermedades.

- **Epidemiología del cáncer de cérvix**

El cáncer cervicouterino (CaCu) es el cáncer más frecuente entre las mujeres de cualquier grupo de edad en los países en desarrollo. La presencia del CaCu se encuentra asociado a factores de riesgo como inicio de vida sexual activa a edades tempranas, infecciones de transmisión sexual frecuentes, antecedentes heredofamiliares de CaCu, tabaquismo e infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Aproximadamente el 70% de los casos se encuentran asociados a los genotipos de alta transmisibilidad VPH 16 y 18.

La mayor incidencia de contagio se registra después del inicio de vida sexual activa. Por tal motivo, se ha planteado que para lograr la mayor efectividad posible se inmunice a las mujeres y en un momento previo al contacto inicial con el VPH; esta acción en términos económicos puede significar que la vacuna sea más costo-efectiva.

⁸ Mark Beer, Robert Berkow. El Manual de Merk. 11ª Edición Elsevier España. S.A. 2007.

En teoría, bajo un escenario como el anterior, se vacunaría a las mujeres antes de la primera exposición al VPH, la cual se ha planteado que en términos generales sería antes de los 13 años⁹.

Cómo actúa el Cáncer de Cérvix en las células

Los virus genitales, tanto oncogénicos como no oncogénicos, pueden causar una lesión intraepiteliales de bajo grado (LSIL) en la zona de transformación del cuello uterino. Una LSIL también es conocida como NIC 1 (neoplasia intraepitelial cervical, grado1), y son manifestaciones transitorias de la infección viral están caracterizadas por presentar mayor actividad mitótica y contenido de células inmaduras en el tercio inferior del epitelio. Este, se diferencia y madura provocando anomalías menores de la célula.

La zona de transformación del cuello uterino es la unión entre el epitelio columnar del endocérvix y el epitelio escamoso del ectocérvix, es un lugar donde continuamente hay cambios metaplásicos, cabe mencionar que la mayoría de las manifestaciones de Cáncer Cervical ocurren en esta zona.

Sin embargo una metaplasia escamosa atípica, inducida por algún virus que se desarrolle en esta región, puede progresar a una lesión intraepitelial de alto grado (HSIL), conocida también como NIC2 o NIC3, son las verdaderas precursoras del CaCu y presentan mayor actividad mitótica y células inmaduras en los tercios central y superior del epitelio. HSIL es por lo general positivo a los tipos virales oncogénicos que evitan la maduración y diferenciación, produciendo entonces una replicación continua de células inmaduras que favorecen la malignidad.

El cáncer cervical inicia en las células de la superficie del cuello uterino de la cual se reconocen dos tipos de células: escamosas y columnares, el CaCu de células

⁹ Jit M. Hong-Choi Y, Edmunds J. Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United Kingdom. BMJ 2008; 337:a769.

escamosas es el común, mientras que el 10% de los casos son de origen glandular, es decir adenocarcinoma; este también contiene algún tipo de VPH pero la correlación es menos y depende de la edad de la persona.

Factores de riesgo llevan a desarrollar Cáncer de Cérvix

Diversos factores pueden llevar a una mujer a desarrollar Cáncer de Cérvix entre los que se encuentran:

- Iniciar una vida sexual activa a temprana edad, IVSA antes de los 18 años,
- Infección por VPH: Presentar Virus del Papiloma Humano, sobre todo alguno perteneciente al tipo oncogénico principalmente son los tipos 16 y 18.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y la mujer): Tener más de un compañero sexual.
- Multiparidad, es decir: un elevado número de partos.
- Presentar alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Tener partos a temprana edad.
- Mujeres de 25 a 64 años de edad,
- Antecedentes de haber padecido enfermedades de Transmisión sexual,
- Tabaquismo,
- Desnutrición,
- Deficiencia de antioxidantes,
- Paciente con inmuno-deficiencias.

Tabaquismo y el cáncer de cérvix

El tabaquismo en la mujer facilita la aparición del Virus del Papiloma Humano (VPH), generador del cáncer cérvico uterino. El cigarro en general está compuesto por cerca de cuatro mil sustancias tóxicas, de las cuales 40 son cancerígenas para el ser humano, y entre ellas la nicotina, la cual facilita la aparición del VPH. Dentro de las

sustancias que contiene el cigarro, se encuentran el arsénico, butano, amoniaco, cianuro, metano, alquitrán y nicotina, por mencionar algunos, los cuales producen daños severos a nivel cerebral, cardiovascular y pulmonar.

El tabaquismo en la mujer ocasiona daños graves, ya que toxinas como la nicotina es eliminado a través del moco cervical, causando problemas a nivel vaginal. Es en la vagina donde comienza a destruir las células Langerhans, las cuales son originadas por la médula ósea y distribuidas en todo el cuerpo, especialmente en lugares expuestos al exterior como las mucosas, boca, tracto gastrointestinal y tracto genital femenino, son presentadoras y procesadoras de antígenos, además ayudan a reforzar el sistema inmune. El tabaco lleva a sus toxinas a esta zona y destruye estas células dando paso a microorganismos dañinos como el Virus del Papiloma Humano (VPH), generador del cáncer cervicouterino¹⁰.

Por la facilidad de reproducción de dichas células, al dejar de fumar permite que éstas lleven a cabo su función de manera normal en el sistema inmune. Por ello, es importante evitar el consumo de cigarrillos para que problemas como el VPH no se hagan presentes en nuestro organismo, ya que este padecimiento es fácilmente transmitible.

Virus de papiloma humano (VPH)

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 que han tenido tanto 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.

¹⁰ Netter Obstetricia, Ginecología y Salud de la Mujer.smith, Roger P. 2004

Edad. La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 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.

Coinfección con otros virus, como el del herpes simple (HSV) tipo 2, citomegalovirus (CMV), herpesvirus humano tipos 6 y 7(HHV-6), detectados todos en el cérvix. Carga viral. Correlaciona directamente con la severidad de la enfermedad. El VPH 16 puede alcanzar una carga viral más alta que otros tipos virales.

Predisposición genética. Representa el 27% del efecto de los factores subyacentes para el desarrollo del tumor. La herencia afecta la susceptibilidad a la infección por VPH, la capacidad para resolverla y el tiempo de desarrollo de la enfermedad.

Variantes virales intratipo.

Síntomas y señales de alarma

Es muy frecuente que sea sintomático, sobre todo cuando se presenta la etapa preinvasora la cual puede durar de 10-20 años antes de presentar algún síntoma, una

vez que las células malignas han invadido el tejido se presentan diferentes síntomas entre los cuales destacan los siguientes:

- Hemorragias que pueden ser fuertes o leves
- Sangrado vaginal anormal
- Sangrado vaginal en mujeres mayores después de la menopausia.
- Irregularidad en los ciclos menstruales, cuando se han manifestado siempre de forma regular (normal)
- Flujo Vaginal.
- Dolor durante las relaciones sexuales.
- Dolor en la pelvis.
- Dolor constante en la parte baja del abdomen
- Dolor de las piernas
- Fatiga.
- Pérdida de peso rápidamente, Inapetencia
- Inflamación de ganglios
- Palpación de bolitas en la ingle, región de los ovarios o parte baja del vientre.
- Malestar general
- Fracturas óseas,
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina

Diagnóstico

Prueba de Papanicolau

Es un procedimiento citológico, el cual busca cambios en las células de la zona de transformación. Consiste en hacer una toma de células del epitelio en la zona de transición del cuello uterino con el fin de encontrar alguna anomalía celular que indiquen algún indicio de una neoplasia.

Colposcopia

En caso de que se encuentren células anormales en la prueba de Papanicolau, se realiza una colposcopia para reducir los porcentajes de falsos negativos de la citología. Este procedimiento permite identificar cualquier lesión del cérvix y así emitir un diagnóstico con más certeza.

Se realiza con un colposcopio que permite ver regiones anormales del cuello uterino, y permite tomar una biopsia (pequeña porción de tejido) y enviarlo a revisión.

Los Síntomas o Señales de Alarma pueden ser:

Exámenes de Laboratorio

Las citologías vaginales detectan los precánceres y el cáncer, pero no ofrecen el diagnóstico final, si se encuentran cambios anormales, generalmente se examina el cuello uterino bajo aumento o ampliación microscópica la cual se denomina *Colposcopia*. Durante este procedimiento se extraen fragmentos de tejido en forma quirúrgica (biopsia) y se envían al laboratorio. Para su análisis.

Otros análisis que pueden abarcar

- Legrado endocervical (LEC) para examinar la abertura del cuello uterino.
- Conización Quirúrgica.

Si una mujer se le diagnostica cáncer cervical, el médico ordenará más exámenes para determinar que tan lejos se ha diseminado dicho cáncer, lo cual se denomina estadificación. Los exámenes pueden abarcar:

- Tomografía computarizada,
- Cistoscopia.

- Resonancia Magnética,
- Radiografía de tórax,
- Pielografía intravenosa (PIV).

Complicaciones

- Algunos tipos de cáncer de cuello uterino no responden bien al tratamiento.
- El cáncer puede retornar (reaparecer) después del tratamiento.
- Las mujeres que reciban tratamiento puede salvar el útero tiene alto grado de riesgo de retorno del cáncer.
- La cirugía y la radiación pueden causar problemas con la función sexual, intestinal y vesical¹¹.

Clasificación del Cáncer

La biopsia ayuda a determinar el estado (grado) de la enfermedad, que nos dice si el tumor ha invadido otras áreas y se clasifican de las siguientes maneras¹²:

Estadio 0; el cáncer solo se encuentra en la capa más superficial de las células en el tejido que delimita el cérvix. También se le denomina carcinoma in situ.

Estadio I; el cáncer invade solo el cérvix.

Estadio II; el cáncer se extiende en el cérvix y a los tejidos cercanos como la vagina.

Estadio III; el cáncer se extiende a la parte baja de la vagina también puede diseminarse a la pared pélvica y los nódulos linfáticos.

¹¹ Bereck, Jonathan. Ginecología de Novak. 3ª Edición Editorial Interamericana S.A. México 2005.

¹² Rigol R. Orlando. Obstetricia y Ginecología. Primera Edición, Editorial Ciencias Médicas, La Habana Cuba año 2004.

Estadio IV; el cáncer invade la vejiga, el recto y otras partes del cuerpo.

Cáncer recurrente; es aquel cáncer que ha sido tratado pero vuelve a crecer y puede aparecer en el cérvix o en otras partes del cuerpo.

Tratamiento

Las mujeres con cáncer cervical pueden ser tratadas con cirugías, radiación o quimioterapias o la combinación de estos.

Quirúrgico

Cirugías: trata el cáncer en el cérvix y el área cercana al tumor, el médico retira el cérvix y el útero (histerectomía total) aunque en algunos pacientes requieren histerectomía radical donde se quita el útero, el cérvix y parte de la vagina, también se puede retirar los nódulos cercanos al tumor para ver si tiene cáncer.

Asa de LEEP: (procedimiento de escisión electro quirúrgico con asa) que utiliza electricidad para extirpar el tejido anormal.

Crioterapia: que congela las células anormales, Terapia con laser que utiliza luz para cauterizar el tejido anormal.

Una histerectomía (extirpación del útero pero no de los ovarios) a menudo no se lleva a cabo para el cáncer cervical que no se ha diseminado. Se puede practicar en mujeres que hayan tenido procedimientos LEEP repetitivos.

Radiación

Se utiliza rayos de alta energía para matar células cancerosas. En la radioterapia interna, se utiliza un dispositivo lleno de materia radioactivo, que se coloca dentro de la vagina de la mujer al lado del cáncer cervical y se retira cuando ella se va para su casa.

En la radioterapia interna, desde una maquina grande se emite radiación al cuerpo donde el cáncer está localizado. Es similar a los rayos X.

Braquiterapia

Es una forma de tratamiento radioterapéutico donde isótopos radioactivos se colocan dentro o cerca de la zona que requiere tratamiento. La braquiterapia es comúnmente usada como un tratamiento eficaz para el cáncer de cervix, próstata, mama y piel y también se puede usar para tratar tumores en muchos otros sitios del cuerpo. La braquiterapia se puede utilizar sola o en combinación con otras terapias como la cirugía, la radioterapia externa y la quimioterapia.

En contraste con la radioterapia externa en la que rayos X de alta energía se dirigen al tumor desde fuera del cuerpo, la braquiterapia requiere la colocación precisa de las fuentes de radiación directamente en el lugar del tumor. Un aspecto importante de la braquiterapia es que la radiación sólo afecta a una zona muy localizada alrededor de las fuentes de radiación. La exposición a la radiación de los tejidos sanos más lejos de las fuentes es por lo tanto reducida. Además, si el paciente se mueve o si hay algún movimiento del tumor dentro del cuerpo durante el tratamiento, las fuentes de radiación conservan sus posiciones correctamente en relación con el tumor. Estas características de la braquiterapia ofrecen ventajas sobre radioterapia externa, el tumor puede ser tratado con dosis muy altas de radiación localizada, mientras que se reduce la probabilidad de un daño innecesario a los tejidos sanos circundantes.

Un tratamiento con braquiterapia se puede completar en menos tiempo que de otras técnicas de radioterapia. Esto puede ayudar a reducir la probabilidad de que las células cancerosas sobrevivan, se dividan y crezcan en los intervalos entre cada dosis de radioterapia. Normalmente los pacientes tienen que hacer menos visitas a la clínica de braquiterapia en comparación con radioterapia externa, y el tratamiento se realiza de forma ambulatoria. Esto hace que el tratamiento sea accesible y conveniente para

muchos pacientes. Estas características de la braquiterapia reflejan que la mayoría de los pacientes son capaces de tolerar el procedimiento de braquiterapia muy bien.

La braquiterapia representa una opción de tratamiento efectivo para muchos tipos de cáncer. Los resultados del tratamiento han demostrado que las tasas de curación de cáncer con la braquiterapia son comparables a la cirugía y la radioterapia externa, o mejoran cuando se utiliza en combinación con estas técnicas. Además, la braquiterapia se asocia con un riesgo bajo de efectos adversos graves.

Tratamiento médico

Quimioterapias: se utilizan medicamentos para matar a las células cancerosas, generalmente este tratamiento se combina con radioterapia cuando el cáncer se ha extendido a otros órganos.

Algunos de los que se usan: 5-FU, cisplatino, carboplatino, ifosfamida, paclitaxel y ciclofosfamida. En algunas ocasiones se utilizan radiación y quimioterapia antes o después de la cirugía¹³.

Cuidados de Enfermería

- ✓ Revisión de expediente
- ✓ Control de signos vitales
- ✓ Canalización
- ✓ Vigilancia de estado hemodinámica

¹³ Norma Técnicas de Prevención, Detección y Atención del Cáncer Cervico Uterino. 1ra Edición Managua Ministerio de salud. 2006.

- ✓ Cumplimiento del tratamiento indicado
- ✓ Vigilar por dolor
- ✓ Movilización fuera de cama
- ✓ Vigilar transmisiones de sangre
- ✓ Control de resultado de laboratorio
- ✓ Aseo personal

Aspectos emocionales de los pacientes

Hay diversos estudios que intentan demostrar la influencia de la terapia psicología en enfermos con cáncer con una mayor supervivencia.

Son varios los factores que intervienen en el proceso de adaptación emocional, entre ellos hay que destacar la situación personal/familiar, aspectos culturales y el estilo personal de afrontamiento.

El Cáncer y el tratamiento causan desgastes emocionales y nuevos cambios en la vida de la mujer. El estrés puede afectar generando cambios biológicos propios de la respuesta y con cambios de la conducta. El Cáncer puede ocasionar muchos sentimientos desagradables como la depresión, la tristeza y la ansiedad, algunas veces estos sentimientos duran mucho tiempo y pueden afectar la calidad de vida de los pacientes.

La depresión es una relación emocional común ante la pérdida de la vida, esto es inevitable cuando una persona tiene que enfrentarse a la muerte. Además de los sentimientos de tristeza incluyen algunas veces problemas de apetito, de sueño, las pacientes se sienten abatidas y por lo tanto no posee energías para solucionar sus problemas. El estrés en la familia, a medida que la paciente se enferma gravemente, tendrá que depender mucho más de su familia para que le brinde apoyo, la familia y la persona que está a cargo de ofrecer cuidado puede experimentar muchas de las mismas emociones que experimentan la enferma como miedo, ansiedad e ira.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de Estudio

El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal.

Área de Estudio

El área estudio fue el Hospital de la Mujer Bertha Calderón Roque ubicado en el costado noroeste de Managua, el hospital es de referencia nacional, además de ser un hospital escuela para la formación de médicos generales y médicos especialistas en ginecobstetricia, que al egresar prestan sus servicios de salud en cualquier lugar del territorio nacional.

Universo

La población o universo de estudio está constituido por 389 expedientes clínicos de usuarias que acudieron al servicio de oncología en el Hospital Bertha Calderón diagnosticadas con cáncer cervico uterino durante el II Semestre del año 2011.

Unidad de análisis

Expedientes clínicos de pacientes que demandaron atención en el servicio de consulta externa de oncología y sus datos clínicos fueron obtenidos en el departamento de estadística y registros médicos.

Muestra y Tipo de Muestreo

Por la naturaleza e importancia de estudio para esta investigación se decidió trabajar, con una muestra no probabilística por conveniencia. Se considero como muestra representativa al 10% de los expedientes clínicos de usuarias, la muestra fue de 47 expedientes. De ellos se recolecto la información para el estudio.

Criterio de selección

Inclusión: expediente con diagnostico confirmado de cáncer cérvico uterino y que estuvieran recibiendo atención médica.

Exclusión: expediente clínico sin confirmación de cáncer cérvico uterino.

Fuente de información

Primaria: expediente clínico

Secundaria: bibliografía, páginas web, revistas y estadísticas.

Variables

- Características socio demográficas:
 - Edad
 - Estado civil
 - Escolaridad
 - Área de procedencia
 - Departamento
 - Ocupación
 - Religión
 - Fecha ingreso

- Antecedentes obstétricos
 - Menarca
 - IVSA
 - Número de compañeros sexuales
 - Paridad
 - Gesta
 - Pare
 - Abortos
 - Cesareas
 - Embarazo antes de los 20 años
 - Uso de gestagenos orales

- Otros factores de riesgo
 - ITS
 - VPH

- Tabaquismo
 - Pocas veces o nunca haberse realizado examen de papanicolao
- Estadios
- NIC I
 - NIC II
 - NIC III
 - NI IV
 - Manifestaciones clínicas
 - Procedimientos
 - Otras patologías

Métodos e instrumentos de recolección de datos

El método a utilizar para obtener la información es una encuesta estructurada para introducir los datos, la información necesaria se extrajeron del expediente clínico directamente. Esta es la fuente principal de obtención de datos.

La técnica utilizada fue a través de un cuestionario estructurado con preguntas abiertas y cerradas.

Procesamiento de la información

La recolección de la información fueron realizadas por el mismo investigador. El proceso de recolección de datos se realizo en dos momentos o fases:

En la primera fase se recolecto información bibliográfica pertinente al problema estudiado.

En la segunda fase se obtuvo la información proveniente de los expedientes clínicos de las pacientes atendidas durante el segundo semestre 2011.

Técnica utilizada

Revisión de expedientes clínicos y compilación de datos.

Tabulación y análisis de datos

La información arrojada por la encuesta se procesó en el programa SPSS Statistical Package for the Social Sciences, que es un programa estadístico informático muy usado en las ciencias sociales y las empresas de investigación de mercado.

Se utilizó en cierto momento el análisis de contenido como un método complementario para la revisión y recolección de la información proveniente de las actividades de la Mina. Se plasmaron los resultados en cuadros y gráficas, las preguntas relacionadas con efectos en la salud o problemas de cronicidad en ellos se analizaron en forma descriptiva.

Aspecto ético

Los datos se obtuvieron de forma anónima no requiere confidencialidad y la información será utilizada con fines académicos.

Operacionalización de Variables

| <i>Variables</i> | <i>Concepto</i> | <i>Indicador</i> | <i>Valor / escala</i> |
|-------------------------|---|--|--|
| Edad | vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo | # de mujeres según su edad | 35 – 39 40 – 44 45 – 49 50 – 54 >55 |
| Procedencia | Origen de algo o el principio de donde nace o deriva, puede utilizarse para nombrar a la nacionalidad de las personas | # de mujeres según su procedencia | Urbano Rural |
| Departamento | Referencia a cada una de las partes en que se divide un área o país. | # Departamentos Nicaragua | Managua, Estelí, León, Nueva Segovia, RAAN |
| Estado civil | Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco con quien se crean lazos jurídicamente. | # de mujeres según su estado civil | Casada Soltera Unión libre |
| Ocupación | Actividad diferenciada, condicionada al tipo de estrato social y al grado de división del trabajo alcanzado por una determinada sociedad, caracterizada por un conjunto articulado de funciones, tareas y operaciones, que constituyen las obligaciones atribuidas al trabajador, destinadas a la obtención de productos o prestación de servicios. | # de mujeres según ocupación | Ama de casa Tortillera Parteras Afanadoras |
| Religión | Conjunto de creencias o dogmas, símbolos y prácticas, que posee el objetivo de venerar a uno o varios dioses. La religión es propia del ser humano, y se basa en la fe | # de mujeres según su religión | Católica Evangélica |
| Escolaridad | Grado de preparación académico alcanzado. Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente. | # de mujeres según su escolaridad | Alfabeta Analfabeta Primaria completa Primaria completa e incompleta |
| No. De parejas sexuales | Es una entidad basada en la relación entre dos personas. Persona con la que ha sostenido relaciones sexuales | # de compañeros sexuales | 1 2 3 + 4 |
| IVSA | Primera relación sexual, inicio de la vida sexual activa. | # de mujeres que tuvieron su primera relación sexual | 14 a 18 años 19 a 27 años |
| Menarca | Edad que inicia su primera menstruación | # de mujeres que iniciaron su primera Menarca | 12 a 14 años 15 a 17 años |
| Paridad | Veces que la mujer pario por vía vaginal | # de embarazos | Primigesta, bigesta, trigesta, multipara |
| Factores de riesgo | Riesgos a los que se está expuesto producto de una actividad o situación. | | Tabaco, ITS, VPH, PAP, emb antes 20 años, uso de GO, |
| Estadio del cáncer | Es el crecimiento celular anormal que irradian otros tejidos | # de mujeres con cáncer | E I E II E III E IV |

VII. RESULTADOS Y ANALISIS DE RESULTADOS

En el grupo de edad > 55 años con 29.8 % es en el que se concentran los mayores números de casos de neoplasia intraepitelial cervical NIC de las pacientes estudiadas, seguido por el grupo de 50 – 54 años con el 25.5 %, el grupo de 40 – 44 años con 21.3 % y el grupo de 45 – 49 años con 19.1 % El cáncer cervical es el más frecuente con una mayor incidencia entre los 35 y los 55 años de edad y aunque su incidencia varía de un país a otro siempre cumple con los parámetros establecidos al momento de sus diagnósticos¹⁴. Las estadísticas de las unidades de salud muestran que cada año, aproximadamente una de cada 1,000 mujeres del grupo de edad 35 – 54 años, que vive en América Latina y el Caribe, desarrolla cáncer de cuello uterino (*ver gráfico 1*).¹⁵

El 70.2 % de las pacientes proceden del área urbana y el 29.8 % del área rural, procedentes el 70.2 % del departamento de Managua, 10.6 % de León, 6.4 % de Chinandega y en menor porcentaje de otros departamentos de país (*ver gráfico 2 y 3*). Contrario a lo que dice la teoría que la accesibilidad geográfica y disponibilidad de los servicios de salud son variables asociadas en la incidencia del cáncer cervicouterino, en este caso el Hospital Bertha Calderón es una unidad de salud de referencia nacional, ubicado en la capital del país donde se concentra casi el 50 % de población nicaragüense y los casos que atiende vienen referidos directamente al programa de oncología para el inicio de su tratamiento, por lo que el mayor número de casos se observa en la población urbana. La procedencia es un factor indicador de la necesidad urgente de la accesibilidad a los servicios de salud, a veces la población opta por no acudir a las unidades de salud hasta que se ven complicados con su problema de salud.

