

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN – MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO “ RUBÉN DARÍO ”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**

UNAN - MANAGUA

Tesis Monográfica para Optar al Título de Doctor en Medicina y Cirugía

**COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA HIPERPLASIA
ENDOMETRIAL EN PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA DE
GINECOLOGÍA, DEL HOSPITAL BERTHA CALDERÓN ROQUE, DURANTE EL
PERIODO COMPRENDIDO DE ENERO A MARZO DEL AÑO 2017**

AUTORAS:

Bra. María Teresa Rizo Eugarríos

Bra. Ericka Patricia Fuentes Álvarez

TUTOR CLÍNICO Y METODOLÓGICO:

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Managua, Marzo del 2019

DEDICATORIA

Primeramente a Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud, ser el manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos, además por su infinita bondad y amor.

A Mis Padres

Quienes son mi pilar fundamental y mi más valioso tesoro, por creer siempre en mi para alcanzar mis metas propuestas, y sobre todo su inmenso amor, apoyo y sacrificio a lo largo de todo este tiempo.

A mis maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de mis estudios profesionales, por su apoyo ofrecido en este trabajo, por haberme transmitido los conocimientos obtenidos y haberme llevado paso a paso en el aprendizaje. **Y en especial a mi tutor el Dr. José de los Ángeles Méndez** por su esfuerzo y cariño brindado a lo largo de este estudio.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por Haberme permitido llegar hasta este punto y darme sabiduría y la salud para lograr día a día cumplir con mis objetivos propuestos; además de su infinita bondad y amor.

A Mis Padres

Que Gracias a ellos he llegado a ser una persona de bien, con sus buenos consejos y ejemplos de perseverancia que me motivaron y motivan para seguir luchando día a día, por su apoyo incondicional en el transcurso de mi vida y preparación académica.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Por ser parte de mi formación académica, donde obtuve los conocimientos científicos básicos para el desarrollo profesional.

Al Hospital Bertha Calderón Roque, por permitirme realizar este proyecto, por toda la experiencia y conocimientos adquiridos para mi futura profesión.

A mi Tutor Dr. José de los Ángeles Méndez, por el apoyo brindado para la realización de este trabajo monográfico, por su disponibilidad y apoyo en este proyecto.

A todas las pacientes que sin saberlo, formaron parte de este estudio y proporcionaron datos a la estadística del país.

A Todas y Todos los Médicos de Base, que de alguna manera me brindaron su apoyo y directriz para poder tomar dichas enseñanzas en la práctica clínica y en nuestros pacientes que son la razón de ser médico.

A mis Compañeros de la universidad, por apoyarnos mutuamente y salir adelante y victoriosos en esta etapa de nuestras vidas.

OPINION DEL TUTOR

Evaluar Comportamiento de patologías Ginecológicas, especialmente aquellas que tienen que ver con la salud de la mujer, y que pueden ser mortales, es algo muy importante en la práctica médica.

Las jóvenes bachilleres María Teresa Rizo Eugarríos y Ericka Patricia Fuentes Álvarez se dieron la tarea de trabajar en un tema muy importante para identificar la realidad de esta patología ginecológica.

Dichos resultados serán de gran interés para las estadísticas del sistema de salud y especialmente la unidad hospitalaria.

Lograron su objetivo y considero que sus resultados son muy valiosos.

M.S.C M.D José de los Ángeles Méndez

Especialista en Ginecología y Obstetricia

RESUMEN

Objetivo: Identificar el comportamiento clínico y epidemiológico de la hiperplasia endometrial en pacientes que acudieron a la clínica de ginecología, del hospital Bertha Calderón Roque, durante el periodo comprendido de enero a marzo del año 2017.

Material y método: Estudio descriptivo, de corte transversal – retrospectivo. Cuyo universo es el total de las pacientes ingresadas al servicio de ginecología con el diagnóstico de engrosamiento endometrial por ultrasonido, durante el periodo estipulado, para un total de 305 casos. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes a las cuales el resultado histopatológico de la biopsia endometrial fue hiperplasia endometrial.