En los meses de julio, agosto y septiembre se atendieron el 40.8 % de los casos y entre octubre, noviembre y diciembre se atendió el 59.6 %casos (*ver gráfico 4*).

¹⁴ Enciclopedia de la Enfermería. Océano.

¹⁵ Manual de Normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Nº 6. Organización Panamericana de la Salud. 1990.

En cuanto al estado civil el 40.4 % es casada y el 31.9 % se encuentra en unión libre. Hay una distribución similar en el estado civil de los casos estudiados coincidente con la conducta social y cultural y económica de la población nicaragüense, proviniendo el mayor porcentaje del área urbana se comprueba que el acceso al registro civil de las personas permite facilitar a las personas la unión en un hecho legal (*ver gráfico 5*).

El 40.4 % eran amas de casa, un 34. % se dedicaban al oficio de hacer tortillas para su comercialización y un 19.1 % eran parteras conocidas en su comunidad. Las amas de casas, no deberían padecer de ninguna enfermedad bajo el supuesto de la fidelidad conyugal, no obstante en el estudio se reflejó que son las más afectadas, en nuestra sociedad predomina aun el machismo del hombre y la subordinación de la mujer, por lo que los métodos de prevención y protección aún son incipientes (*ver gráfico 6*).

El 55.3 % son católicas y el 44.7 % son evangélicas. La religión que parece un dato no relevante, está establecido como una variable sociocultural que tienen una asociación con el cáncer cervicouterino en vista que la religión permite una conducta de consecuencias emocionales que pueden ser positivas o negativas para su incidencia, la religión restringe conductas sociales a como pueden ser condescendientes o tolerantes con conductas sociales que contribuyen con la proliferación de la enfermedad (*ver gráfico 7*).

El 57.4 %\$ de las paciente no concluyo la primaria, el 25.5 % llegaron al sexto grado y el 10.6 % solo saben leer y escribir. La primaria incompleta, completa o apenas saber leer y escribir es un factor potencial que puede haber influido en la aparición de esta patología, ya que disminuye la posibilidad de acceder a información escrita y publicitaria en donde pudieran informarse y por tanto conocer los factores de riesgo para desarrollar CACU y reconocer los síntomas de alarma (*ver gráfico 8*).

De las 47 pacientes estudiadas el 70.2 % tuvieron un solo compañero sexual y el 29.8 % tuvieron dos y tres compañeros. El número de parejas sexuales que haya tenido la mujer en el transcurso de su vida sexual, son considerados en los estudios

epidemiológicos del cáncer cervicouterino, centrándose en los últimos años en los factores de riesgo que se refieren a la conducta sexual, la multiplicidad de compañeros sexuales tanto del hombre como de la mujer. Este comportamiento propicia la diseminación de infecciones de transmisión sexual, entre estos el virus del papiloma humano, estos causan verrugas genitales, además el condiloma acuminatum, condiloma plano o la displasia papilomatosa, que se sabe hoy en día que la aparición de estas lesiones son precursoras de cáncer de cuello uterino siendo el riesgo de Cacú proporcional al número de parejas sexuales a lo largo de la vida¹⁶ (*ver gráfico 9*).

Se observó que el 91.5 % de los casos el primer coito se registró entre los 15 – 19 años (*ver gráfico 10*). Según Robert E Briston el inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años de edad o inicio de la vida sexual activa IVSA evidencian su vinculación con el riesgo de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino¹⁷. Los cambios de comportamiento social respecto a la precocidad en las relaciones sexuales en las adolescentes se han visto a nivel mundial, estos hechos han provocado un análisis en los programas de diagnóstico temprano del CACU,

En el 44.7 % de los casos la edad de la menarca se presentó a los 14 años, el 27.6 % con menarca precoz y 27.7 % menarca tardía. En los últimos años los estudios reflejan asociación de la enfermedad con menarca precoz y tardía¹⁸, aunque según el Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danfort aún existe poca evidencia de que la edad de la menarca y sus características sean un factor predisponente para la aparición del Cacú (*ver gráfico 11*).

En cuanto al número de gestaciones que tuvieron las pacientes el 44.7 % tuvieron de 4 – 6 embarazos y el 40.4 % entre 7 – 9 embarazos. El número de embarazos en la población estudiada es alto (*ver gráfico 12*). Según *Zarama y Cois* el número de

¹⁶ Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Organización Panamericana de la Salud. N° 6.

¹⁷ Scott, James R. Gibbs Ronald S. Kailan, Beth Y. Haney, Arthur F. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 9ª Edición McGraw Hill Interamericana. Año 2000.

¹⁸ Vásquez Márquez, Ángela. Et al. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino, Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, provincia Granma, en el cuatrienio 2003-2006.

embarazos llegados a término puede ser un elemento favorecedor del desarrollo del cáncer del cuello ya que la mujer durante el embarazo tiene cierto grado de inmunodepresión; por tanto, mientras más veces una mujer haya estado inmunodeprimida durante periodos de 9 meses, más probabilidades tendrán de desarrollar cáncer en general. Algunas de las pacientes en la historia clínica referían que habían tenido hasta 20 partos, cumplían con estos parámetros. En la embarazada debido al grado de inmunodepresión que la caracteriza y a las lesiones que tenga del cuello le conducen a la ectopia, considerada como una lesión pre maligna¹⁹.

La paridad elevada se presenta en el 46.8 % entre 4 – 6 partos, 25.5 % entre 7 – 9 partos y el 23.4 % de 1 – 3 partos (*ver gráfico 13*). Cardoso señala que el antecedente de tres o más partos la posibilidad de aparición del cáncer Cervico-uterino²⁰. Según la Alliance for Cervical Cancer Prevention, en sus estudios las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2,6 veces más alto de aparición de cáncer cervicouterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con siete partos o más, presentaron un riesgo 3,8 veces más.²¹

El 55.3 % de las pacientes tuvieron aborto, de las cuales el 28.8 % con 1 aborto, 12.8 % 2 abortos, el 10.6 % 3 abortos y muy lejos el 2.1 % 4 abortos. Esta situación incrementa el estado de inmunodepresión de la mujer, aumentando los cofactores estudiados como la edad, menarca, IVSA, número de parejas sexuales, número de embarazos y partos, predisponentes a la aparición del CACU (*ver gráfico 14*).

Según la edad, en el grupo >55 años se observó el mayor número de embarazos, seguidos de la edad de 50 – 54 años y 40 – 44 años (*ver gráfico 15*), comportamiento similar al número de partos según edad (*ver gráfico 16*), hay mayor paridad en los grupos de 40 – 55 años. Hecho que coincide con las tasas de fecundidad para las

¹⁹ Organización Panamericana de la Salud. Una breve sinopsis de la situación del cáncer cervical en América Latina y el Caribe. PAO 2001. Disponible en: <http://www.PAHO.Org/English/hdwl/cervical> cáncer.

²⁰ Román L, Erice Al, Ulloa. V. Enfermedades Ginecológicas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. pp778-79

²¹ Prevención del Cáncer Cervicouterino. Alliance for Cervical Cancer Prevention ACCP de la Organización Panamericana de la salud. Mayo 2004.

mujeres en edad fértil de hace 40 años en Nicaragua, la disposición de los servicios de salud agravado por el comportamiento social y cultural de la población. De las 47 pacientes con CACU 26 de ellas sufrieron abortos (55.3 %), presentándose en el mismo grupo de edad de 40 – 55 años (*ver gráfico 17*), mujeres mayores de 50 años tuvieron 2–4 abortos (*ver gráfico 18*).

Se realizó un promedio de gestaciones, partos y abortos por grupo de edad y se observó que el promedio de 5 – 6 embarazos en las edades de 40 – 54 años, 4 – 5 partos y dos abortos, condiciones altamente de riesgo para el desarrollo del CACU (*ver gráfico 19*), por lo que el 87.2 % de las pacientes estudiadas son multigestas (*ver gráfico 20*).

La planificación familiar se reporta en el 25.5 % de las pacientes y como único método anticonceptivo fue el uso de los géstagenos orales (*ver gráfico 21*). El uso de anticonceptivos orales está asociado con un riesgo mayor de cáncer cervical; sin embargo, este riesgo mayor puede ser causado porque las mujeres activas sexualmente tienen un riesgo más elevado de infección por los virus del papiloma humano, los cuales causan prácticamente todos los cánceres cervicales o de cuello uterino²², las usuarias que usan gestagenos orales durante periodos largos tienen un riesgo dos veces mayor que las que no usan²³. En esta investigación no es muy significativo la relación con la aparición de lesiones de cérvix por el bajo uso de gestagénos por las pacientes.

De las 47 pacientes, solo el 25.5 % (12 pacientes) se habían realizado papanicolao y 3 de ellas usaba gestagenos orales. De las que nunca se había realizado un papanicolao 74.5 % (35 pacientes) el 19.1 % (9 pacientes) uso gestagenos orales (*ver cuadro 22*). La toma de la muestra citológica constituye un eslabón en la cadena de sucesos que ayudan en el diagnóstico de este cáncer (Orlando Rigol, Obstetricia y Ginecología). Con

²² Scott, James R. Gibbs Ronald S. Kailan, Beth Y. Haney, Arthur F. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 9ª Edición McGraw Hill Interamericana. Año 2000.

²³ William S. Ginecología. Schore. Shaffer. Halvorson. Hoffman. Bradshaw. Cunningham McGrawHill 2010. 23ed.

el Papanicolaou, la colposcopia de Himselman y la biopsia de Ruge y Veit oportunamente aplicadas, no debería morir ninguna mujer de cáncer del cuello uterino. Llama la atención que el 19.1 % (9 pacientes) uso gestagenos orales sin haberse realizado el PAP, protocolos normativos de estricto cumplimiento en la actualidad, que hace 40 años aún no se habían establecido.

El 2.1 % reporta tabaquismo, 8.5 % con resultado de VPH positivo y el 85.1 % se embarazo antes de los 20 años. Estos son otros factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de cérvix, la literatura cita el hábito de fumar ya que los niveles de nicotina y su producto de degradación (la cotinina), juegan en el cuello del útero su papel agresor para el desarrollo de esta enfermedad, en estudios realizados, comprueban que en fumadoras activas estos niveles eran más alto que en las fumadoras pasivas y en las no expuestas a esta edad el sistema reproductor de la mujer no está todavía apto para albergar a nuevo ser²⁴. Se considera que el hábito de fumar es un factor desencadenante ya que la acumulación de la nicotina en las glándulas productoras de moco, interfieren con el funcionamiento normal de esas células, en este estudio no tiene significancia relevante. Estos son otros factores de riesgo para la adquisición del Cacú. Este factor de riesgo se presento solo en una paciente en edad de 40 – 44 años, conducta social aún no diseminada entre el sexo femenino (*ver gráfico 23*).

El resultado de VPH positivo en los casos estudiados es bajo, no porque las pacientes no lo hayan adquirido en algún momento de su vida sino porque las pacientes no se realizaron PAP por lo cual no se puede conocer para este estudio si es factor de riesgo significativo. La prevalencia de infección por virus VPH alrededor del mundo en mujeres va de un 2% a un 44%¹⁶, más alta entre mujeres jóvenes, decayendo conforme la edad aumenta¹⁷. Además, la incidencia de infección con tipos virales oncogénicos parece ser más alta que aquella con tipos virales no oncogénicos²⁵.

²⁴ Influencia de factores de riesgo en la aparición del cáncer cervico-uterino. Dr. Rodolfo Vegas Candelario Especialista de 2do grado en Cardiología, Especialista de 1er grado en Medicina Intensiva. Cuba 2006.

²⁵ Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. López -Saavedra y Lizano-Soberón, Cancerología 1 (2006): 31-55

De las que se realizaron el PAP (12 casos) a 6 de ellas no se les realizó seguimiento por lo que las pacientes cuando acudieron presentaron estadios de menor resolución, 5 de ellas sin datos de resultado en el expediente y un único caso cuyo resultado fue un falso positivo (*ver gráfico 24*).

Según los estadios del CACU en las pacientes el 6.4 % con NIC I, 27.7 % NIC II, 57.4 % NIC III y 8.5 % NIC IV, las edades más afectadas con todos los tipos de estadios son las mayores de 50 años (*ver gráfico 25*). El 48.9 % ingresa con un NIC IIB (*ver gráfico 26*). El tratamiento según el estadio fue con radioterapia + quimioterapia el 38.6 %, radio + quimio + braquiterapia 45.5 %, radio + braquiterapia 13.6 %, un 13.6 % con manejo médico en espera de programar su próxima intervención, 4.5 % con histerectomía radical y 2.3 % histerectomía convencional (*ver gráfico 27*).

El 57.4 % de las pacientes se encuentran en estadio III, de las cuales el 55.3 % tienen primaria incompleta, 38.3 % son del área urbana, 17.0 % del área rural, 32.0 % católicas, 23.4 % evangélica, 42.5 % con menarca entre los 12 – 14 años, 53.2 % con inicio de vida sexual activa entre los 15 – 19 años, 48.9 % con multiparidad más de 4 hijos, 46.8 % tuvieron hijos antes de cumplir los 20 años (*ver gráfico 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36*).

Se realizó un cruce de variable para establecer relación entre el NIC III que el estadio de mayor ingreso entre las pacientes estudiadas y las variables educación, procedencia, religión, menarca, inicio de vida sexual, multiparidad y haber tenido hijos antes de los 20 años, para observar la relación de estos factores de riesgo con el desarrollo de la enfermedad. Los resultados coinciden con la teoría acerca de que se debe tratar de identificar y entender los factores de riesgo personales, los factores que se refieren a la conducta sexual siendo los más importantes, la edad temprana del inicio de las relaciones sexuales, multiplicidad de compañeros sexuales tanto del hombre como de la mujer, el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino aumentado por el número de partos, uso prolongado de anticonceptivos orales, hábito de fumar entre otros.

El nivel de escolaridad es sumamente importante ya que indica que las pacientes aunque la mayoría eran del área urbana no tenían información escrita ni publicitaria en donde pudieran informarse y por tanto no conocían los factores de riesgo para desarrollar CACU y no reconocieron los síntomas de alarma.

Según John R. Lambrou las mujeres nulíparas y las gran multiparas tienen dos o tres veces más riesgos que las mujeres multigestas en desarrollar cáncer de cervix. Estas condiciones incrementan el riesgo, infecundidad exposición prolongada a los estrógenos sin progesterona suficiente, inmunodepresión durante periodos de 9 meses²⁶.

En el 17.0 % de las pacientes se reportan entre otras patologías que complican su estado de salud como la anemia, diabetes mellitus, hepatomegalia, estenosis hepática, sistocele, rectocele así como referencia de metástasis (ver cuadro 37). Dentro de las manifestaciones del CACU el 40.4 % reporta carcinoma invasor de células escamosas invasor del cérvix con metástasis, un 17.0 % con metástasis de recto, quiste ovárico, de vejiga, sangrado transvaginal, ulcera sangrante del cérvix (*ver cuadro 38*). Estas son manifestaciones que la teoría lo describe detalladamente cuando los factores de riesgo no son prevenidos y no hay promoción de la salud.

Se estimo la tasa de incidencia del CACU considerando el número de consultas del programa de oncología durante el II Semestre 2011, obteniendo una tasa de 3.9 x 1000 consultas.

²⁶ Hopkins, Johns Lambrou. Nicholas C. Morse Abraham N. Wallach Edward E. ginecología y Obstetricia 1ª edición 606 pág.

VIII. CONCLUSIONES

- Las pacientes estudiadas se encontraban en edades comprendidas entre los 35 y > 55 años, del área urbana y la mayoría del departamento de Managua, casadas y en unión libre, amas de casa, y la mayoría de religión católica,
- Nivel de escolaridad muy bajo de las pacientes, donde la mayoría de las pacientes tenían primaria incompleta, lo que no les permite disponer de mayor información relacionada con el desarrollo del cáncer cervical.
- Todas las pacientes presentaron todos los factores predisponentes para obtener Cacú. Los factores de riesgo que más influyeron en la incidencia de Cacú son el número de menarca a los 14 años, con inicio de vida sexual activa entre los 15 – 19 años, multiparidad con más de 4 hijos y haber tenido hijos antes de cumplir los 20 años.
- Desconocimiento sobre la importancia de realizarse un Papanicolaou. Las pacientes no tuvieron la accesibilidad de realizarse el papanicolaou para prevenir la aparición de neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Captación tardía cuando la paciente presenta CACU estadio III, con predominio del tratamiento combinado quimioterapia, radioterapia y braquiterapia.
- La mayor parte de las neoplasias intraepiteliales cervicales NIC son diagnosticadas en la mujer después de los 40 años de edad.
- El tratamiento de elección en los estadios II y III es combinaciones de quimioterapia y radioterapia, quimioterapia y braquiterapia, quimioterapia, radioterapia y braquiterapia, ya que en su mayoría se presentaron en estadios muy avanzados con pocas posibilidades de éxito.

- Los expedientes no tienen registro adecuado de la información correspondiente a los factores de riesgo desencadenantes del cáncer de cérvix, hay subregistro de la información principalmente con la historia clínica del paciente por ejemplo de ITS y otras.
- No tuvieron acceso a la educación y promoción de la salud relacionada con la prevención del cáncer cervicouterino.
- La tasa de incidencia del Cancer cervicouterino es de 3.9 x cada 1000 consultas en el programa de oncología durante el II semestre del 2011.

IX. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Ministerio de salud la gestión de proyectos dirigidos a la prevención del Cacu en las zonas rurales de nuestro país.
- Que el personal Hospitalario y todo el equipo multidisciplinario inmerso en la atención de estas pacientes tenga una mayor comunicación y les brinden información sobre su patología para disminuir los niveles de tensión y estrés, es decir cumplir con las normas de referencia y transferencia que brinde mayor información del paciente para su manejo
- A los médicos (MB, MR, MI) que al hacer el llenado del expediente clínico, completen todos los datos, especialmente los ginecoobstetricos y que lo haga una sola persona ya que la revisar los expedientes reflejo que ciertos datos no coinciden, ya que estos datos son de vital importancia para el tratamiento de los pacientes.
- El personal de estadísticas debe ser más accesibles con los estudiantes de enfermería al momento que lleguen a solicitar información.
- Brindar educación a la paciente principalmente para la prevención de la aparición de la enfermedad e incidir sobre los factores de riesgos y los condicionantes de la enfermedad.

X. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Adenocarcinoma

Cáncer que comienza en las células que recubren algunos órganos internos y que tienen propiedades glandulares (secretoras).

Benigno

Benigno significa no maligno. Un tumor benigno no invade el tejido circundante ni se extiende a otras partes del organismo. Un tumor benigno puede crecer pero permanece en el mismo sitio.

Biopsia

La extirpación de una muestra de tejido para proceder al diagnóstico. (Muchas definiciones de "biopsia" establecen que la muestra de tejido se extirpa para un examen microscópico. No siempre es así. El diagnóstico se puede llevar a cabo con otros medios).

Cáncer anal:

Cáncer que se forma en los tejidos del ano. El ano es la abertura del recto (parte final del intestino grueso) al exterior del cuerpo.

Cáncer de vagina

Un cáncer poco frecuente que afecta a la vagina, la parte que conecta el exterior el cuerpo con el cuello del útero.

Cáncer de vulva

Un cáncer muy poco frecuente que se sitúa en la vulva, la parte exterior de la vagina que incluye los labios.

Cáncer invasor de cuello de útero

Cáncer que se ha propagado desde la superficie del cuello uterino al tejido más profundo del cuello del útero o a otras partes del cuerpo.

Células cervicales anómalas

Las células cervicales anómalas son células de recubrimiento del cuello uterino que han cambiado de aspecto. Cuanto más grave es la anomalía cervical, más posibilidades existen de desarrollar un cáncer de cuello de útero en el futuro. En la mayoría de los casos, este proceso puede durar años pero excepcionalmente puede aparecer en un espacio de tiempo más corto.

Células escamosas

Las células escamosas son células planas que parecen escamas. La palabra "escamoso" viene del latín squama, que significa "la escama de un pez o una serpiente". Las células escamosas constituyen la mayoría de las células de la capa exterior de la piel (la epidermis), las vías respiratorias y el tubo digestivo, y las paredes de los órganos huecos del organismo.

CIN

Significa neoplasia cervical intra-epitelial. Es un término general para designar el aumento de células anómalas en la superficie del cuello uterino. Se pueden utilizar los números del 1 al 3 para describir qué grosor del epitelio del cuello uterino contiene células anómalas.

Cirugía

La cirugía es el tratamiento manual o instrumental de las heridas o trastornos del organismo. (Diccionario Oxford)

Citología cervical (cribado)

Un procedimiento por el cual se obtienen por raspado células del cuello uterino para un examen microscópico. Se utiliza para detectar cáncer y cambios que pueden conducir a un cáncer. La citología también muestra afecciones no cancerígenas como infecciones o inflamaciones. También se conoce como prueba de Papanicolaou.

Colposcopia

Una colposcopia es un procedimiento para examinar de cerca el cuello del útero para detectar anomalías. El ginecólogo utiliza un aparato óptico de aumento conocido como colposcopia para examinar los tejidos de la vagina y el cuello del útero.