Resultados: Dentro de los datos más relevantes tenemos que el grupo de edad que más predominó fue el de mayor a 51 años con un 54.90% de los casos, en el nivel educativo se encontró que la mayoría estudiaban primaria y secundaria con un 86.27%, la mayoría provenían del sector urbano con un 74.51% y con respecto a la ocupación la mayoría eran amas de casa con un 82.35%. Entre los antecedentes gineco - obstétricos se encontró que la mayoría de las mujeres tuvieron 1 o más hijos con un 98.04%, en relación al uso de ACO negaron haber tomado con un 98.04%, el 100% de los casos negaron haber tomado progestágenos, se encontró que la mayoría presentaron una menarca entre 12 – 13 años con un 49.02%. La mayoría eran pre – menopáusicas con un 58.82%. Respecto al cuadro clínico inicial de las mujeres que más predominó fue la hemorragia uterina anormal con un 78.43%. La patología endometrial que prevaleció fue la de hiperplasia simple sin atipia con un 92.16%. En cuanto al tratamiento el 68.63% de las pacientes no recibieron ningún tratamiento ya que es hormonal, por la edad en que está ocurriendo esta patología. En la evolución posterior al tratamiento el 100% de los casos se dio seguimiento.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	4
OBJETIVO GENERAL	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
MARCO TEORICO	5
DEFINICION	5
FISIOLOGÍA	5
CLINICA	11
CLASIFICACION	12
DIAGNOSTICO	14
TRATAMIENTO MEDICO	19
TRATAMIENTO QUIRURGICO	21
DISEÑO METODOLOGICO	24
TIPO DE INVESTIGACIÓN	24
ÁREA DE ESTUDIO	24
UNIVERSO	24
MUESTRA	24
TIPO DE MUESTREO	24
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	25
PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN	25

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	25
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.....	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
ENUNCIADO DE VARIABLES	27
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	29
RESULTADOS.....	35
ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	38
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXOS	47

INTRODUCCION

La hiperplasia Endometrial (HE), representa un espectro de alteraciones morfo biológicas de las glándulas y estroma endometriales que varía entre un estado fisiológico exagerado hasta carcinoma in situ; suele evolucionar sobre un endometrio proliferativo, por estimulación prolongada de estrógenos en ausencia de influencia de progestágenos, tiene relación con ciclos anovulatorios, por lo que es más frecuente entorno a la menarquia y la menopausia.

En los países desarrollados, se estima que hay 200, 000 nuevos casos de HE por año. Sin embargo, es probable una subestimación ya que los datos de registro epidemiológico pueden diferir significativamente entre las instituciones. En nuestro país no contamos con cifras estadísticas sobre esta patología.

Hallazgo clínico frecuente es el sangrado transvaginal anormal, causa de preocupación entre las pacientes ya que casi siempre lo asocian a neoplasia cervical, sin embargo se ha visto que un 5 – 10% de las pacientes con hemorragia anormal en la postmenopausia presentan hiperplasia endometrial.

Algunos autores plantean que el 23% de las pacientes con hiperplasias atípicas desarrollan cáncer de endometrio en un promedio de 4 años posterior al diagnóstico de la lesión precursora, mientras que solo 2% de lesiones sin atipia progresan en un periodo estimado de 13 años. En consecuencia, la hiperplasia endometrial puede considerarse, un estado precursor del carcinoma, y a la presencia de atipias celulares como el factor pronostico más importante para la progresión a cáncer endometrial.

Siendo los factores de riesgo de hiperplasia endometrial y carcinoma de endometrio muy similares (obesidad, infertilidad, nuliparidad, etc), se debe estar alerta en realizar un diagnóstico precoz tanto en pacientes en edad reproductiva como en post menopaúsicas, ya sea que presenten engrosamiento endometrial o hemorragia uterina anormal, sobre todo en las mujeres con los antecedentes clínicos descritos, ya que cada vez tiene mayor incidencia y que pone en peligro la vida de la paciente.