Conizacion/biopsia en cono

La Conizacion o biopsia en cono es un tratamiento de las células cervicales anómalas. Se extirpa un trozo de tejido en forma de cono del cuello uterino con un bisturí o un bisturí láser.

Criocirugía

La criocirugía es uno de los tratamientos de las células cervicales anómalas. Es un procedimiento de congelación que destruye las células cervicales anómalas.

Cuello uterino (Cérvix)

El cuello uterino se encuentra en la parte inferior del útero que conecta el cuerpo del útero con la vagina.

Endocérvix

El endocérvix es la parte interna del cuello uterino.

Epitelio

El epitelio es la capa exterior de células que recubre todas las superficies abiertas y libres del cuerpo, entre las que se incluyen la piel y las membranas mucosas que se comunican con el exterior del cuerpo.

Exocervix

El exocervix es la parte externa del cuello uterino.

Exploración ginecológica

Una exploración ginecológica es un examen de los órganos genitales femeninos realizado por un profesional médico. Durante el examen rutinario, el profesional médico puede realizar una citología cervical para comprobar si hay células anómalas en el recubrimiento del cuello uterino.

Histerectomía

Una histerectomía es una intervención quirúrgica para extirpar el útero y, en ocasiones, el cuello uterino. La extirpación total del útero y del cuello uterino se conoce como una histerectomía total o radical. La extirpación del cuerpo del útero sin extirpar el cuello uterino se denomina una histerectomía subtotal o parcial.

Inflamación

La inflamación es una respuesta local ante lesiones celulares que se caracteriza por rubor, calor, hinchazón y dolor.

Intra-epitelial

Intra-epitelial significa dentro de la capa de células que forma la superficie o el recubrimiento de un órgano.

LEEP (o electrocirugía)

LEEP (procedimiento circular de escisión electro quirúrgica) o electrocirugía es la extirpación de las células cervicales anómalas mediante corrientes eléctricas.

Lesión intra-epitelial escamosa (SIL)

Resultado citológico correspondiente al diagnóstico histológico de CIN: SIL de Bajo Grado se corresponde con CIN 1; SIL de Alto Grado, con CIN 2-3.

Lesiones

Una lesión puede referirse prácticamente a cualquier anomalía que afecte a un tejido o a un órgano debido a una enfermedad o una herida.

Lesiones precancerosas

Un tumor maligno puede producir síntomas muy diversos o, incluso, ninguno.

Maligno

Dicho de un tumor, maligno se refiere a que tiene propiedades cancerosas y, por lo tanto, puede invadir y destruir el tejido cercano y puede extenderse (metastatizar) a otras partes del cuerpo.

Mucosa

Perteneciente a la mucosidad, un fluido denso producido por la pared de algunos tejidos del cuerpo.

Neoplasia

Neoplasia es el proceso de crecimiento anómalo e incontrolado de las células. El resultado de la neoplasia es un tumor.

Papilomatosis respiratoria recurrente

La papilomatosis respiratoria recurrente es un problema de salud causado por algunos tipos del virus del papiloma humano. Cuando las mujeres infectadas por algún tipo del virus del papiloma humano dan a luz, pueden transmitir dicho virus al recién nacido. Algunos años más tarde, el niño puede padecer una enfermedad de las vías respiratorias que causa tumores no cancerosos en la garganta. Cuando estos tumores crecen, dificultan gradualmente la respiración al bloquear las vías respiratorias.

Pélvico

Está relacionado con la pelvis, la parte inferior del abdomen, situada entre las caderas.

Quimioterapia

Quimioterapia hace referencia a un tratamiento farmacológico para combatir el cáncer. También se conoce como "quimio" para abreviar. La mayoría de los fármacos antineoplásicos se administran por vía intravenosa (IV), intramuscular (IM) u oral. La

quimioterapia suele ser un tratamiento sistémico, lo que significa que los fármacos pasan por torrente circulatorio hasta llegar a casi todas las partes del organismo.

Tratamiento con radiación/radioterapia

El tratamiento con radiación es el uso de rayos de alta energía para dañar las células cancerosas e impedir que crezcan y se dividan. Como en la cirugía, la radioterapia es un tratamiento local que afecta sólo a las células cancerosas de la zona tratada.

Tratamiento láser

Un tratamiento láser es uno de los tratamientos posibles de las células cervicales anómalas en el que se utiliza un rayo láser para quemar las células cervicales anómalas.

Tumor

Un tumor es una masa anómala de tejido. Los tumores son un signo típico de inflamación y pueden ser benignos o malignos (cancerosos).

Útero

El útero o la matriz es un órgano hueco en forma de pera, que se encuentra en la parte inferior del abdomen de la mujer entre la vejiga y el recto. La parte inferior del útero, más estrecha, es el cuello uterino; la parte superior, más ancha, es el cuerpo del útero.

Vagina

La vagina es el canal muscular que va del cuello uterino hasta el exterior del cuerpo. Suele tener una longitud de 8 a 10 cm y sus paredes están recubiertas por un epitelio plano escamoso.

Verrugas genitales

Las verrugas genitales son bultos de color carne que aparecen en la zona genital exterior (vulva, vagina, pene) o cerca del ano tanto en hombres como en mujeres. Las verrugas genitales son el resultado de una infección por el virus del papiloma humano

(VPH). No son potencialmente mortales, pero sí pueden ser una molestia en la vida diaria.

Virus Del Papiloma Humano

Es el cáncer del cuello de útero (cervix), parte inferior del útero que conecta el cuerpo del útero con la vagina. Entre la parte externa (Exocervix) y la parte interna (endocervix) del cuello uterino existe una zona muy frágil (zona de transformación) donde se encuentran estas dos partes. En esta zona es donde empiezan la mayoría de cánceres de cuello de útero.

Vulva

La vulva es el órgano genital externo femenino e incluye los labios mayores, los labios menores, el clítoris, unas pequeñas glándulas conocidas como glándulas de Bartolino y la entrada a la vagina.

Exploración Ginecológica

La exploración ginecológica es la exploración de una mujer que realiza un médico. Durante esta exploración de rutina, el médico realiza un frotis de Papanicolaou para detectar células anormales en el revestimiento del cuello.

Prueba de Papanicolaou

La prueba de Papanicolaou, también conocida como frotis de Papanicolaou, es parte de la exploración ginecológica y ayuda a detectar células anormales en el revestimiento del cuello antes de que puedan convertirse en células precancerosas o cáncer cervicouterino.

Quimioterapia

La quimioterapia implica el uso de fármacos contra el cáncer que se inyectan en una vena o se administran por vía oral. Estos fármacos matan las células del cáncer pero también pueden dañar algunas de las células normales, lo cual puede causar efectos colaterales.

Radioterapia

La radioterapia implica el uso de rayos x de alta energía para matar células cancerosas.

CaCu Cáncer Cervicouterino

FIGO Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

IARC Asociación Internacional de Registros de Cáncer

PAP Examen de citología exfoliativa con técnica de Papanicolaou

VPH Virus Papiloma Humano

HC II Captura Híbrida II

PCR Reacción en cadena de la polimerasa

UPC Unidad de Patología Cervical, equivale a atención por especialista en patología cervical

IPD Informe Proceso Diagnóstico (formulario usado en las prestaciones GES)

NIE Neoplasia Intraepitelial

CIS Carcinoma In Situ, equivalente a NIE grado III

LEC Legrado Endocervical

Rx Radiografía

TAC Tomografía Axial Computarizada

AIS Adenocarcinoma In Situ

LDR Radioterapia de Baja Dosis

HDR Radioterapia de Alta Dosis

XI. BIBLIOGRAFIA

Bereck, Jonathan. Ginecología de Novak. 3º Edición Editorial Interamericana S.A. México 2005. 1155pp.

Cáncer cervicouterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina. López -Saavedra y Lizano-Soberón, Cancerología 1 (2006): 31-55

Enciclopedia de la Enfermería. Océano.

Entrevista realizada por Cristhian Ruiz de La Brújula Digital a la Dra. Indiana Talavera Jefa del Servicio de Oncología del Hospital Bertha Calderón y Presidenta de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia (SINIGOB). Enero 2012.

Hopkins, Johns Lambrou. Nicholas C. Morse Abraham N. Wallach Edward E. ginecología y Obstetricia 1ª edición 606 pág.

Incidencia del Cáncer Cervico Uterino en el Hospital Bertha Calderón. Monografía para optar al Título Médico Especialista Ginocobstetricia, 2008.

Influencia de factores de riesgo en la aparición del cáncer cervico-uterino. Dr. Rodolfo Vegas Candelario Especialista de 2do grado en Cardiología, Especialista de 1er grado en Medicina Intensiva. Cuba 2006.

Iniciativa de Ley denominada “Ley de Lucha Contra el Cáncer Cérvico Uterico” con su correspondiente Exposición de Motivos enviada a la Honorable Asamblea Nacional el 8 de Febrero 2011, por varios diputados en uso de las atribuciones que otorga la ley en el arto. 140, numeral 1, de la Constitución Política de la República de Nicaragua y los artos. 90 y 91 de la ley 606, Ley Orgánica del Poder Legislativo para que se le dé el trámite establecido.

Jit M. Hong-Choi Y, Edmunds J. Economic evaluation of human papillomavirus vaccination in the United. Kingdom. BMJ 2008; 337:a769.

Mark Beer, Robert Berkow *El Manual de Merck* 11^{va} edición, elsevier España S.A 2007, 3204pp.

Manual de Normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. N° 6. Organización Panamericana de la Salud. 1990.

Netter Obstetricaia, Ginecología y Salud de la Mujer.smith, Roger P. 2004

Norma Técnica de Prevención, detección y atención del cáncer cervico uterino. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de salud, 2010. 2da Edición Managua, Nicaragua.

Organización Panamericana de la Salud. Una breve sinopsis de la situación del cáncer cervical en América Latina y el Caribe. PAO 2001. Disponible en: <http://www.PAHO.Org/English/hdwl/cervical> cáncer.

Piura López, julio *Metodología de la Investigación Científica* 1^{ra} edición Managua PAVSA, 2006.

Prevención del Cáncer Cervicouterino. Alliance for Cervical Cancer Prevention ACCP de la Organización Panamericana de la salud. Mayo 2004.

Rigol R. Orlando *Obstetricia y Ginecología* 1^{ra} edición, editorial Ciencias Medicas, la Habana, Cuba 2004 438pp.

Román L, Erice AI, Ulloa. V. Enfermedades Ginecológicas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. pp778-79

Scott, James. R. Danfort. Tratado de Obstetricia y Ginecología, 9ª Edición McGraw Hill International. México 2006. 1168pp

Scott, James R. Gibbs Ronald S. kailan, Beth Y. Haney, Arthur F. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 9ª Edición McGraw Hill Interamericana. Año 2000.

Vásquez Márquez, Ángela. Et al. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino, Hospital Universitario "Carlos Manuel de Céspedes" de Bayamo, provincia Granma, en el cuatrienio 2003-2006.

William S. Ginecología. Schore. Shaffer. Halvorson. Hoffman. Bradshaw. Cunningham McGrawHill 2010. 23ed.

XII. ANEXOS



Universidad Politécnica de Nicaragua
"Sirviendo a la Comunidad"
(UPOLI)
Escuela de Enfermería
Fundada en 1943



ENCUESTA

Introducción: el siguiente instrumento tiene como objetivo identificar los factores que pudieron incidir en la aparición del cáncer Cervicouterino en los pacientes atendidos en el Hospital Bertha Caldear Roque. Los datos que usted aporte serán estrictamente confidenciales y de uso exclusivo para el desarrollo de esta investigación; muchas gracias.

I. Información General

- a. Edad: _____ e. Departamento: _____
b. Religión: _____ f. Estado Civil: _____
c. Escolaridad: _____ g. Ocupación: _____
d. Procedencia: _____ h. Fecha de ingreso: _____

II. Antecedentes Ginecobstetricos

- a. Menarca _____ IVSA: _____
b. No. De embarazo: _____ embarazo antes de 20 años: _____
c. Partos: _____ aborto: _____ cesáreas: _____
d. No. De compañeros sexuales: _____

III. Otros factores de riesgo

- a. Tabaquismo: SI _____ NO _____
b. Uso de gestagenos orales como método anticonceptivo: Si: _____, No: _____
c. Se realizaba el PAP: SI _____ NO _____
d. Resultados del PAP: _____
e. ITS: Si _____ No: _____ Cual: _____
f. VPH: _____

IV. Estadios

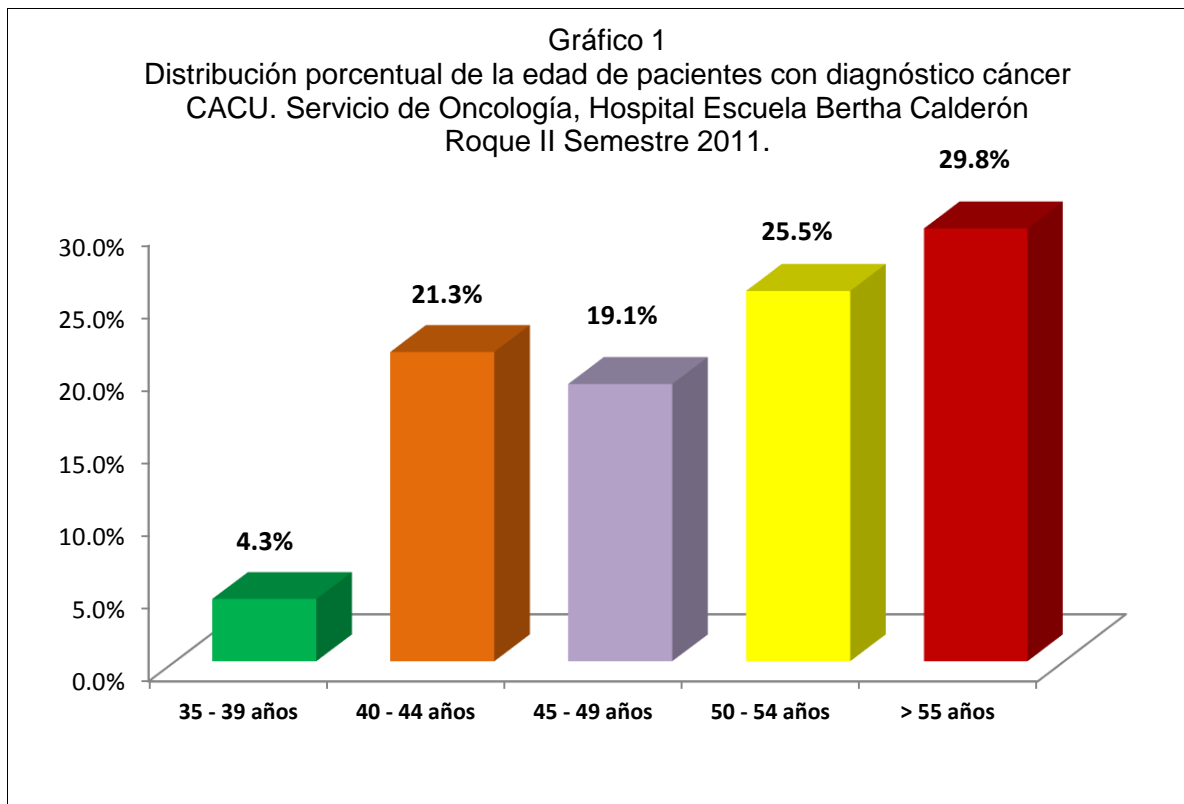
- a. NIC I
b. NIC II
c. NIC III
d. NI IV
e. Manifestaciones clínicas
f. Procedimientos
g. Otras patologías

Cuadro 1

Distribución porcentual de la edad de pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque II Semestre 2011.

| Edad | Frecuencia | % |
|--------------|------------|--------------|
| 35 - 39 años | 2 | 4.3 |
| 40 - 44 años | 10 | 21.3 |
| 45 - 49 años | 8 | 19.1 |
| 50 - 54 años | 12 | 25.5 |
| > 55 años | 14 | 29.8 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

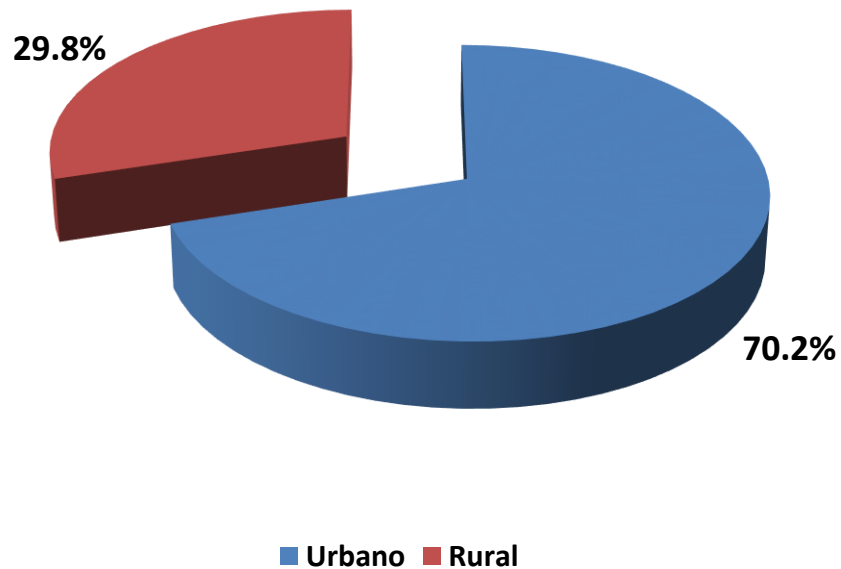


Cuadro 2
 Procedencia de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011.

| Procedencia | Frecuencia | % |
|--------------------|-------------------|--------------|
| Urbano | 33 | 70.2 |
| Rural | 14 | 29.8 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

Gráfico 2
 Procedencia de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011.

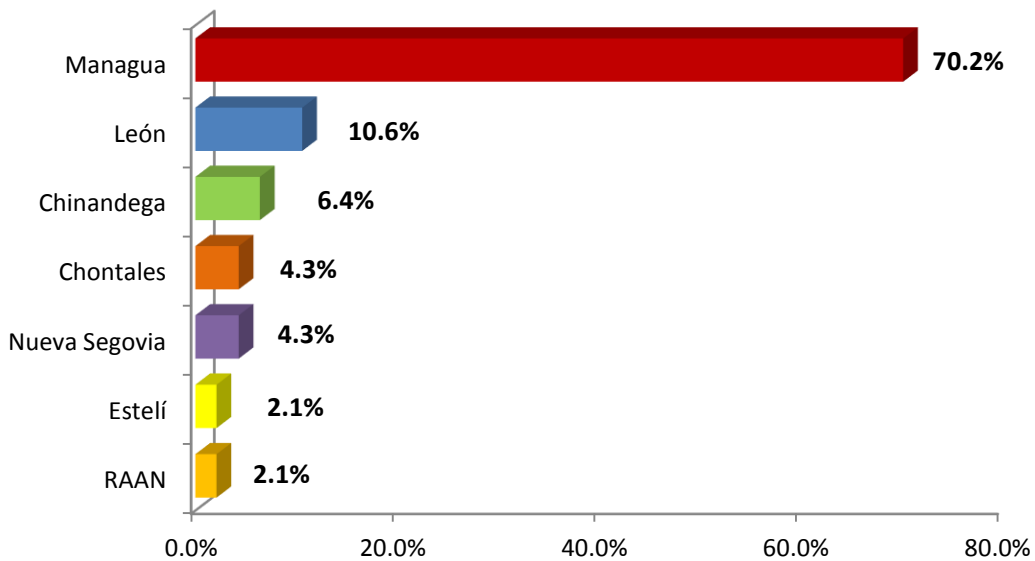


Cuadro 3
 Departamento de origen de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011.

| Departamento | Frecuencia | % |
|---------------------|-------------------|--------------|
| Chinandega | 3 | 6.4 |
| Chontales | 2 | 4.3 |
| Estelí | 1 | 2.1 |
| León | 5 | 10.6 |
| Managua | 33 | 70.2 |
| Nueva Segovia | 2 | 4.3 |
| RAAN | 1 | 2.1 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

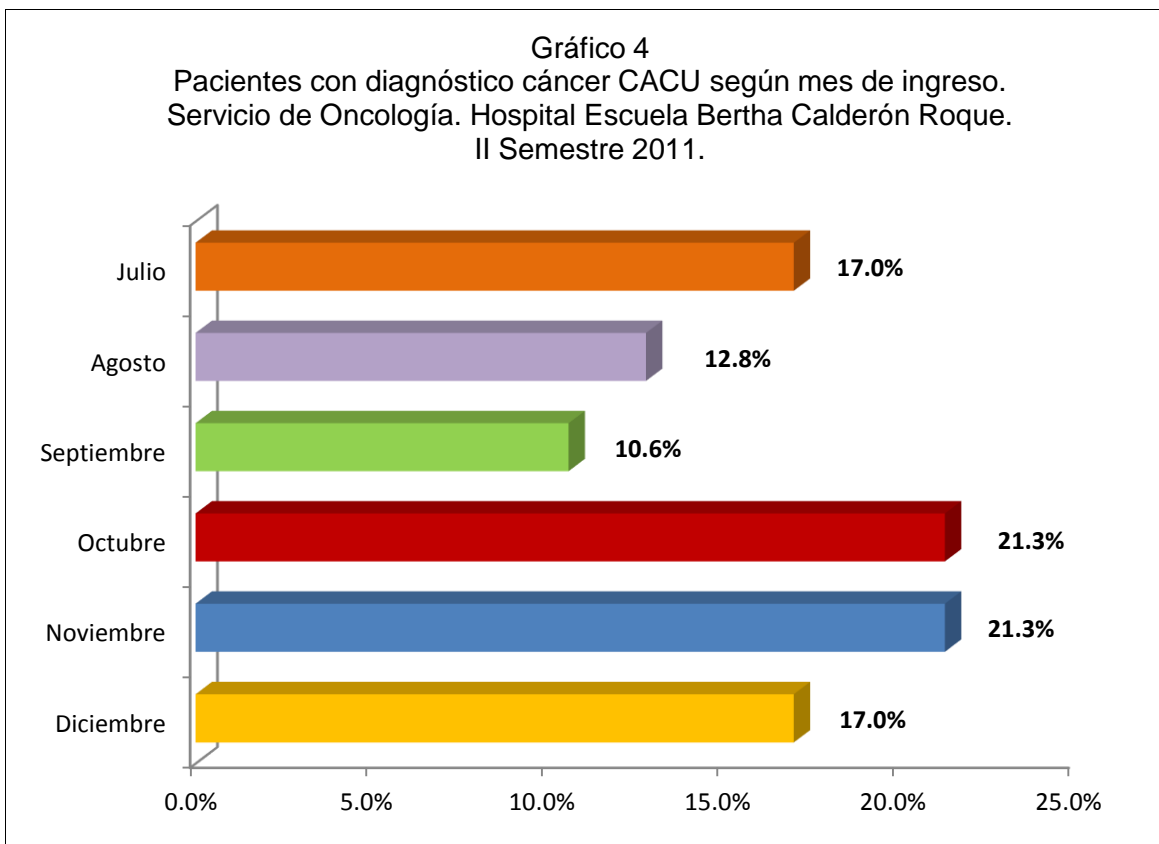
Gráfico 3
 Departamento de origen de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011.



Cuadro 4
 Pacientes con diagnóstico cáncer CACU según mes de ingreso. Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Mes | Frecuencia | % |
|--------------|-------------------|--------------|
| Julio | 8 | 17.0 |
| Agosto | 6 | 12.8 |
| Septiembre | 5 | 10.6 |
| Octubre | 10 | 21.3 |
| Noviembre | 10 | 21.3 |
| Diciembre | 8 | 17.0 |
| Total | 47 | 100.0 |

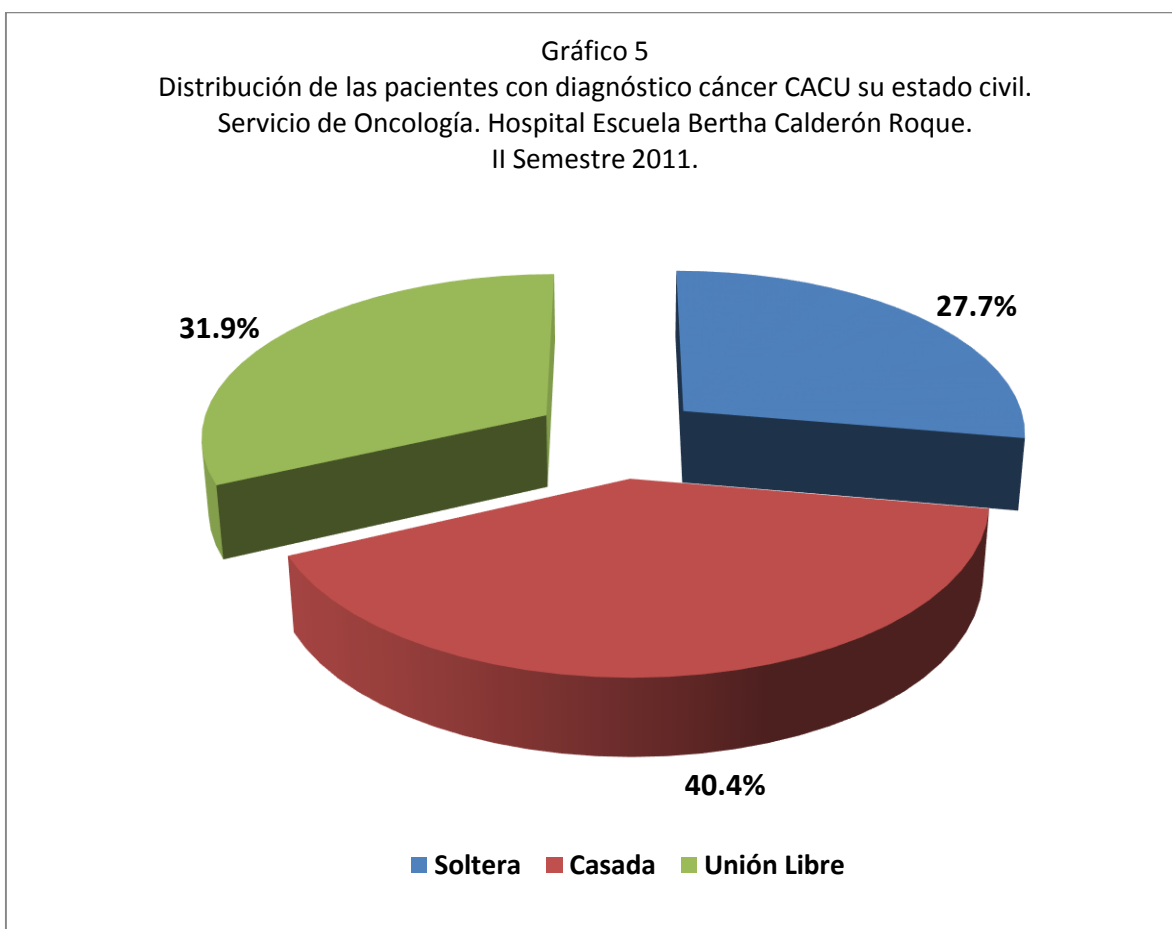
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 5
 Distribución de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU su estado civil. Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Estado Civil | Frecuencia | % |
|---------------------|-------------------|--------------|
| Soltera | 13 | 27.7 |
| Casada | 19 | 40.4 |
| Unión Libre | 15 | 31.9 |
| Total | 47 | 100.0 |

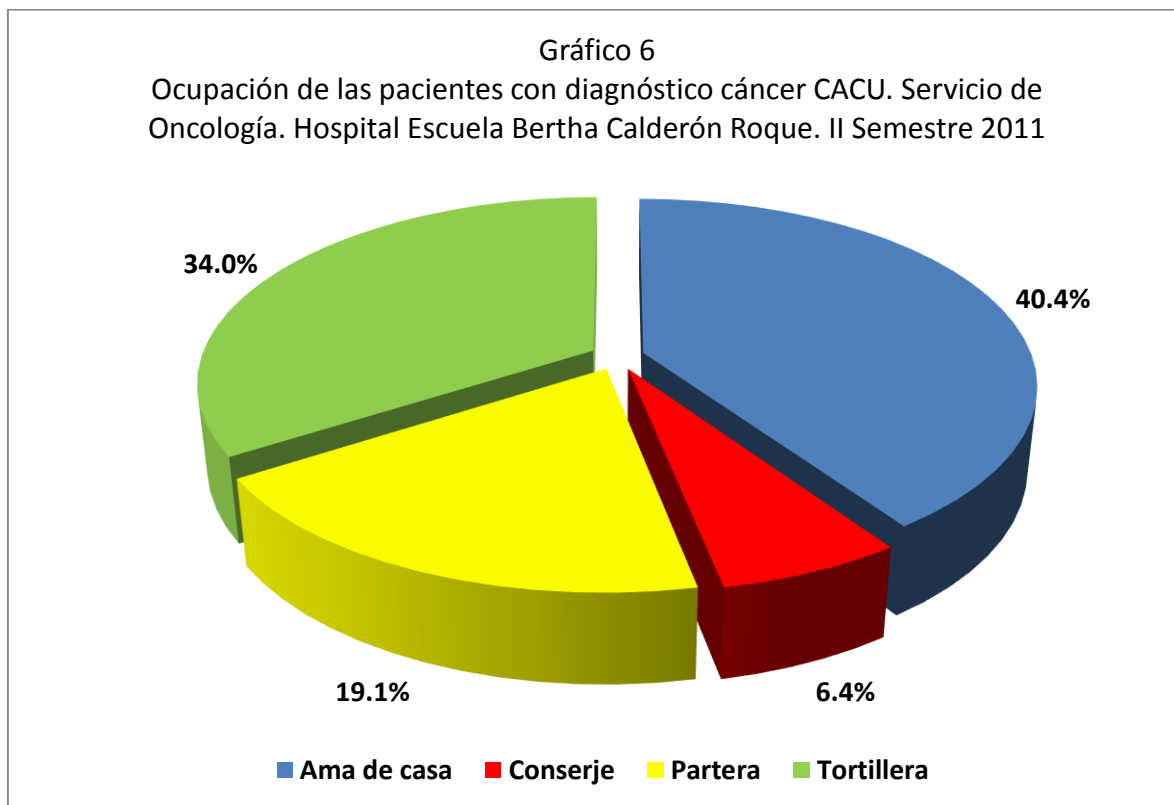
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 6
 Ocupación de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología.
 Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Ocupación | Frecuencia | % |
|--------------|------------|--------------|
| Ama de casa | 19 | 40.4 |
| Conserje | 3 | 6.4 |
| Partera | 9 | 19.1 |
| Tortillera | 16 | 34.0 |
| Total | 47 | 100.0 |

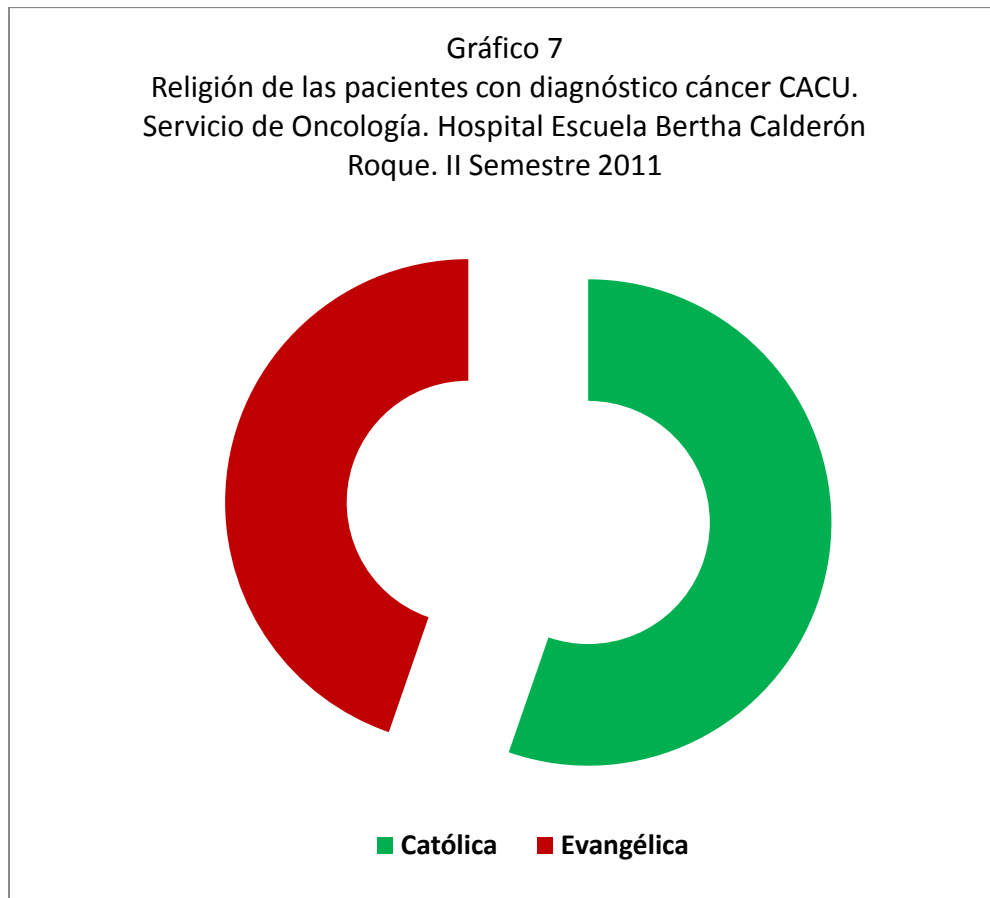
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 7
Religión de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología.
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Religión | Frecuencia | % |
|--------------|------------|--------------|
| Católica | 26 | 55.3 |
| Evangélica | 21 | 44.7 |
| Total | 47 | 100.0 |

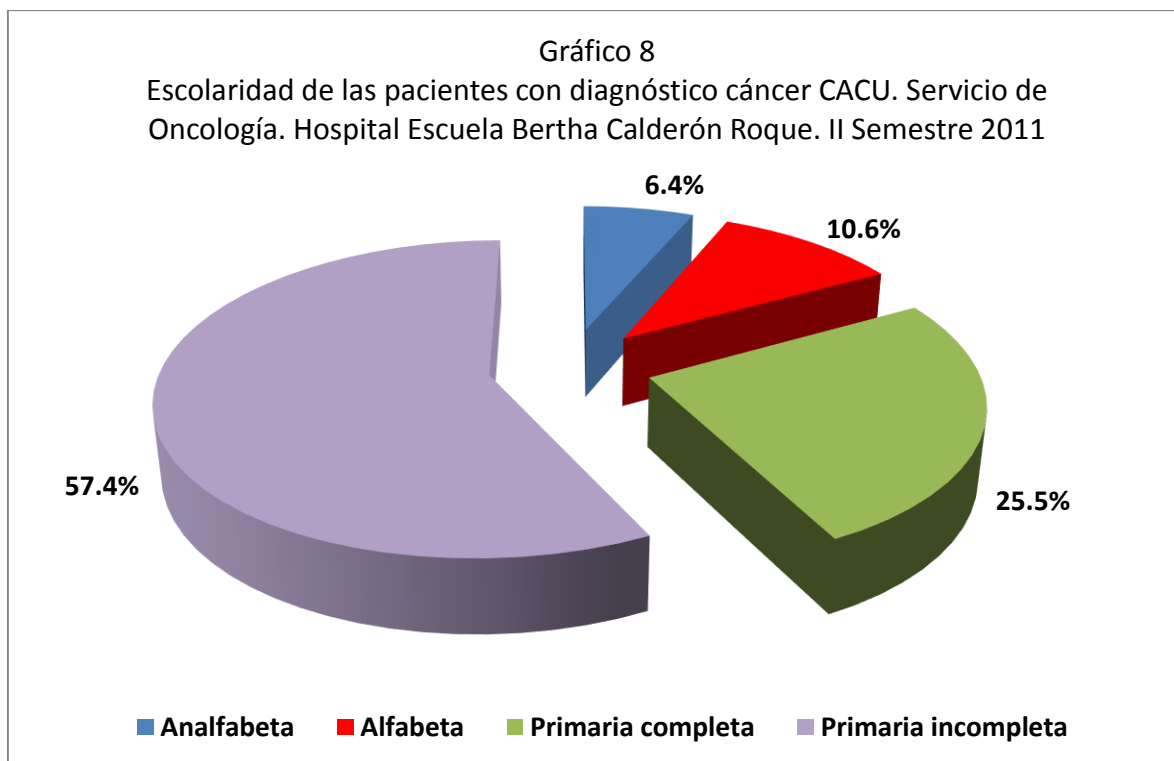
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 8
 Escolaridad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología.
 Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Escolaridad | Frecuencia | % |
|---------------------|------------|--------------|
| Analfabeta | 3 | 6.4 |
| Alfabeta | 5 | 10.6 |
| Primaria completa | 12 | 25.5 |
| Primaria incompleta | 27 | 57.4 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

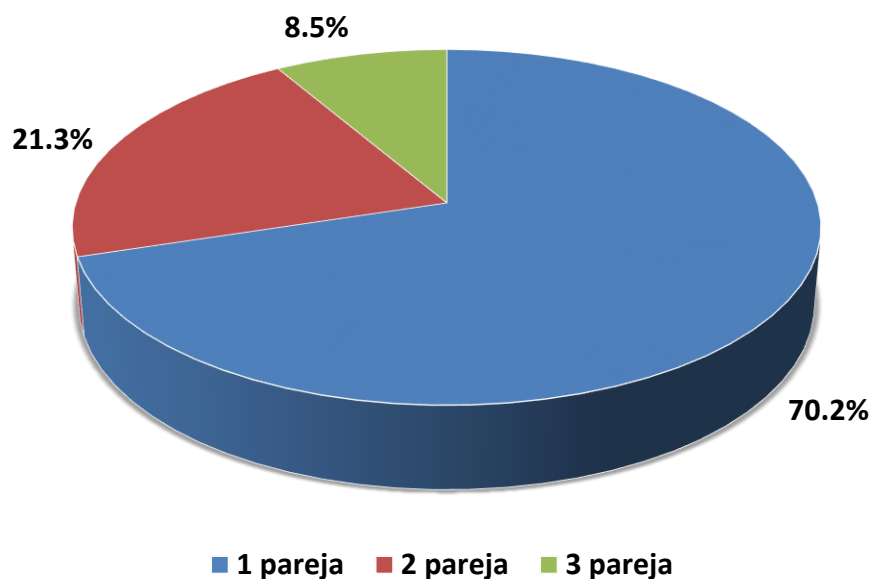


Cuadro 9
 Distribución de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU según número de parejas sexuales. Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Nº parejas sexuales | Frecuencia | % |
|---------------------|------------|--------------|
| 1 | 33 | 70.2 |
| 2 | 10 | 21.3 |
| 3 | 4 | 8.5 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

Gráfico 9
 Distribución de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU según número de parejas sexuales. Servicio de Oncología. Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

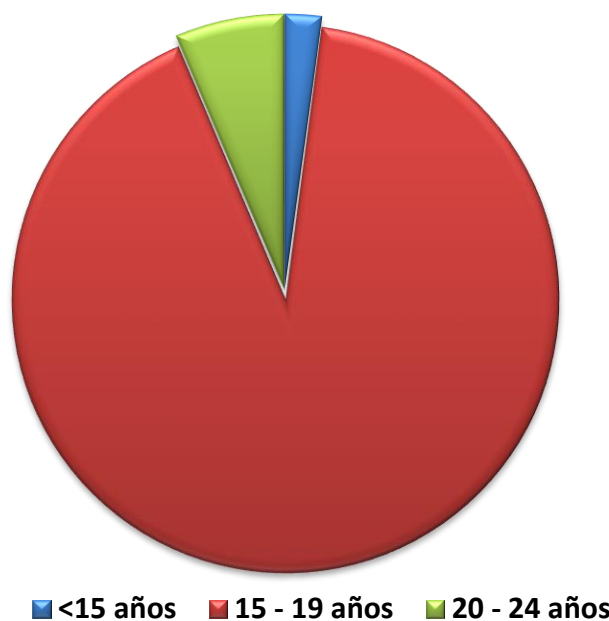


Cuadro 10
 Inicio Vida Sexual Activa de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011

| IVSA | Frecuencia | % |
|---------------|------------|--------------|
| Menor 15 años | 1 | 2.1 |
| 15 - 19 años | 43 | 91.5 |
| 20 - 24 años | 3 | 6.4 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

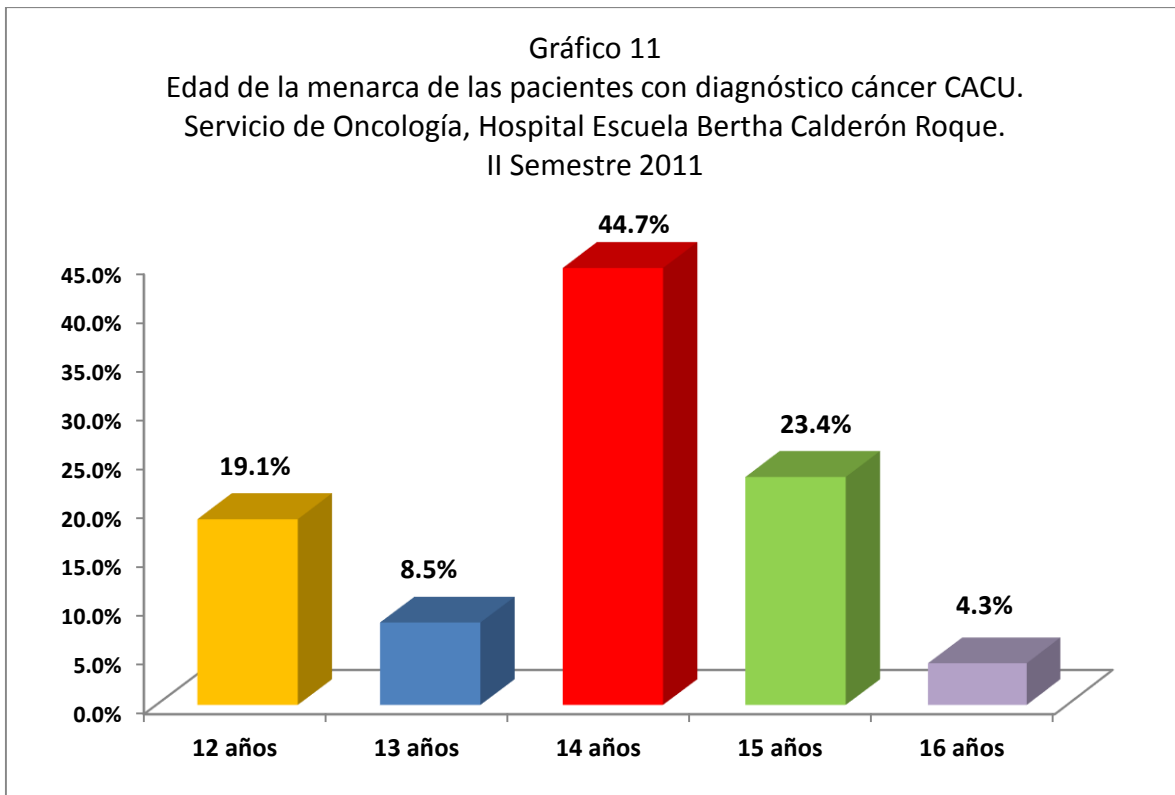
Gráfico 10
 Inicio Vida Sexual Activa de las pacientes con diagnóstico cáncer
 CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón
 Roque. II Semestre 2011



Cuadro 11
Edad de la menarca de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Edad de menarca | Frecuencia | % |
|------------------------|-------------------|--------------|
| 12 años | 9 | 19.1 |
| 13 años | 4 | 8.5 |
| 14 años | 21 | 44.7 |
| 15 años | 11 | 23.4 |
| 16 años | 2 | 4.3 |
| Total | 47 | 100.0 |