JUSTIFICACION

En los últimos años ha venido en aumento el porcentaje de pacientes que cursan con hiperplasia endometrial y que pone en peligro la vida de la paciente debido al diagnóstico tardío, siendo el hospital Bertha Calderón Roque, un hospital de referencia no solo para la mujer en ginecología y oncología, es de vital importancia estudiar esta patología ya que el riesgo de que la hiperplasia endometrial progrese hasta carcinoma se relaciona con la presencia y gravedad de las atipias citológicas: 1% en mujeres con hiperplasia simple, 3% en aquellas con hiperplasia compleja sin atipia, 8% con hiperplasia simple con atipia y 29% si presenta hiperplasia compleja con atipia.

En nuestro medio la hiperplasia endometrial ha sido muy poco documentada, a pesar de que es una patología de gran significancia especialmente en la postmenopausia, es por ello, la importancia de realizar un abordaje optimo a las pacientes que presenten clínica o alteraciones en sus estudios de imagen que hagan sospechar de dicha patología, lograr un diagnóstico temprano, tratar adecuadamente y evitar la progresión a una patología maligna.

Estamos seguras que los resultados obtenidos de este esfuerzo investigativo serán muy valiosos, primero para la institución, segundo para el sistema, tercero para el país, porque enfocaremos una atención merecida a este grupo de mujeres lo cual orientara a cambios de programa, modificación de política y actualización en el manejo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es el comportamiento Clínico y Epidemiológico de la Hiperplasia Endometrial en pacientes que acudieron a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de enero a marzo del año 2017?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar el comportamiento Clínico y Epidemiológico de la Hiperplasia Endometrial en pacientes que acudieron a la Clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo comprendido de Enero a Marzo del año 2017

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir los datos generales del grupo de mujeres en estudio
- 2) Identificar los datos ginecológicos del grupo de mujeres en estudio
- 3) Describir el cuadro clínico inicial de ingreso hospitalario
- 4) Determinar la clasificación de la hiperplasia endometrial según resultado de biopsia
- 5) Conocer el manejo brindado a este grupo de mujeres en estudio
- 6) Caracterizar la evolución de las pacientes posterior al tratamiento

MARCO TEORICO

DEFINICION

La hiperplasia endometrial (HE), es una proliferación de glándulas endometriales de tamaño y forma irregular, con un aumento de la razón glándula / estroma, que se desarrolla a consecuencia de una excesiva exposición a los estrógenos, sin que exista oposición a su efecto proliferativo, tal y como ocurre en los ciclos anovulatorios.

Se relaciona con el estímulo prolongado de estrógenos no compensado con gestágenos, siendo una lesión estrógeno – dependiente.

La HE usualmente ocurre en edades peri y postmenopáusicas, raramente las adolescentes desarrollan hiperplasia atípica.

FISIOLOGÍA

La hiperplasia es el estado de la estimulación estrogénica elevada y mantenida no contrarrestada por la acción de los gestágenos o bien debido a la incapacidad de una respuesta adecuada focal o difusa ante el estímulo mencionado.

La proliferación normal del endometrio ocurre sin oposición por la progesterona durante la fase folicular del ciclo, cerca del 13 – 14 días en mujeres jóvenes y de los 10 – 12 días en las mujeres de mayor edad; en la fase folicular tardía hay un pequeño aumento de progesterona dependiente de la granulosa dentro del folículo dominante, después la continua producción de progesterona es dependiente del cuerpo lúteo que tiende a ser dependiente de la hormona luteinica, la producción de progestágenos domina en la fase lútea normal entre los 13 – 15 días.

El funcionamiento normal del cuerpo lúteo es un prerrequisito para la producción normal de progesterona en la que su retorno depende de una ovulación exitosa.

Durante el ciclo menstrual anovulatorio en la que hay desarrollo inadecuado del cuerpo lúteo los estrógenos actúan sin oposición por la progesterona, algunas veces por periodos largos.

La progesterona se opone a la acción proliferante de los estrógenos y descenso de la expresión de los mismos por ruptura y disminución en su síntesis. En un ciclo anovulatorio el efecto prolongado de los estrógenos sobre el endometrio causa proliferación anormal e hiperplasia.

Los niveles en fase lútea de estrógenos y progesterona, ambos causan la formación de un epitelio secretor maduro y decidualización del estroma necesario para la implantación. Se ha demostrado que un descenso en el ciclo de la progesterona resulta en excesivo crecimiento del endometrio, una vez que el endometrio es mayor que el sostén del estroma ocurre hemorragia excesiva y prolongada.

En la práctica clínica los progestágenos se usan para: regular el ciclo menstrual, como tratamiento del sangrado uterino disfuncional, en la anticoncepción, y por supuesto en el manejo del carcinoma e hiperplasia endometrial.

Algunos investigadores han demostrado que la expresión del bcl – 2 en la fase proliferativa del endometrio normal, esta incrementada en la hiperplasia endometrial.

Durante la perimenopausia / menopausia:

Durante la perimenopausia se van produciendo de forma progresiva cambios endocrinos fisiológicos. El ovario se ve incapaz de responder a los estímulos de las gonadotropinas debido a un agotamiento de los folículos primordiales. Se produce así una disminución de estradiol, que junto con la disminución de la inhibina, hace que no se inhiba la producción de FSH (se pierde el feed – back negativo). Así pues la primera manifestación del climaterio es el aumento de FSH, fase en la que los ciclos comienzan a ser anovulatorios.

Ya durante la menopausia estarán aumentadas la FSH y la LH, habrá una importante disminución de estradiol y la estrona será el principal estrógeno sintetizado a partir de la conversión periférica de androstendiona y testosterona.

La producción endógena extragonadal o la administración exógena de estrógenos, unidos a los ciclos anovulatorios, dará lugar a la estimulación del endometrio por parte de estrógenos sin efecto protector de gestágenos, el endometrio se convierte en proliferativo persistente, hecho que favorece la aparición de HE.

Circunstancias que conllevan un aumento de los niveles séricos de estrógenos, y que por tanto actúan como **FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL:**

Estrógenos endógenos

La fuente más común de estrógenos endógenos es la anovulación crónica como ocurre en casos de pacientes diagnosticadas de síndrome de ovario poliquístico, peri menopáusicas con una deficiencia en la fase lútea y obesa por la aromatización de los andrógenos en estrógenos en el tejido adiposo.

Existen cuatro mecanismos que pueden originar un aumento de las concentraciones de estrógenos endógenos:

Incremento de los andrógenos precursores: tumores endocrinos funcionales y no funcionales, hepatopatía, estrés.

Aumento de la aromatización: obesidad, hipertiroidismo y hepatopatía.

Mayor secreción directa de estrógenos: tumores ováricos.

Disminución de las concentraciones de SBG (globulina fijadora de hormonas sexuales) que da lugar a mayores concentraciones de estrógenos libres.

La conversión porcentual de androstendiona en estrógenos se correlaciona con el peso corporal.

La producción de estrógenos a partir de androstendiona aumenta según se incrementa el peso corporal y obedece a la capacidad del tejido graso de aromatizar andrógenos.

Este hecho y una disminución de las concentraciones de globulina fijadora de hormonas sexuales contribuyen a la asociación entre la obesidad y el desarrollo de cáncer de endometrio. El peso corporal presenta una correlación positiva con las concentraciones circulantes de estrona y estradiol.

El 35.7 % de las mujeres con síndrome de ovarios poliquístico tienen hiperplasia endometrial, sin embargo existen cifras variables en diferentes literaturas. La principal alteración histológica en el síndrome de ovarios poliquístico es la presencia de numerosos folículos quísticos o quistes foliculares. Cuando esto se asocia a oligomenorrea, se ha aplicado la denominación de síndrome de Leventhal. En estas pacientes falta prolongadamente la ovulación, hay obesidad en un 40%, hirsutismo en un 50% y raras veces virilización.