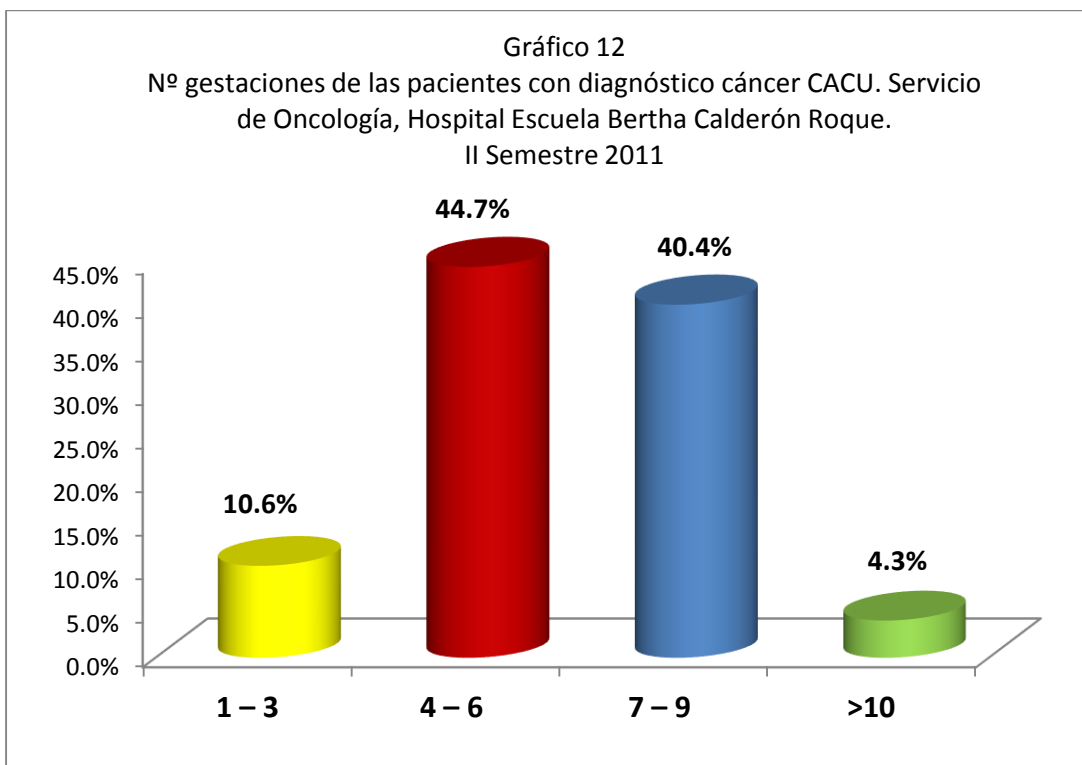
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 12
Nº gestaciones de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Nº de gestaciones | Frecuencia | % |
|--------------------------|-------------------|--------------|
| 1 – 3 | 5 | 10.6 |
| 4 – 6 | 21 | 44.7 |
| 7 – 9 | 19 | 40.4 |
| >10 | 2 | 4.3 |
| Total | 47 | 100.0 |

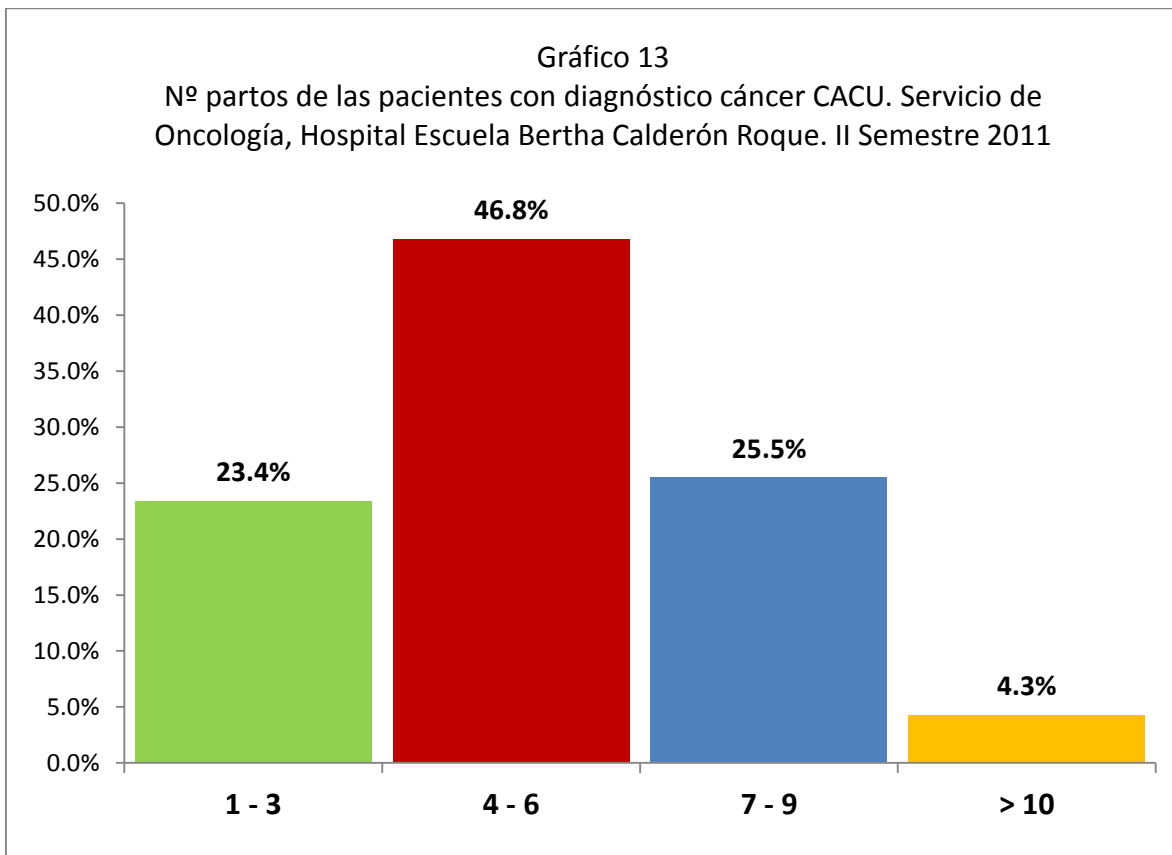
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 13
 N° partos de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011

| Nº de partos | Frecuencia | % |
|--------------|------------|--------------|
| 1 - 3 | 11 | 23.4 |
| 4 - 6 | 22 | 46.8 |
| 7 - 9 | 12 | 25.5 |
| > 10 | 2 | 4.3 |
| Total | 47 | 100.0 |

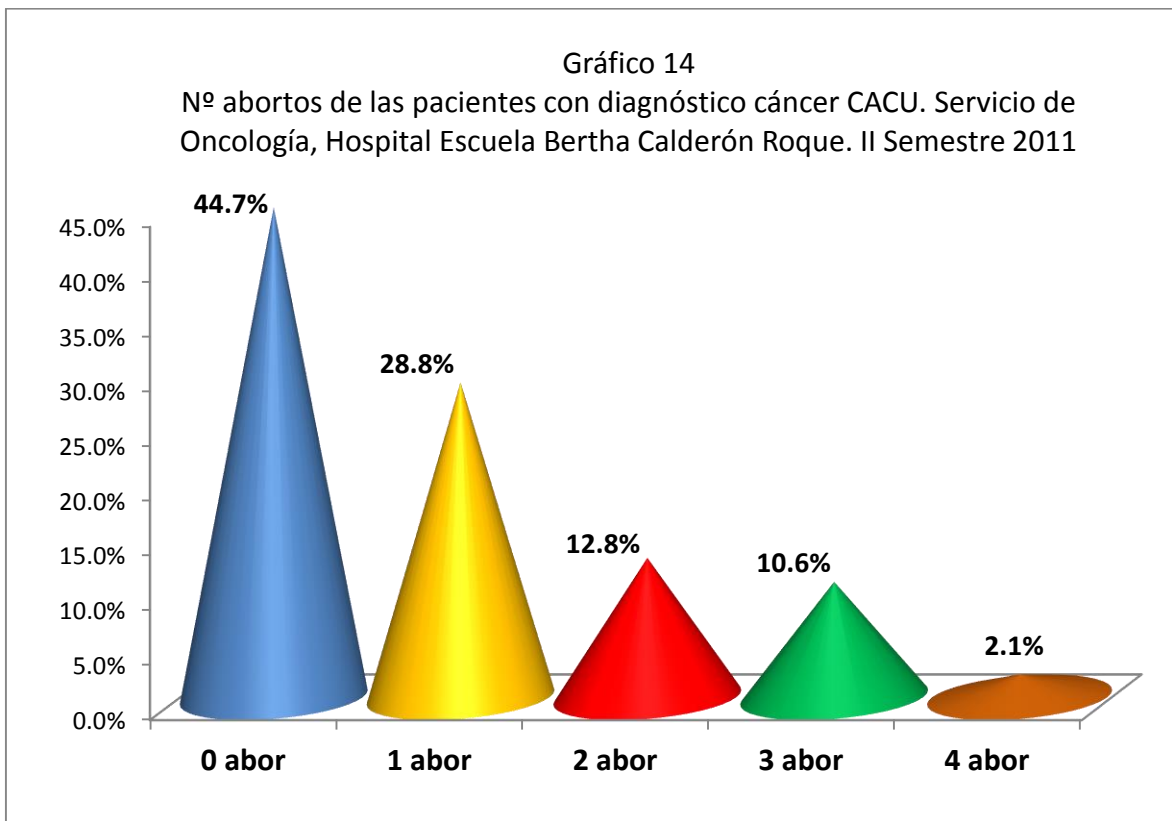
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 14
 Nº abortos de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011

| Nº de abortos | Frecuencia | % |
|---------------|------------|--------------|
| 0 | 21 | 44.7 |
| 1 | 14 | 28.8 |
| 2 | 6 | 12.8 |
| 3 | 5 | 10.6 |
| 4 | 1 | 2.1 |
| Total | 47 | 100.0 |

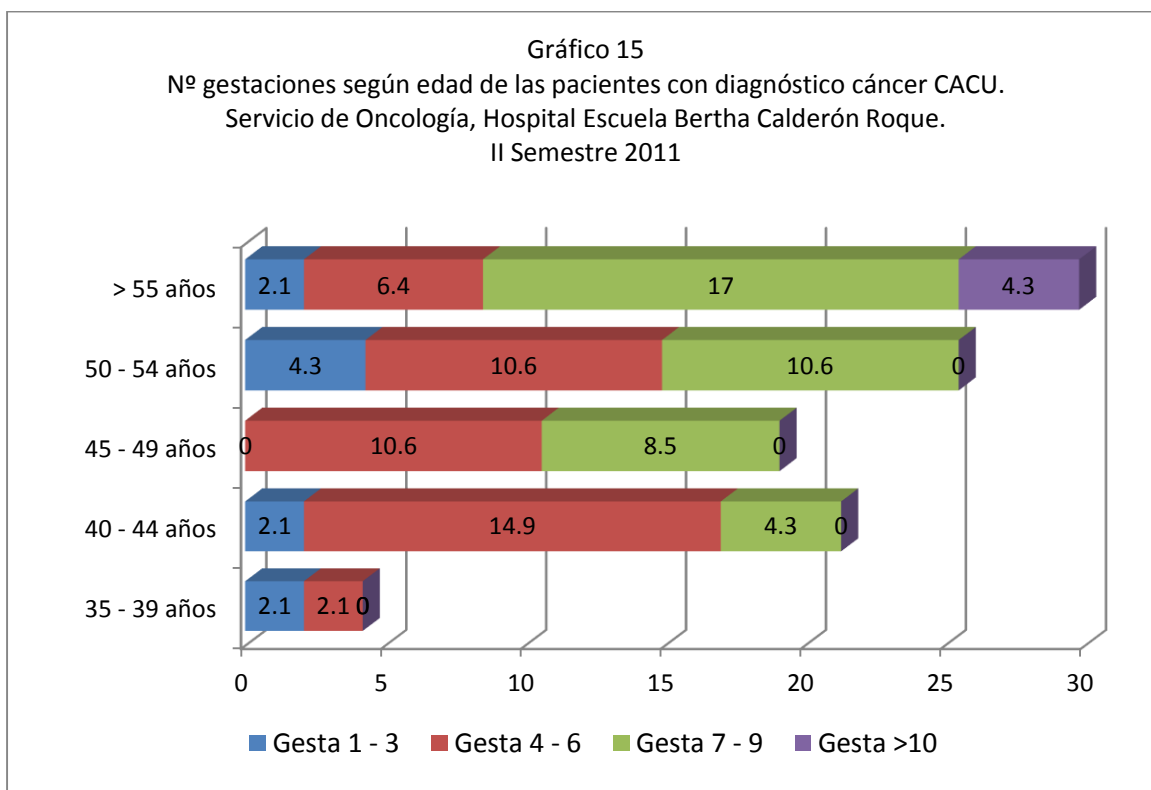
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 15
Nº gestaciones según edad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Edad | Gesta % | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | 1-3 | 4-6 | 7-9 | >10 |
| 35 - 39 años | 2.1 | 2.1 | 0 | 0 |
| 40 - 44 años | 2.1 | 14.9 | 4.3 | 0 |
| 45 - 49 años | 0 | 10.6 | 8.5 | 0 |
| 50 - 54 años | 4.3 | 10.6 | 10.6 | 0 |
| > 55 años | 2.1 | 6.4 | 17.0 | 4.3 |
| Total | 10.6 | 44.7 | 40.4 | 4.3 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

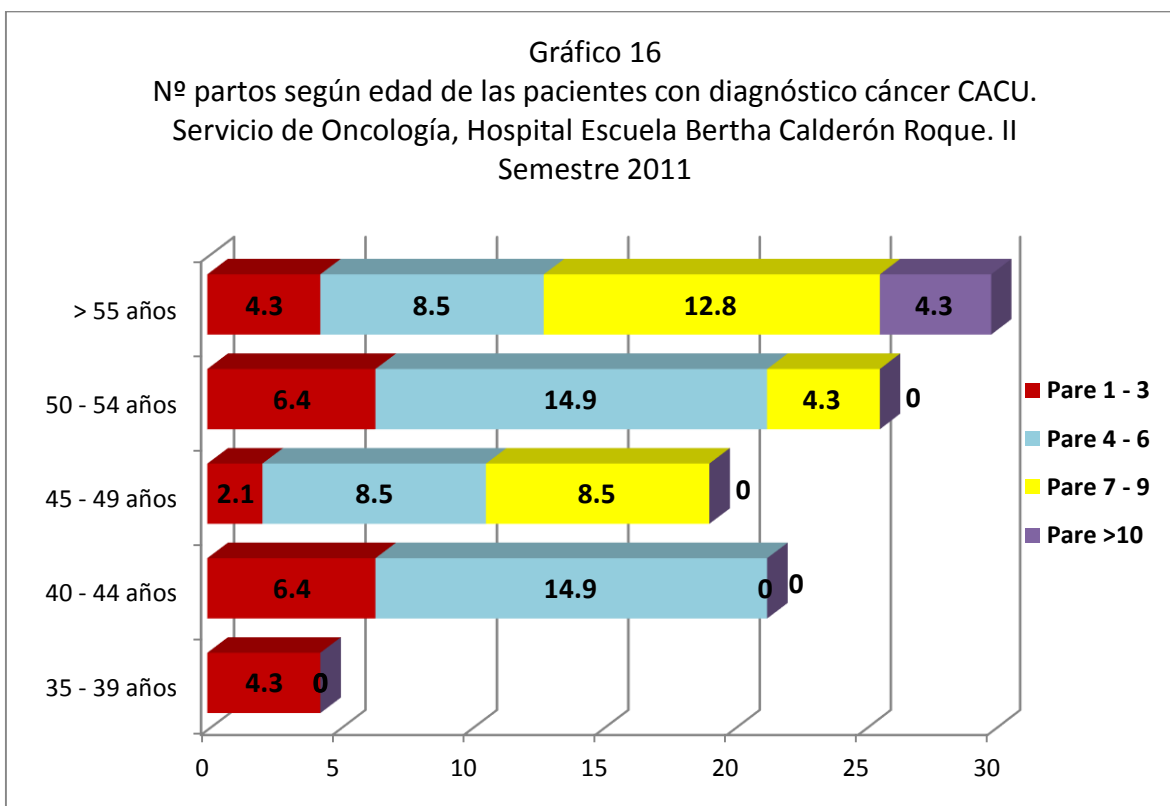


Cuadro 16
Nº partos según edad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Edad | Partos | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | 1-3 | 4-6 | 7-9 | >10 |
| 35 - 39 años | 4.3 | 0 | 0 | 0 |
| 40 - 44 años | 6.4 | 14.9 | 0 | 0 |
| 45 - 49 años | 2.1 | 8.5 | 8.5 | 0 |
| 50 - 54 años | 6.4 | 14.9 | 4.3 | 0 |
| > 55 años | 4.3 | 8.5 | 12.8 | 4.3 |
| Total | 23.4 | 46.8 | 25.5 | 4.3 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

Gráfico 16
Nº partos según edad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II
Semestre 2011

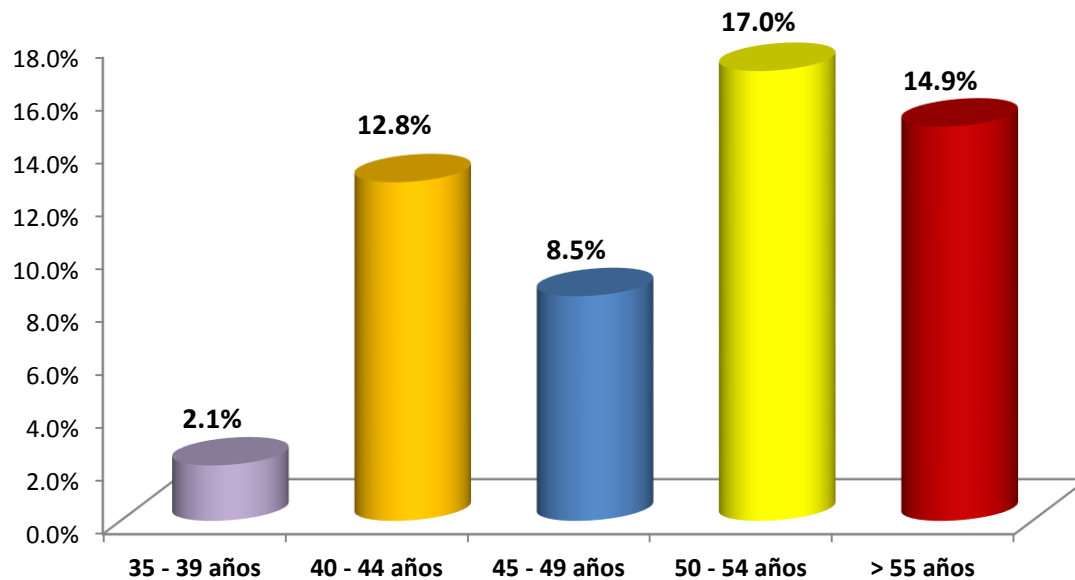


Cuadro 17
Pacientes con diagnóstico cáncer CACU que presentaron aborto según edad.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Edad | SI | % | NO | 0% | Total | % |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|--------------|--------------|
| 35 - 39 años | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 2 | 4.3 |
| 40 - 44 años | 6 | 12.8 | 4 | 8.5 | 10 | 21.3 |
| 45 - 49 años | 4 | 8.5 | 5 | 10.6 | 9 | 19.1 |
| 50 - 54 años | 8 | 17.0 | 4 | 8.5 | 12 | 25.5 |
| > 55 años | 7 | 14.9 | 7 | 14.9 | 14 | 29.8 |
| Total | 26 | 55.3 | 21 | 44.7 | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

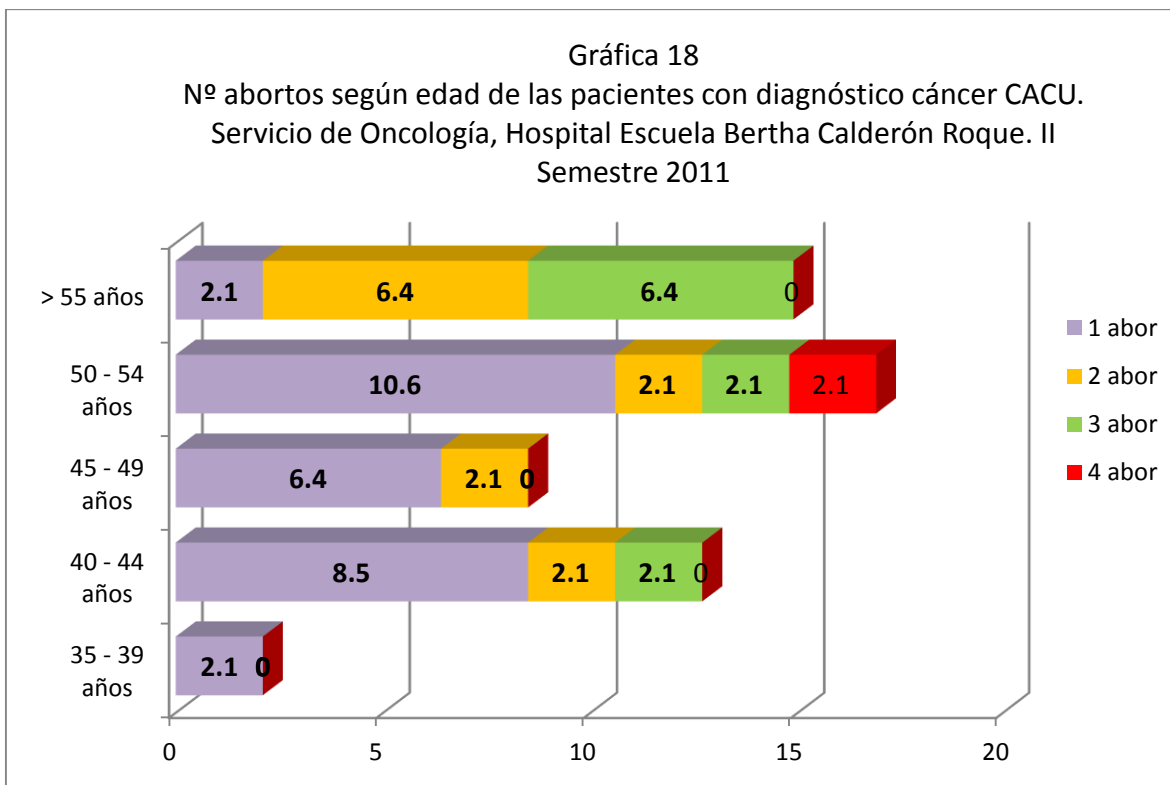
Gráfico 17
Pacientes con diagnóstico cáncer CACU que presentaron aborto según edad.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011



Cuadro 18
Nº abortos según edad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Edad | Abortos | | | | |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35 - 39 años | 2.1 | 2.1 | 0 | 0 | 0 |
| 40 - 44 años | 8.5 | 8.5 | 2.1 | 2.1 | 0 |
| 45 - 49 años | 8.5 | 6.4 | 2.1 | 0 | 0 |
| 50 - 54 años | 8.5 | 10.6 | 2.1 | 2.1 | 2.1 |
| > 55 años | 14.9 | 2.1 | 6.4 | 6.4 | 0 |
| Total | 44.7 | 28.9 | 12.8 | 10.6 | 2.1 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