Estrógenos exógenos

Los estrógenos naturales o sus derivados han sido diseñados para mejorar los parámetros fármacos cinéticos (estradiol, estrona y estriol). Los estrógenos equinos conjugados son muy parecidos a los anteriores y son considerados por algunos también como naturales. El estrógeno sintético más utilizado es el etinilestradiol. Los estrógenos artificiales, también llamados moduladores específicos de los receptores estrogénicos (SERM), carecen de la estructura tetracíclica de las hormonas naturales pero tienen un comportamiento que simula el de los estrógenos naturales (dioxietilbestrol, clomifeno, tamoxifeno y el raloxifeno).

El tamoxifeno es un fármaco anti estrogénico no esteroideo sintético que se usa ampliamente en el tratamiento adyuvante del carcinoma de mama. Actúa con un antagonista del estrógeno en la mama pero tiene un efecto agonista parcial en el útero.

Múltiples estudios han asociado el desarrollo de pólipos endometriales, de hiperplasia endometrial y de procesos malignos endometriales con el tratamiento crónico de tamoxifeno.

Sin embargo el beneficio del tratamiento con tamoxifeno en pacientes con cáncer de mama supera el aumento potencial del riesgo de desarrollar cáncer de endometrio.

El estrógeno exógeno sin añadir una progesterona aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial. Este riesgo parece modificarse en función del tiempo de tratamiento y en función de la dosis.

La terapia de reemplazo hormonal al parecer es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de hiperplasia endometrial. En el estudio PEPI (Postmenopausal Estrogen / Progestin Interventions Trial) quedó claramente demostrado el riesgo de los estrógenos sin progestágenos al igual que en otros estudios. Durante tres años de tratamiento estrogénico continuado, el 62% de las mujeres desarrollaron una hiperplasia frente a sólo el 2% de las que se les administró placebo. Unfer y cois, reportan un leve aumento de la incidencia de hiperplasia endometrial en pacientes con terapia hormonal con fitoestrógenos.

Otros factores de riesgo

Las mujeres con diabetes mellitus también muestran un incrementado riesgo para hiperplasia endometrial, sin embargo no se ha demostrado una relación sustancial entre la hiperplasia y la historia de hipertensión, excepto en un estudio donde se valoró el grosor endometrial en mujeres hipertensas, siendo éste estudio el primero que demuestra asociación entre la hipertensión y un incrementado grosor endometrial medido por ultrasonido. Otra posible vía que podría ser responsable del engrosamiento endometrial en pacientes con hipertensión, también como en aquellas con obesidad e intolerancia a la glucosa es que la insulina juega un rol significativo en la esteroido génesis ovárica y está asociado con el exceso de andrógenos ováricos.

La influencia de la insulina sobre las células del estroma ovárico induce luteinización y las convierte en células más activas en la esteroido génesis. Otra patología que produce exposición prolongada a los estrógenos es el hipotiroidismo, pero aún no se ha encontrado asociación estadística.

La obesidad, es un problema de salud pública en el mundo occidental que se asocia a un incremento de hasta 5 veces más riesgo de padecer una neoplasia endometrial.

En mujeres premenopáusicas, la obesidad y el síndrome de ovario poliquístico están asociados a ciclos anovulatorios, y como consecuencia de ello, el endometrio se encuentra expuesto a la acción de los estrógenos en ausencia de la acción reguladora de la progesterona. . En la posmenopausia, la obesidad conlleva a exposición del endometrio a cantidades elevadas de estrógenos provenientes de la transformación periférica de la androstendiona (A4) a estrona (E1) y estradiol (E2), los cuales en ausencia del efecto regulador de la progesterona, estimulan la proliferación endometrial que puede progresar a hiperplasia endometrial. Ricci y cols, en un estudio de casos y controles, establecieron el riesgo (Odds Ratios) para diferentes factores evaluados en su estudio, los cuales se resumen en la Tabla II, además encontraron que no existía una asociación significativa con la historia familiar de cáncer de endometrio, ovario o mama. Los tumores de ovario de células de la granulosa y tecomas así como algunos tumores de la corteza suprarrenal, son entidades poco frecuentes en la génesis de hiperplasia endometrial.

Tabla II
FACTORES DE RIESGO PARA DESARROLLO
DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL (26)

FACTOR DE RIESGO	OR (IC95%)
Terapia de reemplazo hormonal	3,1 (1,1 - 9,3)
Obesidad	2,7 (1,5 - 5,0)
Diabetes	2,5 (0,8 - 6,9)
Edad de menopausia > 53 años	2,2 (0,7 - 6,7)
Paridad > 2 hijos	1,8 (0,9 - 3,6)
Uso de anticonceptivos orales (acos)	1,6 (0,9 - 2,8)

CLINICA

La hiperplasia endometrial se manifiesta de diversas maneras: asintomática, sangrado intermenstrual o manchado (spotting), sangrado menstrual excesivo, sangrado irregular en pacientes premenopáusicas y sangrado post menopáusico.

Ante un HUA, la HE es la causante en el 10% de los ocasiones.

En el caso de una HUA en una mujer postmenopáusica se diagnosticará, en la mayoría de las ocasiones endometrio atrófico o endometrio normal (siendo la causa de dicha hemorragia un trastorno disfuncional), también podemos encontrar pólipos, miomas,... y en el 15% de los casos estaremos ante una HE o un adenocarcinoma de endometrio.

No obstante, la persistencia de una hemorragia anormal requiere un seguimiento, ya que alrededor del 10% de las pacientes con resultados benignos en la evaluación inicial pueden manifestar en el plazo de 2 años una HEA.

El signo principal de la hiperplasia endometrial es la hemorragia uterina anormal, y aproximadamente en un 15% de pacientes con historia de hemorragia uterina anormal, se hace diagnóstico de alguna forma de hiperplasia por lo cual conlleva a hacer diagnósticos diferenciales de acuerdo al grupo etario de la paciente.

Tabla III
CAUSAS DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL SEGÚN EL GRUPO ETARIO

	Causas
Prepúberes	Pubertad precoz (origen ovárico, hipofisario o hipotalámico)
Adolescencia	Ciclos anovulatorios, desórdenes de la coagulación
Edad reproductiva	Complicaciones obstétricas (aborto, embarazo ectópico, enfermedad trofoblástica gestacional) Lesiones orgánicas (leiomiomas, adenomiosis, hiperplasia endometrial) Ciclos anovulatorios Sangrado disfuncional ovárico (fase lútea inadecuada)
Perimenopausia	Ciclos anovulatorios Lesiones orgánicas (carcinoma, hiperplasia, pólipos)
Postmenopausia	Lesiones orgánicas (carcinoma, hiperplasia, pólipos) Atrofia endometrial

CLASIFICACION

Se han propuesto varios métodos de clasificación histológicos con el objetivo de correlacionar la arquitectura de HE y las características citológicas con el riesgo de progresión a Cáncer de Endometrio. Los dos sistemas de clasificación prominentes son:

El sistema de la Organización Mundial de la Salud (OMS), establecida en 1994 con revisión en 2003, que es ampliamente conocido dentro de la práctica clínica actual ginecológica y el sistema de neoplasia intra epitelial endometrial (EIN), introducido en 2000 y aprobado en 2014, por la OMS como parte de su más reciente clasificación de tumores de los órganos reproductores femeninos.