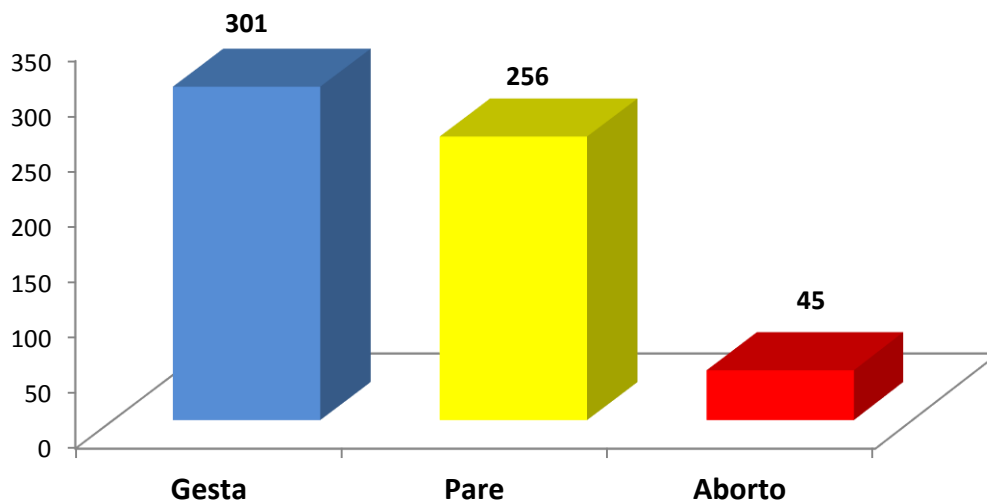


Cuadro 19
Promedio de gestaciones, partos y abortos según edad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Edad | Nº casos | Gesta | X | Pare | X | Aborto | X |
|--------------|-----------------|--------------|----------|-------------|----------|---------------|----------|
| 35 - 39 años | 2 | 7 | 4 | 6 | 3 | 1 | 1 |
| 40 - 44 años | 10 | 50 | 5 | 41 | 4 | 9 | 2 |
| 45 - 49 años | 9 | 53 | 6 | 48 | 5 | 5 | 1 |
| 50 - 54 años | 12 | 70 | 6 | 56 | 5 | 14 | 2 |
| > 55 años | 14 | 121 | 9 | 105 | 8 | 16 | 2 |
| Total | 47 | 301 | 6 | 256 | 5 | 45 | 2 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

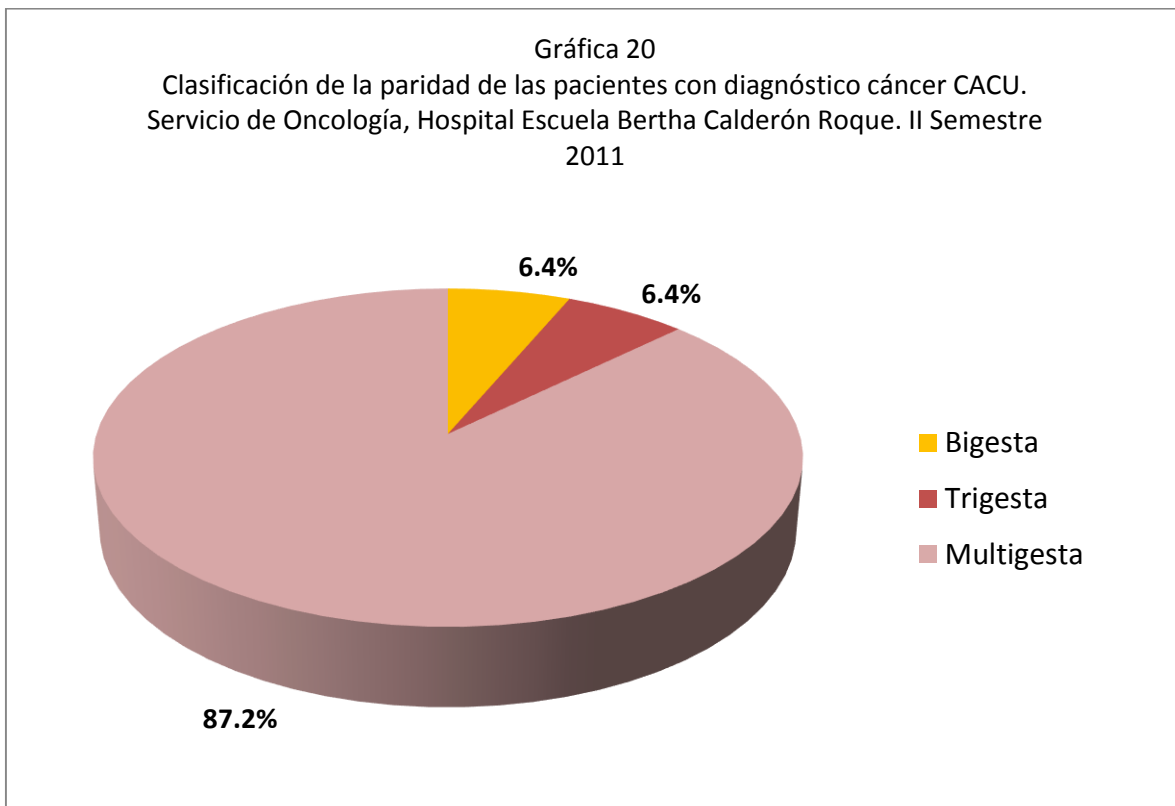
Gráfico 19
Gestaciones, partos y abortos según edad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela. Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011



Cuadro 20
 Clasificación de la paridad de las pacientes con diagnóstico cáncer CACU.
 Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011

| Paridad | Frecuencia | % |
|--------------|------------|--------------|
| Bigesta | 3 | 6.4 |
| Trigesta | 3 | 6.4 |
| Multigesta | 41 | 87.2 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

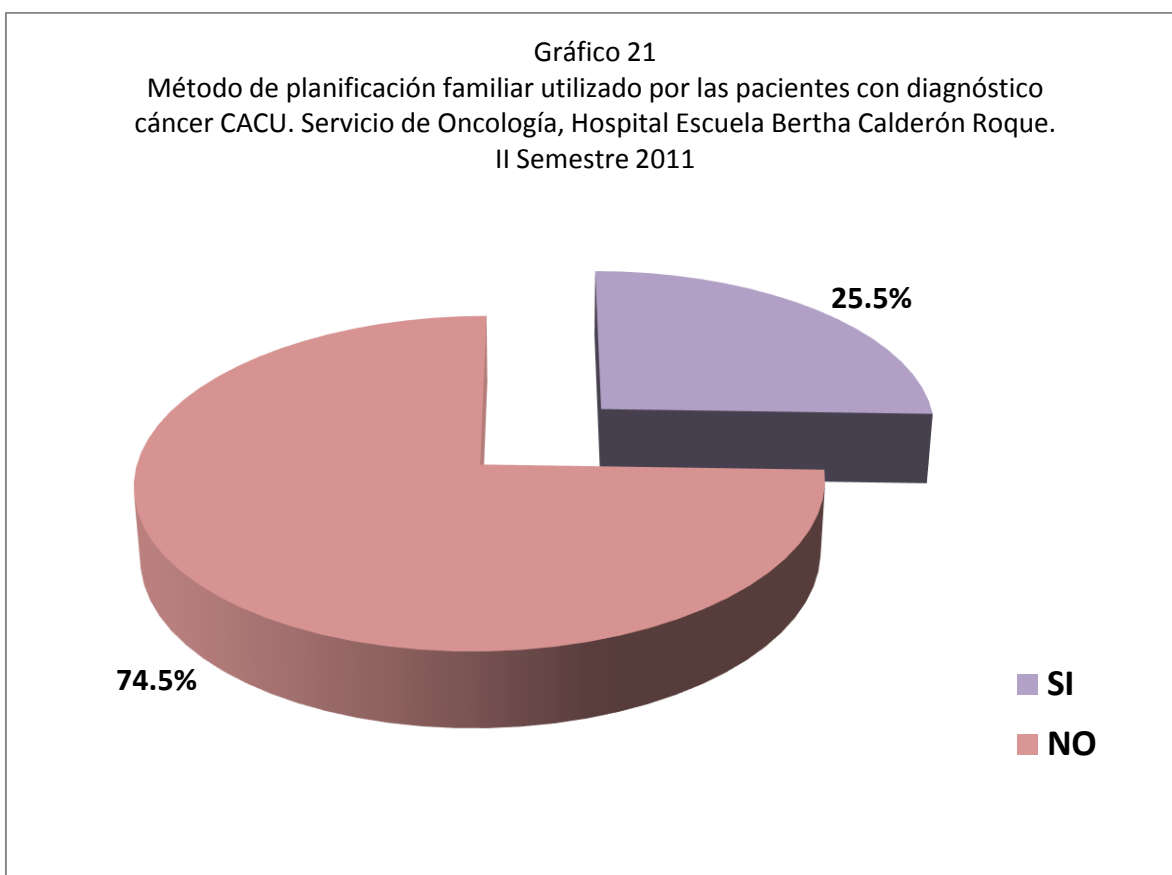


Cuadro 21
 Método de planificación familiar utilizado por las pacientes con diagnóstico cáncer
 CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011

| Planificación familiar | Uso GO | | Total |
|------------------------|-------------|-------------|--------------|
| | SI | NO | |
| SI | 25.5 | 0 | 25.5 |
| NO | 0 | 74.5 | 74.5 |
| Total | 25.5 | 74.5 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

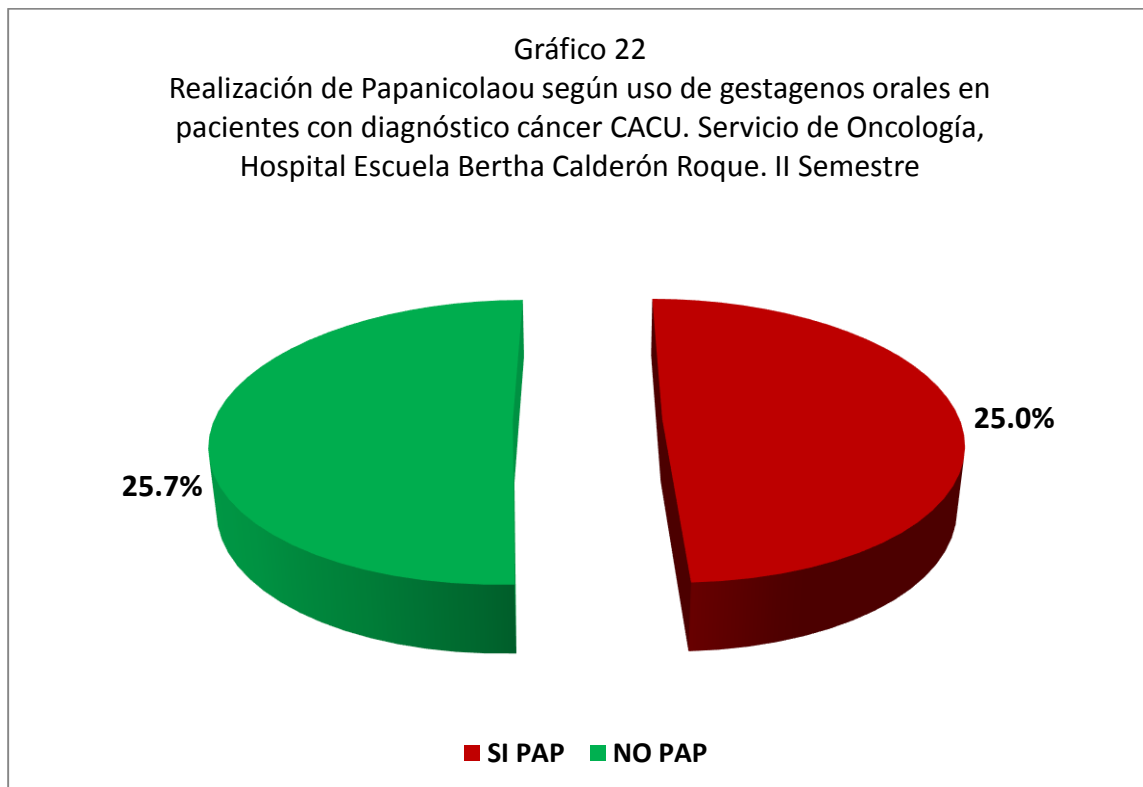
Gráfico 21
 Método de planificación familiar utilizado por las pacientes con diagnóstico
 cáncer CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
 II Semestre 2011



Cuadro 22
Realización de Papanicolaou según uso de gestagenos orales en pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Papanicolaou | Planificación familiar | Uso GO | | Total |
|--------------|------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| | | NO | SI | NO |
| NO | NO | 26 (74.3%) | 0 | 26 (74.3%) |
| | SI | 0 | 9 (25.7%) | 9 (25.7%) |
| | Total | 26 (74.3%) | 9 (25.7%) | 35 (100 %) |
| SI | NO | 9 (75%) | 0 | 9 (75%) |
| | SI | 0 | 3 (25%) | 3 (25%) |
| | Total | 9 (75%) | 3 (25%) | 12 (100 %) |

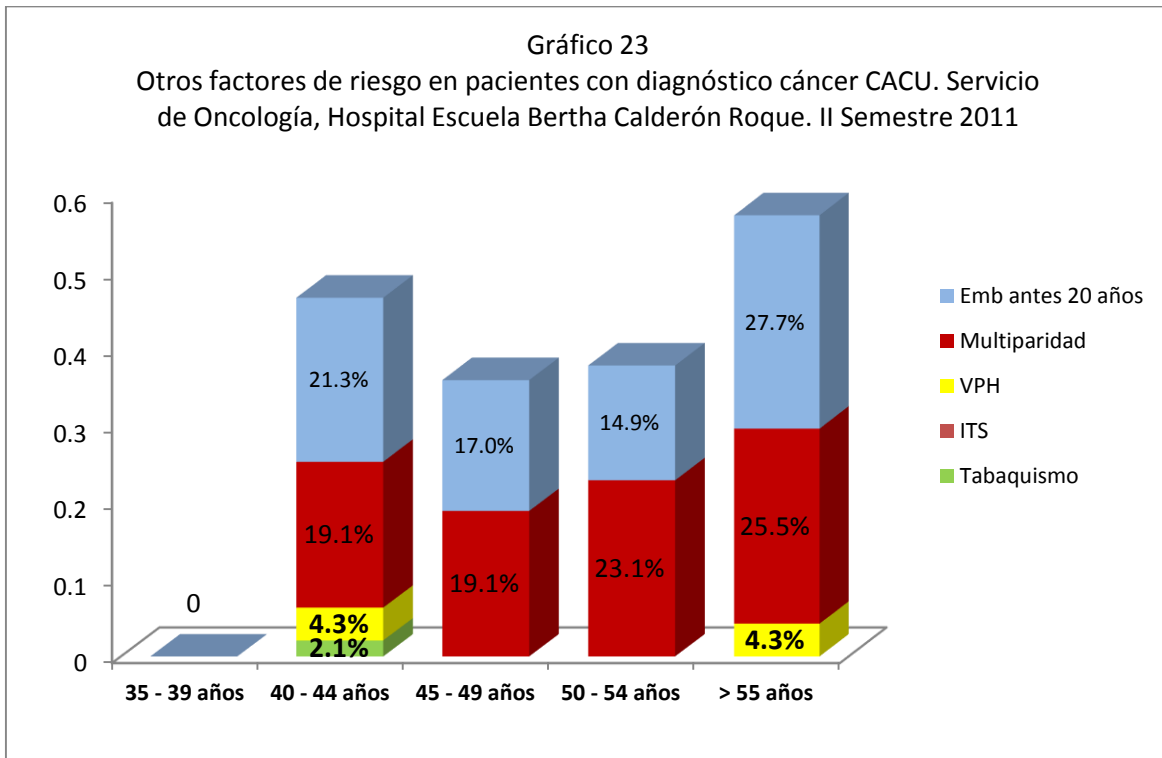
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 23
Otros factores de riesgo en pacientes con diagnóstico cáncer CACU. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Edad | Nº casos | Tabaquismo | ITS | VPH | Multiparidad | Emb antes 20 años |
|--------------|-----------|---------------------|----------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| 35 - 39 años | 2 | | | | 1 (2.1%) | 2 (4.3%) |
| 40 - 44 años | 10 | 1 (2.1%) | | 2 (4.3%) | 9 (19.1%) | 10 (21.3%) |
| 45 - 49 años | 9 | | | | 9 (19.1%) | 8 (17.0%) |
| 50 - 54 años | 12 | | | | 10 (23.1%) | 7 (14.9%) |
| > 55 años | 14 | | | 2 (4.3%) | 12 (25.5%) | 13 (27.7%) |
| Total | 47 | 1 (2.1%) | 0 | 4 (8.5%) | 41 (87.2%) | 40 (85.1%) |

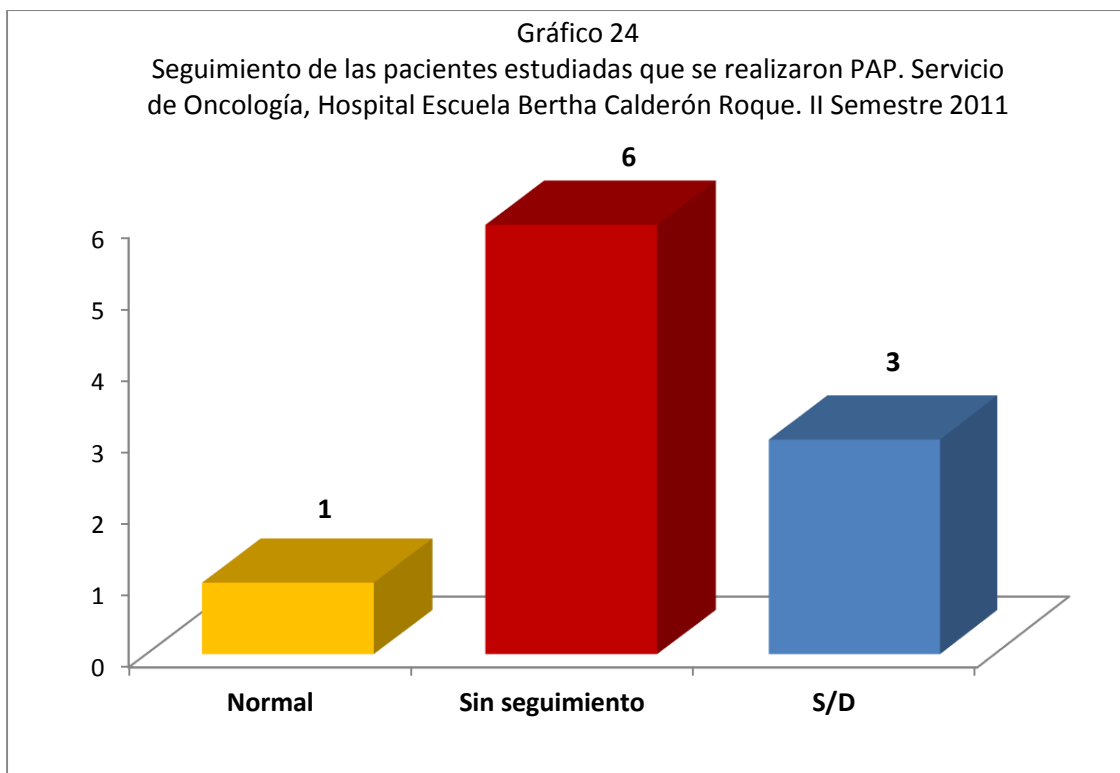
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 24
Seguimiento de las pacientes estudiadas que se realizaron PAP.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011

| Edad | Nº casos | Normal | Sin seguimiento | S/D |
|--------------|-----------------|---------------|------------------------|------------|
| 35 - 39 años | 1 | | 1 | |
| 40 - 44 años | 3 | | 2 | 1 |
| 45 - 49 años | 0 | | | |
| 50 - 54 años | 3 | | 1 | 2 |
| > 55 años | 5 | 1 | 2 | 2 |
| Total | 12 | 1 | 6 | 5 |

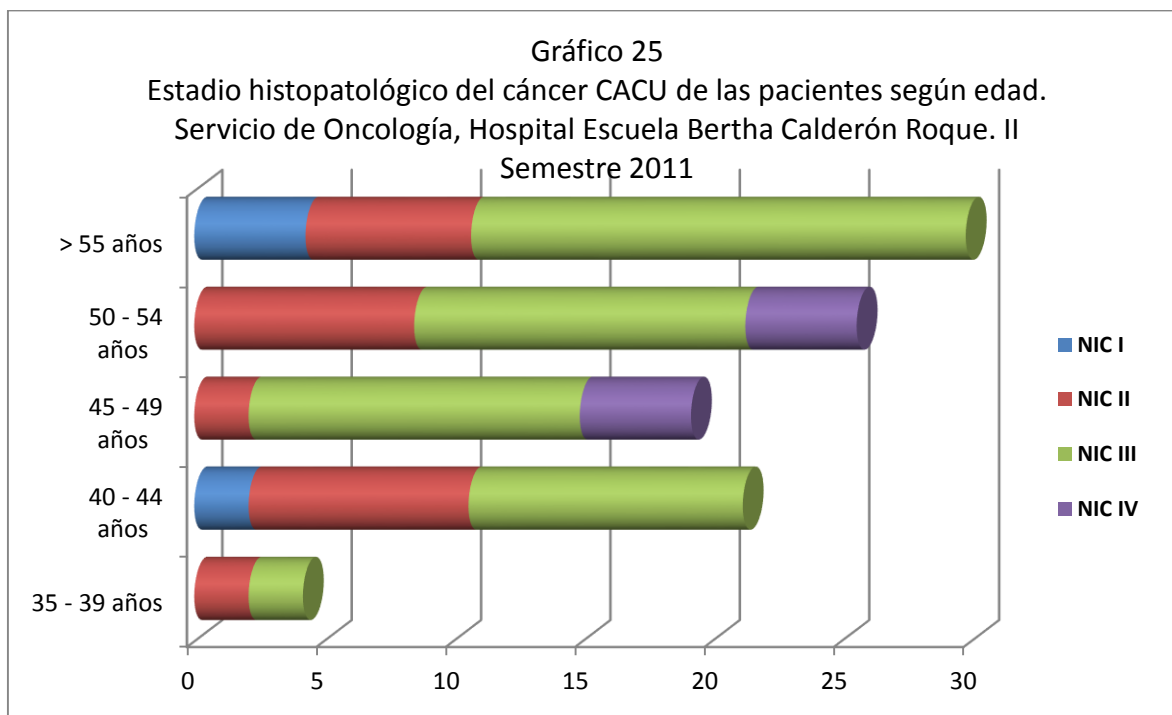
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 25
Estadio histopatológico del cáncer CACU de las pacientes según edad. Servicio de
Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011.