En 1994, la OMS recomienda un sistema de clasificación basado en las características histológicas de las lesiones de HE, en un intento de estratificar la HE en función de su potencial de transformación maligna. El sistema es centrado en el patrón de arquitectura del estroma / glandular del endometrio y la presencia o ausencia de atipia citológica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso inicialmente clasificarlas en hiperplasia glandular quística, adenomatosa y atípica, pero en 1992 la International Society of Gynecological Pathologist y el comité de tumores endometriales de la OMS, deciden adoptar la clasificación de hiperplasia simple, compleja y atípica, con base en la apariencia, aglomeración y

la presencia de atipia en el epitelio glandular, como originalmente fue definida por Kurman y cols, en 1985.

La hiperplasia simple es una lesión proliferativa que se caracteriza por cambios arquitectónicos en las glándulas de diversos tamaños, con mínimos cambios en la complejidad y densidad glandular y abundante estroma entre las mismas. El epitelio superficial es pseudo estratificado con ocasionales figuras mitóticas y ausencia de atipia nuclear. La hiperplasia endometrial compleja es también una lesión proliferativa, en la cual se exhibe un incremento en el número y tamaño de las glándulas endometriales, que lucen apiñadas de forma irregular y con mínimo estroma interpuesto adoptando una morfología característica conocida como patrón de " espalda contra espalda".

Basándose en las características citológicas, las hiperplasias anteriormente descritas, se sub clasifican de una manera mucho más simple: hiperplasia con o sin atipia. La presencia de atipia celular es el factor pronóstico más importante para la progresión a carcinoma endometrial.

En un estudio, se encontró que el 23% de las pacientes con hiperplasias atípicas desarrollan adenocarcinoma de endometrio en un promedio de 4 años posterior al diagnóstico de la lesión precursora, mientras que solo el 2% de lesiones sin atipia progresan en un periodo estimado de 13,4 años.

La hiperplasia endometrial atípica es una entidad histopatológica que entraña dificultades diagnósticas y terapéuticas, dadas la frecuencia con que las pacientes con ese diagnóstico presentan finalmente adenocarcinoma de endometrio en la pieza de histerectomía. Consecuentemente un grupo de expertos que participaron en 1999 en un estudio multicéntrico europeo para el análisis de 56 muestras de endometrio, planteó la escasa reproducibilidad intra e inter observador en el diagnóstico de la hiperplasia endometrial con esta clasificación consiguiendo mejores resultados cuando se agrupaban en tres lesiones: endometrio cíclico (proliferativo, secretor y otros) hiperplasia y neoplasia endometrial (incluye hiperplasia atípica y el adenocarcinoma endometrial bien diferenciado).

Posteriormente el Endometrial Collaborative Group propuso otra clasificación: hiperplasia, neoplasia intra epitelial endometrial (NIE) y adenocarcinoma, que ha demostrado mejores resultados con alta y mayor reproducibilidad que la clasificación de la OMS.

Dadas las dificultades existentes para la categorización de la hiperplasia endometrial atípica o el adenocarcinoma, algunos autores han creado el concepto de neoplasia endometrial intra epitelial, que clasifica de manera más eficaz a las pacientes con riesgo alto y bajo de cáncer y con mejor reproducibilidad que la hiperplasia endometrial atípica. Sin embargo, la OMS aún mantiene la clasificación con base en la histopatología de presencia o no de atipia celular.

Dicha clasificación es la que actualmente la mayoría de patólogos aún consideran describiendo estas lesiones intra epiteliales dentro del grupo de las hiperplasias atípicas.

Tabla 2.

Clasificación de hiperplasia endometrial.

Tipo de hiperplasia	Progresión a cáncer
Hiperplasia simple (sin atipia)	1%
Hiperplasia compleja (sin atipia)	3%
Hiperplasia simple con atipia	8%
Hiperplasia compleja con atipia	29%

DIAGNOSTICO

La sintomatología de la HE se basa en el sangrado uterino anormal, por tanto ante una mujer que acuda por este motivo se realizará:

Historia Clínica

Habrà que realizar una buena anamnesis para conocer los antecedentes personales y familiares, FUR, FM, FO, edad, menarquia, uso de actual método anticonceptivo, posibles factores que puedan influir en la aparición de HE

(pacientes menopáusicas en THS, paciente en tratamiento con Tamoxifeno por cáncer de mama, obesidad,...), antecedentes quirúrgicos.