| Edad | ESTADIOS | | | | | | | | Total | % |
|--------------|----------|------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|------------|
| | NIC I | % | NIC II | % | NIC III | % | NIC IV | % | | |
| 35 - 39 años | | | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | | | 2 | 4.3 |
| 40 - 44 años | 1 | 2.1 | 4 | 8.5 | 5 | 10.6 | | | 10 | 21.3 |
| 45 - 49 años | | | 1 | 2.1 | 5 | 12.8 | 3 | 4.3 | 9 | 18.1 |
| 50 - 54 años | | | 4 | 8.5 | 6 | 12.8 | 2 | 4.3 | 12 | 25.5 |
| > 55 años | 2 | 4.3 | 3 | 6.4 | 9 | 19.1 | | | 14 | 29.8 |
| Total | 3 | 6.4 | 13 | 27.7 | 26 | 57.4 | 5 | 8.5 | 47 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

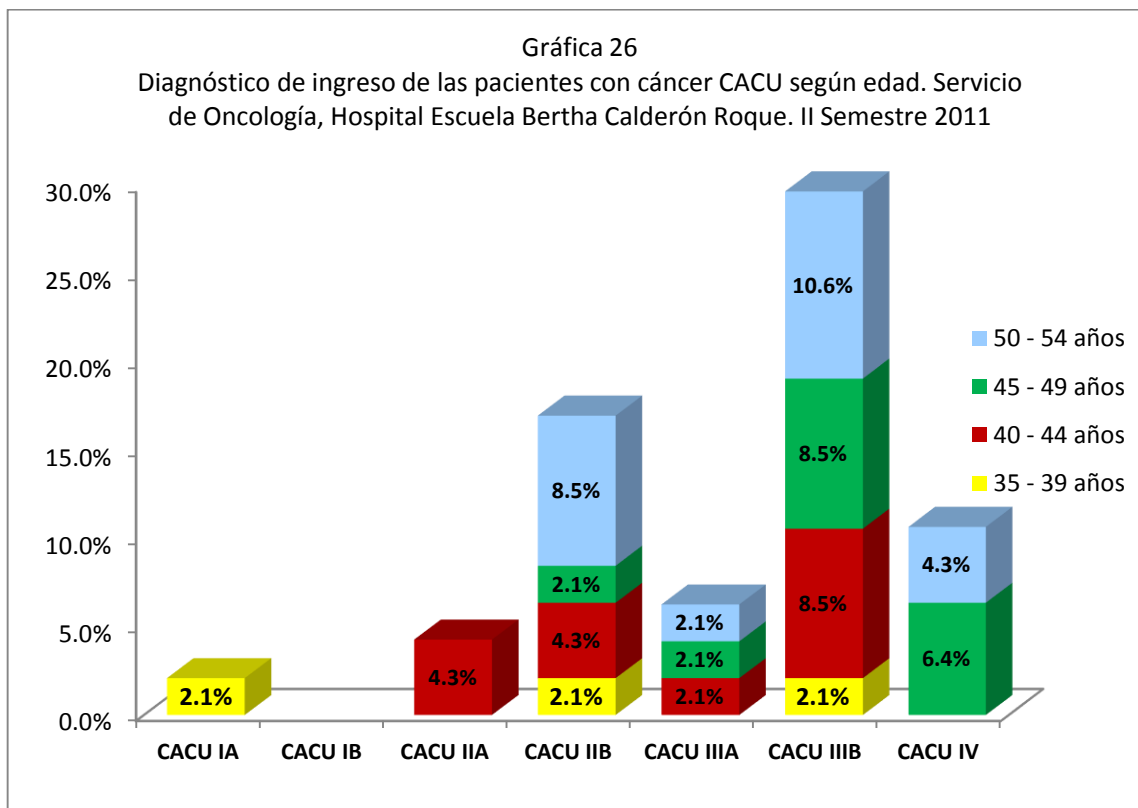


Cuadro 26

Diagnóstico de ingreso de las pacientes con cáncer CACU según edad. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011

| Edad | Diagnóstico | | | | | | | Total |
|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|-------------------|---------------------|--------------------|----------------------|
| | CACU IA | CACU IB | CACU IIA | CACU IIB | CACU III A | CACU III B | CACU IV A | |
| 35 - 39 años | | | | 1 2.1% | | 1 2.1% | | 2 4.3% |
| 40 - 44 años | 1 2.1% | | 2 4.3% | 2 4.3% | 1 2.1% | 4 8.5% | | 10 21.3% |
| 45 - 49 años | | | | 1 2.1% | 1 2.1% | 4 8.5% | 3 6.4% | 9 19.1% |
| 50 - 54 años | | | | 4 8.5% | 1 2.1% | 5 10.6% | 2 4.3% | 12 25.5% |
| > 55 años | 1 2.1% | 1 2.1% | 2 4.3% | 1 2.1% | | 9 19.1% | | 14 29.8% |
| Total | 2 4.3% | 1 2.1% | 4 8.5% | 9 19.1% | 3 6.4% | 23 48.9% | 5 10.6% | 47 100.0% |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

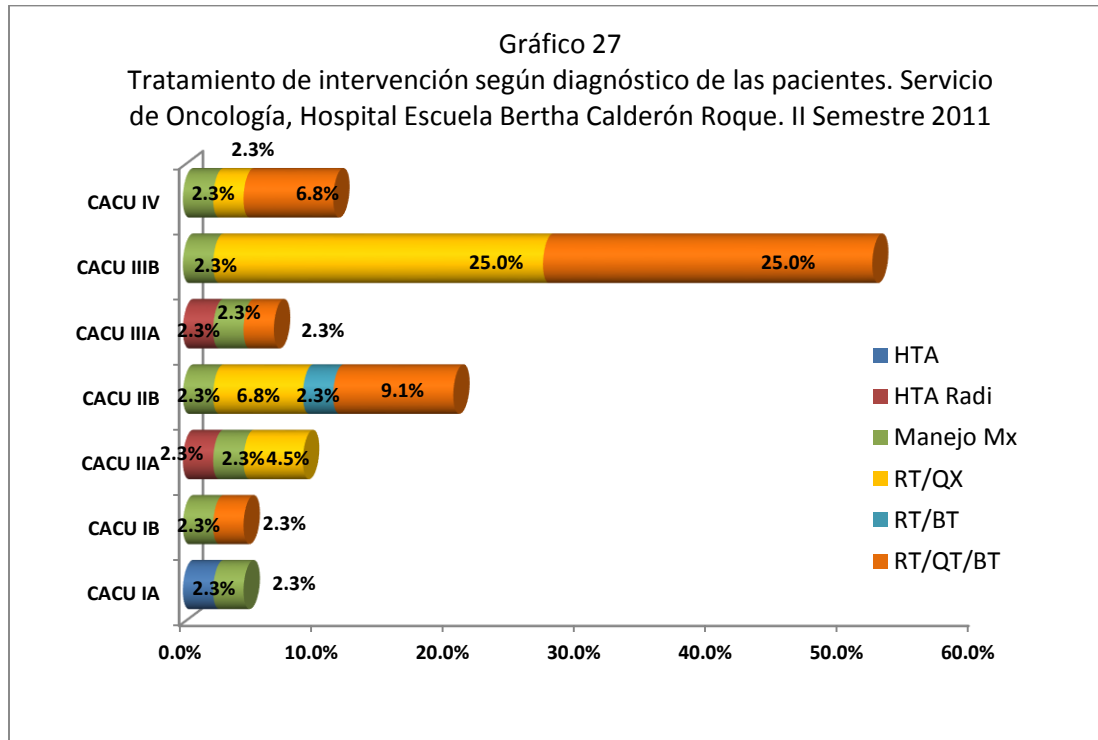


Cuadro 27

Tratamiento de intervención según diagnóstico de las pacientes. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnostico | Tratamiento | | | | | | Total |
|--------------|---------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------|---------------------------|
| | Radioterapia + Quimioterapia | Radioterapia + Quimioterapia Braquiterapia | Manejo medico | Radioterapia + Braquiterapia | HTA | Histerectomía radical | |
| CACU IA | | | 1 2.3% | | 1 2.3% | | 2 4.5% |
| CACU IB | | 1 2.3% | | | | | 1 2.3% |
| CACU IIA | 2 4.5% | | 1 2.3% | | | 1 2.3% | 4 9.1% |
| CACU IIB | 3 6.8% | 4 9.1% | 1 2.3% | 1 2.3% | | | 9 20.5% |
| CACU IIIA | | 1 2.3% | 1 2.3% | | | 1 2.3% | 3 6.8% |
| CACU IIIB | 11 25.0% | 11 25.0% | 1 2.3% | | | | 23 52.3% |
| CACU IVA | 1 2.3% | 3 6.8% | 1 2.3% | | | | 5 11.4% |
| Total | 17 38.6% | 20 45.5% | 6 13.6% | 1 2.3% | 1 2.3% | 2 4.5% | 47 100 % |

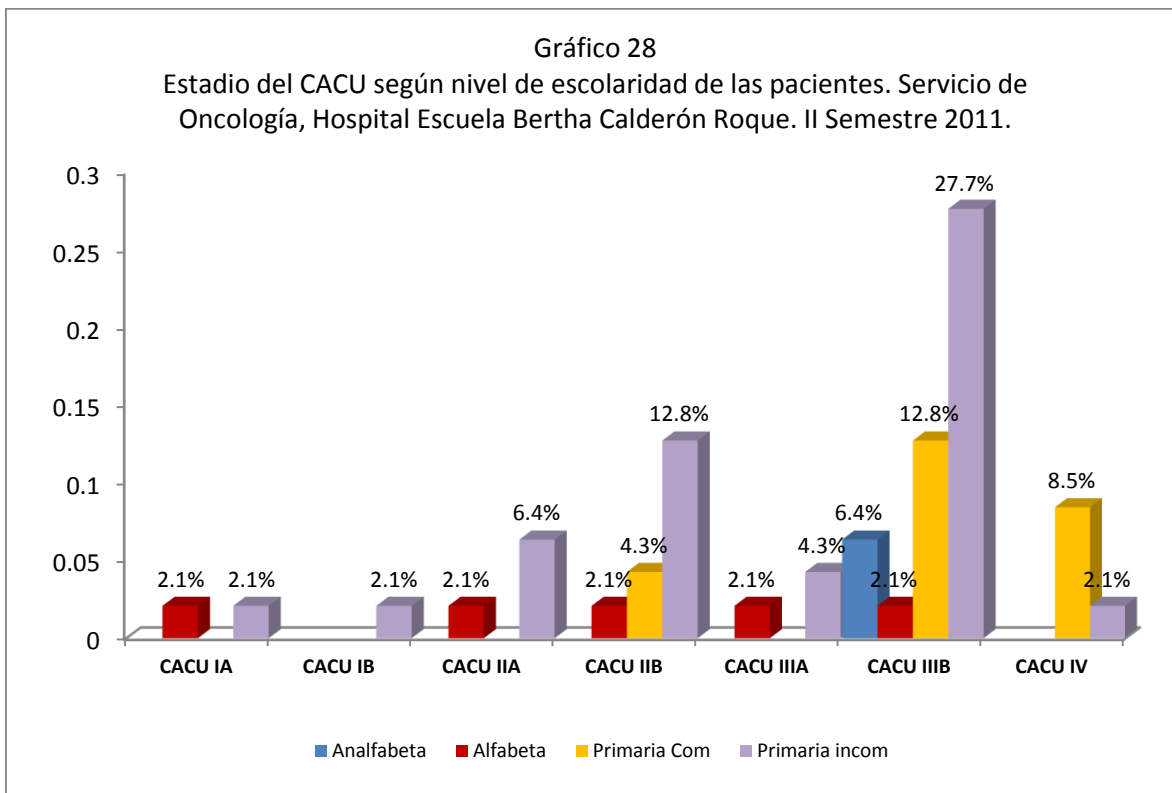
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 28
Estadio del CACU según nivel de escolaridad de las pacientes. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Escolaridad | | | | Total |
|--------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| | Analfabeta | Alfabeta | Primaria completa | Primaria incompleta | |
| CACU IA | | 1 2.1% | | 1 2.1% | 2 4.3% |
| CACU IB | | | | 1 2.1% | 1 2.1% |
| CACU IIA | | 1 2.1% | | 3 6.4% | 4 8.5% |
| CACU IIB | | 1 2.1% | 2 4.3% | 6 12.8% | 9 19.1% |
| CACU IIIA | | 1 2.1% | | 2 4.3% | 3 6.4% |
| CACU IIIB | 3 6.4% | 1 2.1% | 6 12.8% | 13 27.7% | 23 48.9% |
| CACU IVA | | | 4 8.5% | 1 2.1% | 5 10.6% |
| Total | 3 6.4% | 5 10.6% | 12 25.5% | 27 57.4% | 47 100.0% |

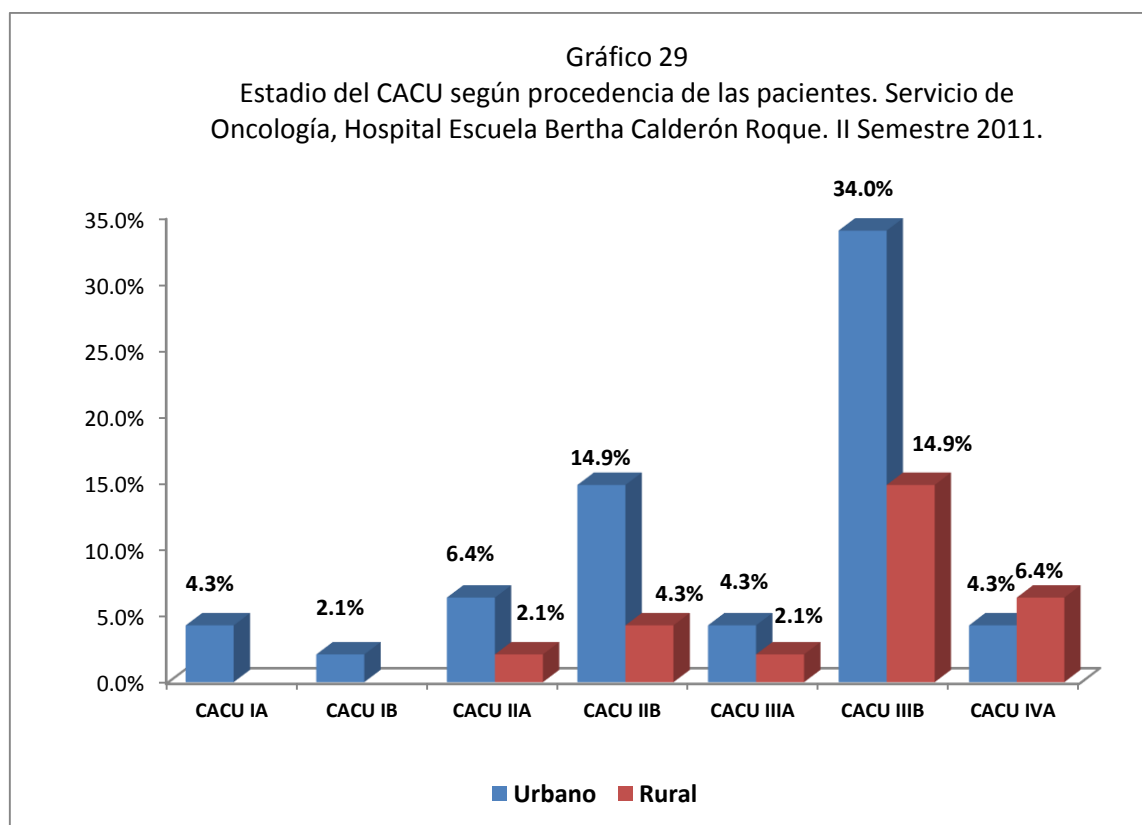
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 29
Estadio del CACU según procedencia de las pacientes. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Urbano | % | Rural | % | Total | % |
|--------------------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| CACU IA | 2 | 4.3% | | | 2 | 4.3% |
| CACU IB | 1 | 2.1% | | | 1 | 2.1% |
| CACU IIA | 3 | 6.4% | 1 | 2.1% | 4 | 8.5% |
| CACU IIB | 7 | 14.9% | 2 | 4.3% | 9 | 19.1% |
| CACU IIIA | 2 | 4.3% | 1 | 2.1% | 3 | 6.4% |
| CACU IIIB | 16 | 34.0% | 7 | 14.9% | 23 | 48.9% |
| CACU IVA | 2 | 4.3% | 3 | 6.4% | 5 | 10.6% |
| Total | 33 | 70.2% | 14 | 29.8% | 47 | 100.0% |

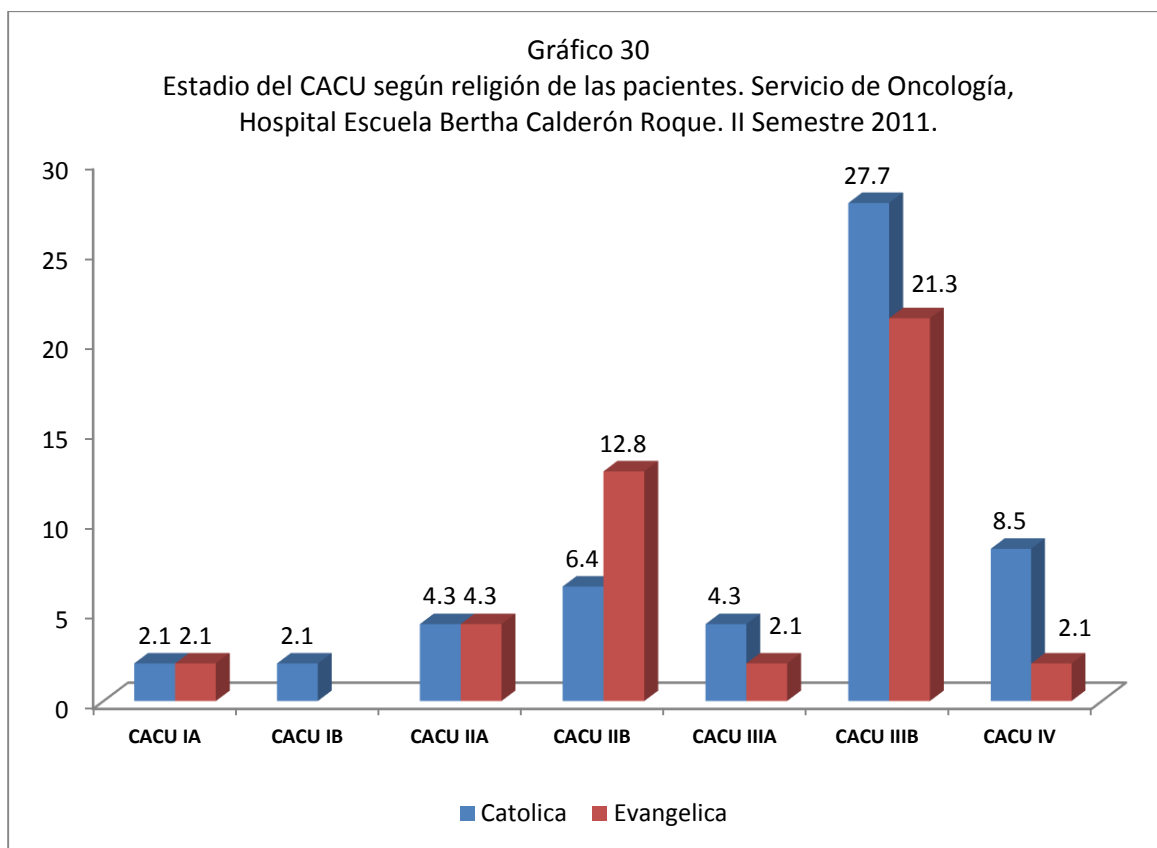
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 30
Estadio del CACU según religión de las pacientes. Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Católica | % | Evangélica | % | Total | % |
|--------------------|-----------------|-------------|-------------------|-------------|--------------|------------|
| CACU IA | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 2 | 4.3 |
| CACU IB | 1 | 2.1 | | | 1 | 2.1 |
| CACU IIA | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 4 | 8.5 |
| CACU IIB | 3 | 6.4 | 6 | 12.8 | 9 | 19.1 |
| CACU IIIA | 2 | 4.3 | 1 | 2.1 | 3 | 6.4 |
| CACU IIIB | 13 | 27.7 | 10 | 21.3 | 23 | 48.9 |
| CACU IV | 4 | 8.5 | 1 | 2.1 | 5 | 10.6 |
| Total | 26 | 55.3 | 21 | 44.7 | 47 | 100 |

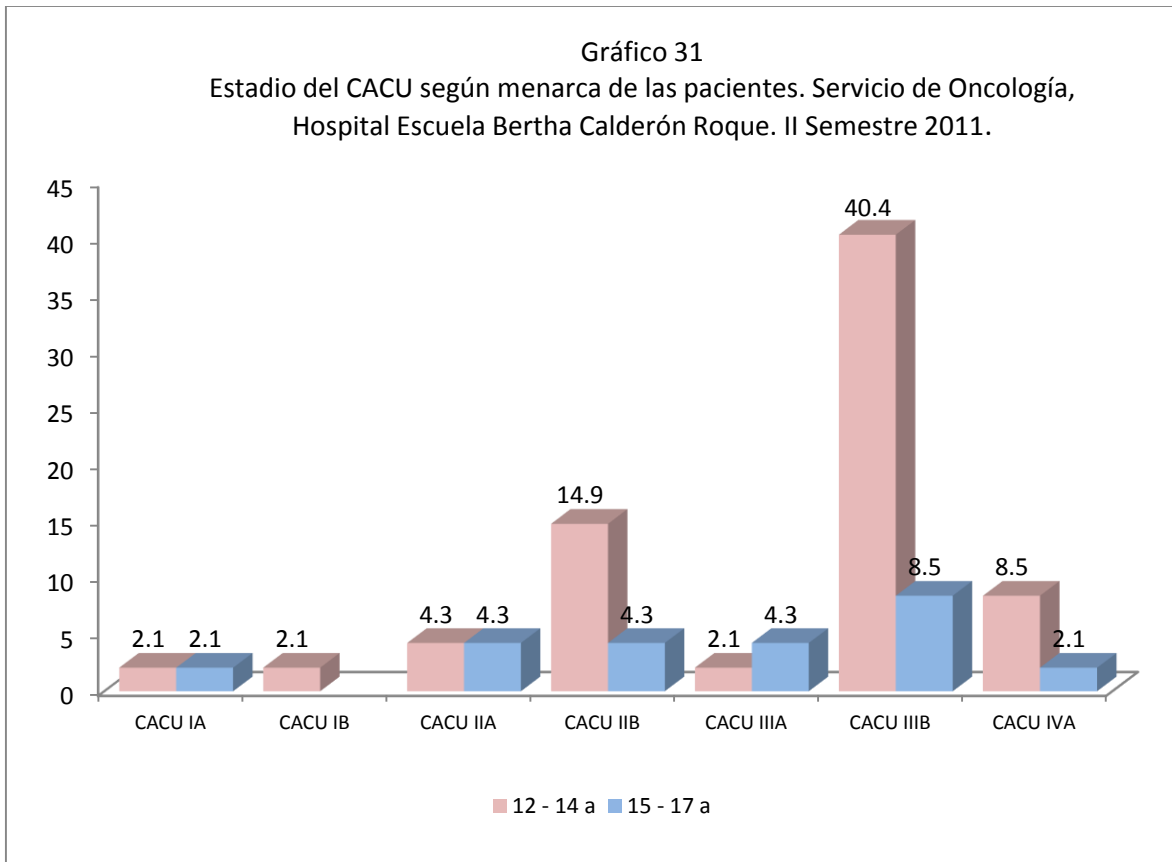
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 31
Estadio del CACU según menarca de las pacientes. Servicio de Oncología,
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Menarca | | | | Total | % |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | 12 - 14 | % | 15 - 17 | % | | |
| CACU IA | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 2 | 4.3 |
| CACU IB | 1 | 2.1 | | | 1 | 2.1 |
| CACU IIA | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 4 | 8.5 |
| CACU IIB | 7 | 14.9 | 2 | 4.3 | 9 | 19.1 |
| CACU IIIA | 1 | 2.1 | 2 | 4.3 | 3 | 6.4 |
| CACU IIIB | 19 | 40.4 | 4 | 8.5 | 23 | 48.9 |
| CACU IVA | 4 | 8.5 | 1 | 2.1 | 5 | 10.6 |
| Total | 35 | 74.5 | 12 | 25.5 | 47 | 100 |

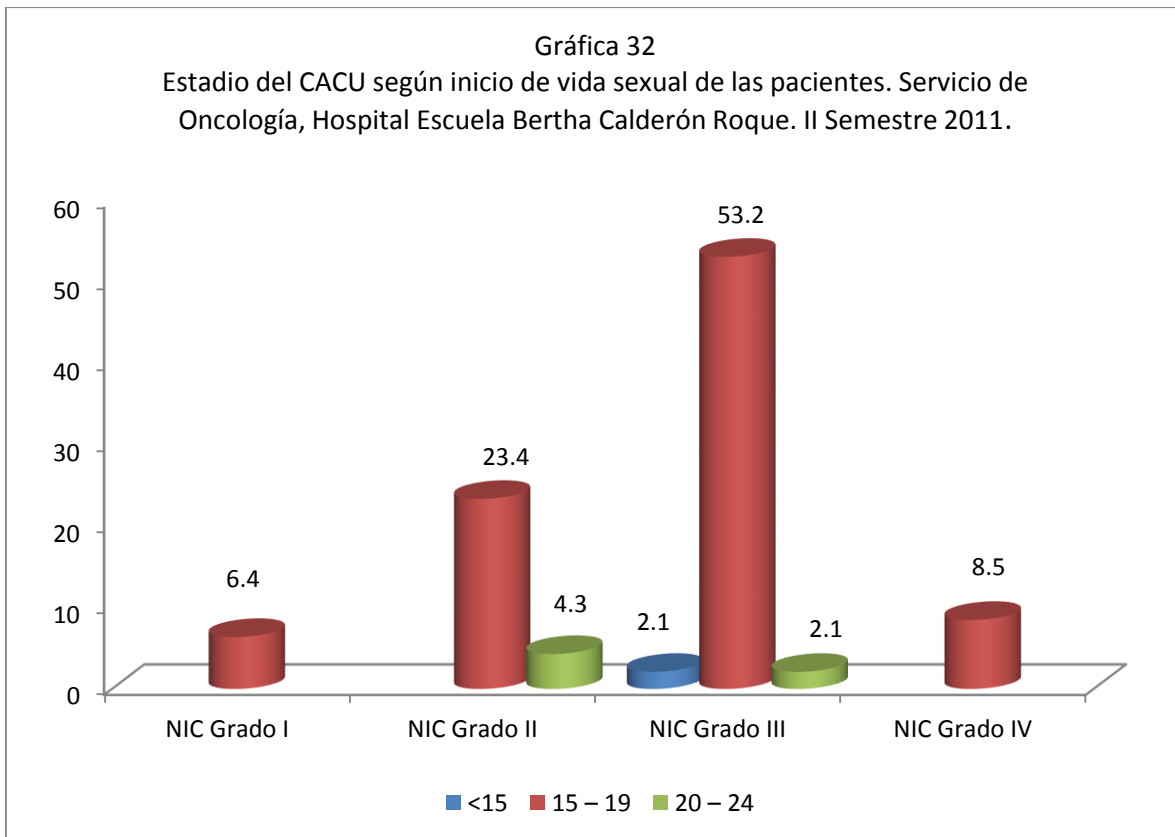
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 32
Estadio del CACU según inicio de vida sexual de las pacientes.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Inicio vida sexual activa | | | | | | Total | % |
|---------------|---------------------------|------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|------------|
| | <15 | % | 15 – 19 | % | 20 – 24 | % | | |
| NIC Grado I | | | 3 | 6.4 | | | 3 | 6.4 |
| NIC Grado II | | | 11 | 23.4 | 2 | 4.3 | 13 | 27.7 |
| NIC Grado III | 1 | 2.1 | 25 | 53.2 | 1 | 2.1 | 27 | 57.4 |
| NIC Grado IV | | | 4 | 8.5 | | | 4 | 8.5 |
| Total | 1 | 2.1 | 43 | 91.5 | 3 | 6.4 | 47 | 100 |

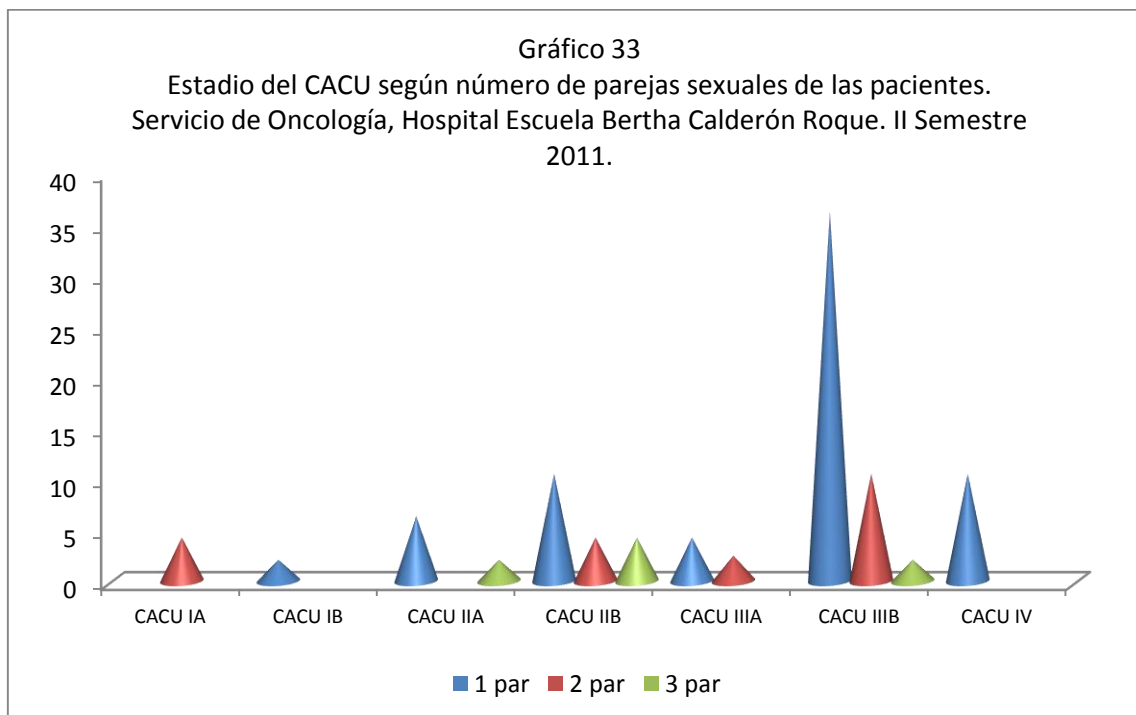
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 33
Estadio del CACU según número de parejas sexuales de las pacientes.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011.

| Diagnóstico | 1 | % | 2 | % | 3 | % | Total | % |
|--------------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|--------------|------------|
| CACU IA | | | 2 | 4.3 | | | 2 | 4.3 |
| CACU IB | 1 | 2.1 | | | | | 1 | 2.1 |
| CACU IIA | 3 | 6.4 | | | 1 | 2.1 | 4 | 8.5 |
| CACU IIB | 5 | 10.6 | 2 | 4.3 | 2 | 4.3 | 9 | 19.1 |
| CACU IIIA | 2 | 4.3 | 1 | 2.5 | | | 3 | 6.4 |
| CACU IIIB | 17 | 36.2 | 5 | 10.6 | 1 | 2.1 | 23 | 48.9 |
| CACU IV | 5 | 10.6 | | | | | 5 | 10.6 |
| Total | 33 | 70.2 | 10 | 21.3 | 4 | 8.5 | 47 | 100 |

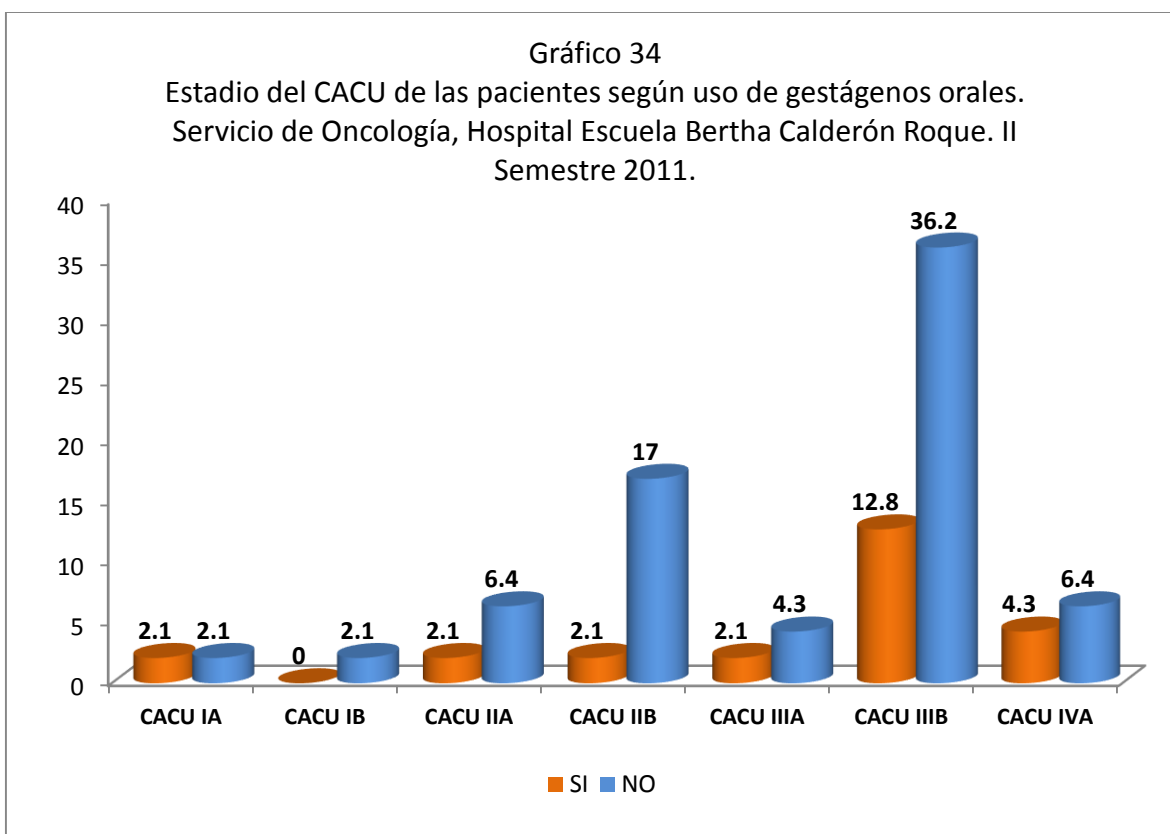
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 34
 Estadio del CACU de las pacientes según uso de gestágenos orales. Servicio de Oncología,
 Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Uso de GO | | | | Total | % |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | SI | % | NO | % | | |
| CACU IA | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 2 | 4.3 |
| CACU IB | 0 | 0 | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 |
| CACU IIA | 1 | 2.1 | 3 | 6.4 | 4 | 8.5 |
| CACU IIB | 1 | 2.1 | 8 | 17.0 | 9 | 19.1 |
| CACU IIIA | 1 | 2.1 | 2 | 4.3 | 3 | 6.4 |
| CACU IIIB | 6 | 12.8 | 17 | 36.2 | 23 | 48.9 |
| CACU IVA | 2 | 4.3 | 3 | 6.4 | 5 | 10.6 |
| Total | 12 | 25.5 | 35 | 74.5 | 47 | 100 |

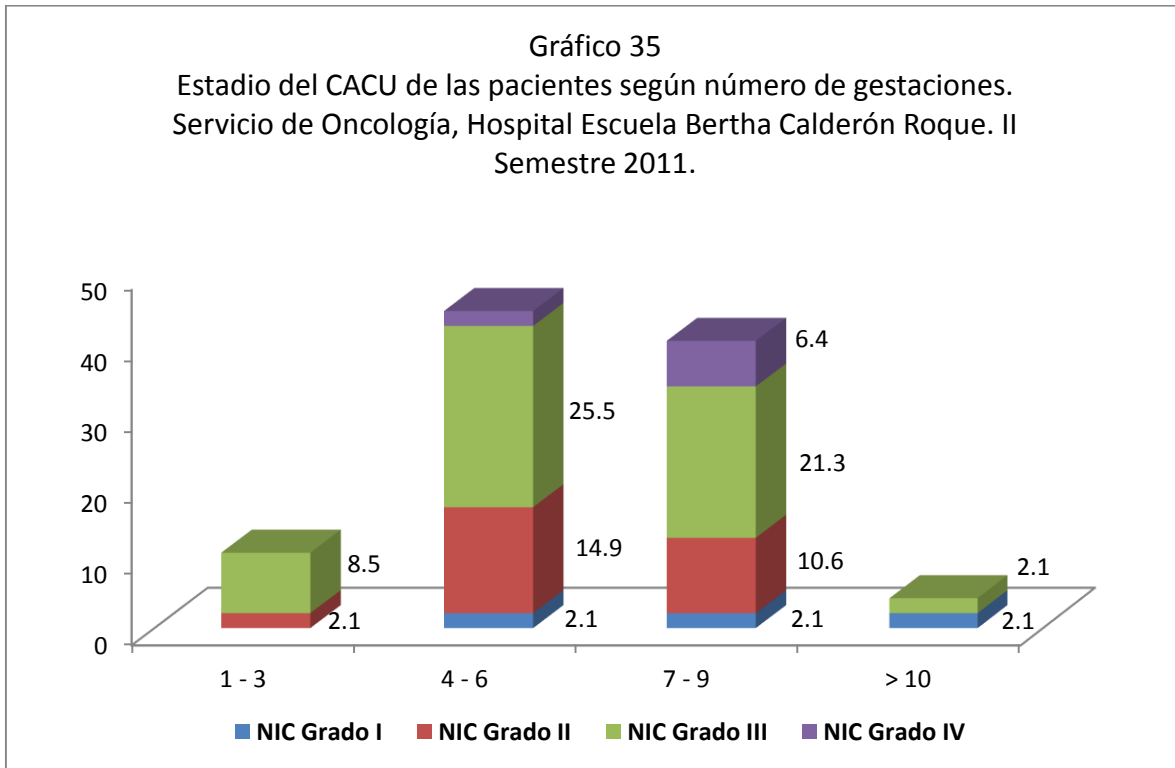
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 35
 Estadio del CACU de las pacientes según número de gestaciones. Servicio de Oncología,
 Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Número de gestaciones | | | | | | | | Total | % |
|---------------|-----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|----------|------------|-----------|------------|
| | 1-3 | % | 4-6 | % | 7-9 | % | >10 | % | | |
| NIC Grado I | | | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 1 | 2.1 | 3 | 6.4 |
| NIC Grado II | 1 | 2.1 | 7 | 14.9 | 5 | 10.6 | | | 13 | 27.7 |
| NIC Grado III | 4 | 8.5 | 12 | 25.5 | 10 | 21.3 | 1 | 2.1 | 27 | 57.4 |
| NIC Grado IV | | | 1 | 2.1 | 3 | 6.4 | | | 4 | 8.5 |
| Total | 5 | 10.6 | 21 | 44.7 | 19 | 40.4 | 2 | 4.3 | 47 | 100 |

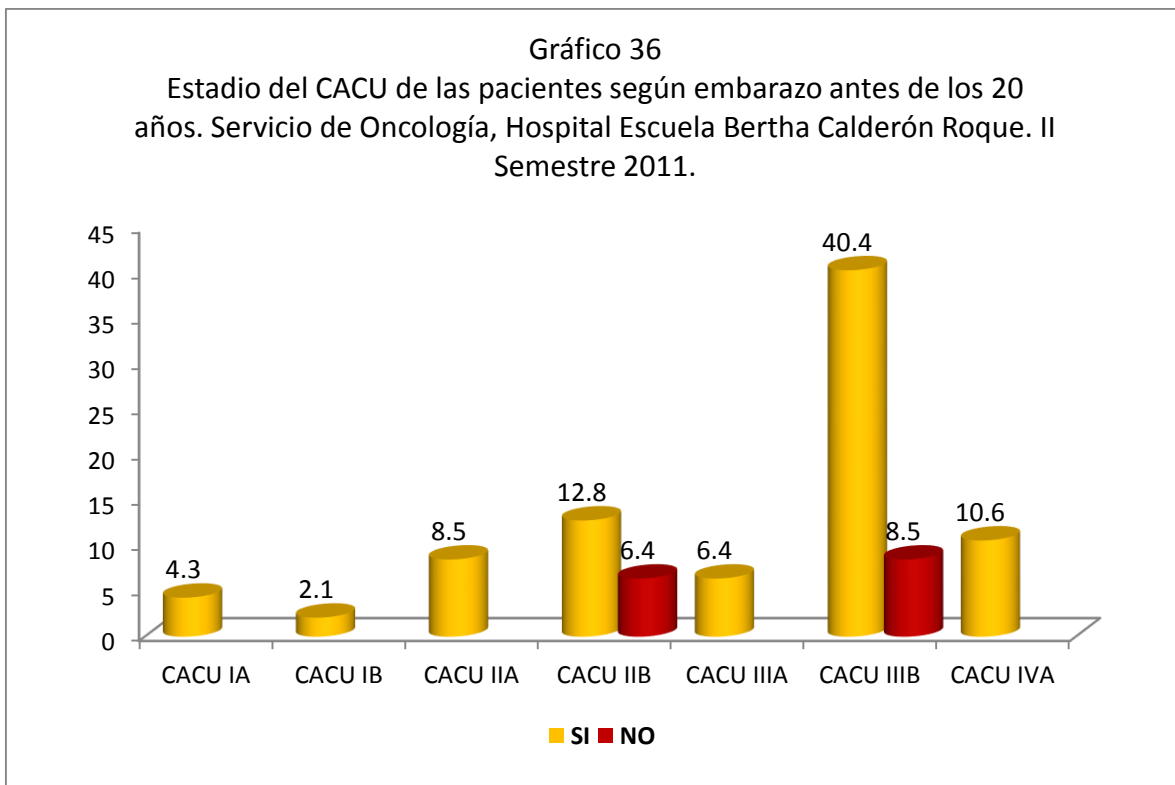
Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 36
Estadio del CACU de las pacientes según embarazo antes de los 20 años.
Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque.
II Semestre 2011.

| Diagnóstico | Embarazo antes de los 20 años | | | | Total | % |
|--------------|-------------------------------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|
| | SI | % | NO | % | | |
| CACU IA | 2 | 4.3 | | | 2 | 4.3 |
| CACU IB | 1 | 2.1 | | | 1 | 2.1 |
| CACU IIA | 4 | 8.5 | | | 4 | 8.5 |
| CACU IIB | 6 | 12.8 | 3 | 6.4 | 9 | 19.1 |
| CACU IIIA | 3 | 6.4 | | | 3 | 6.4 |
| CACU IIIB | 19 | 40.4 | 4 | 8.5 | 23 | 48.9 |
| CACU IVA | 5 | 10.6 | | | 5 | 10.6 |
| Total | 40 | 85.1 | 7 | 14.9 | 47 | 100 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica



Cuadro 37
Otras patologías que presentaban las pacientes. Servicio de Oncología,
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Otras patologías | Frecuencia | % |
|---|-------------------|--------------|
| Anemia, escara infectada MID, nefrectomía lz. | 2 | 4.3 |
| Celulitis MII | 1 | 2.1 |
| Condilomatosis | 1 | 2.1 |
| DM2, HTA, IVU, metástasis | 2 | 4.3 |
| Hepatomegalia, estenosis hepática | 1 | 2.1 |
| Rectocele II, Cistocele I | 1 | 2.1 |
| Ninguna | 39 | 83.0 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

Cuadro 38
Manifestaciones del CACU en las pacientes. Servicio de Oncología
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Manifestaciones | Frecuencia | % |
|---|-------------------|--------------|
| Carcinoma Epidermoide infiltrante | 3 | 6.4 |
| Carcinoma invasor de células escamosas invasor del cérvix + metástasis | 19 | 40.4 |
| Invasión células malignas pelvis engrosamiento endometrio mucosa rectal inflamación crónica inespecíficas | 1 | 2.1 |
| Metástasis recto, quiste pélvico ovario, vejiga, sangrado transvaginal, Úlcera sangrante en cérvix | 8 | 17.0 |
| Sin dato | 16 | 34.0 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica

Cuadro 39
Situaciones varias que presentaron las pacientes. Servicio de Oncología
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque. II Semestre 2011.

| Observaciones | Frecuencia | % |
|---------------------------------|-------------------|--------------|
| Conobiopsia | 1 | 2.1 |
| Perdida de citas con frecuencia | 3 | 6.4 |
| Abandono Tx | 4 | 8.5 |
| Ninguno | 39 | 83.0 |
| Total | 47 | 100.0 |

Fuente: Datos obtenidos de la Historia Clínica