En todas las mujeres deben descartarse causas orgánicas específicas (neoplasias, hemorragia a partir de localizaciones extrauterinas...).

Se obtendrán datos sobre el proceso actual: Inicio, duración, intensidad, antecedentes de procesos similares, síntomas acompañantes...

Exploración general

Valorar la repercusión que la hemorragia tiene en el estado hemodinámico de la paciente.

Exploración ginecológica

Palpación abdominal, inspección de genitales externos, visualización de vagina y cérvix, tacto bimanual. Citología cervical.

El diagnóstico definitivo de la hiperplasia endometrial es histopatológico. Su diagnóstico es importante para la prevención del cáncer endometrial. Para ello, se dispone de diferentes técnicas que se exponen a continuación.

Ecografía pélvica

El grosor endometrial varía con el ciclo menstrual y la edad. Los puntos de corte para considerar un grosor patológico del endometrio a la ecografía son ≥ 16 mm en edad reproductiva, ≥ 5 mm para la postmenopausia y ≥ 8 mm en la postmenopausia con terapia de reemplazo hormonal (TRH). Algunos sostienen que el punto de corte no debe ser diferente para la mujer con TRH o sin ella. En la práctica clínica, un grosor ≤ 4 mm es capaz de excluir patología significativa con un valor predictivo positivo (VPP) de 87,3% y un 90% de sensibilidad. Con todo, el valor de la medición ecográfica del grosor endometrial parece ser un mejor predictor en la postmenopausia que en la pre menopausia respecto a cáncer de endometrio.

Las pacientes que toman tamoxifeno no tienen definido un límite de grosor endometrial patológico; la indicación de la biopsia endometrial sería por la presencia de una hemorragia uterina anormal en estas pacientes o la visión de patología focal (formación de pólipo endometrial).

Sonohisterografía o ecohisterografía

En la actualidad, la combinación de la ecografía endovaginal con la instilación de un contraste negativo como es el suero fisiológico, permite una visión ecográfica muy detallada del interior de la cavidad uterina. Es una técnica que permite una caracterización adecuada del endometrio y su relación con distintas alteraciones que lo deforman. Se trata de una técnica fácil, rápida y barata, con buena tolerancia por parte de la paciente y con escasas complicaciones.

La Sonohisterografía (SHG) permite hacer la distinción entre los procesos globales y los focales.

Esto es imprescindible antes de establecer la forma de obtener la muestra para estudio anatomopatológico mediante legrado o cánula flexible de biopsia (en un proceso de afectación endometrial global) o biopsia dirigida por histeroscopia (en una lesión focal o asimétrica).

Este procedimiento permite la evaluación cuidadosa de la arquitectura de la cavidad uterina y descubrir pequeñas lesiones (pólipos o pequeños fibromas submucosos) que puede ser desapercibidos por la ecografía o por la biopsia endometrial.

La sensibilidad y la especificidad de la SHG para la detección de pólipos es considerablemente más altas que con la ecografía sola (93% y 94% para la SHG y del 75% y el 76% por ciento para la ecografía).

La hiperplasia endometrial no puede ser diagnosticada por medio de la ecografía o la SHG solamente, ya que los rangos de engrosamiento endometrial y el cáncer de endometrio se superponen, por lo que requiere una biopsia.

Si la hipertrofia o el engrosamiento endometrial son difuso se continuará el estudio con una biopsia endometrial en la consulta, si muestra una lesión focal se debería realizar una histeroscopia para dirigir la biopsia.

La SHG resulta muy útil para la adecuada valoración y distinción entre miomas sub mucosos e intra cavitarios, así como la existencia o no de pólipos. Para delimitar la cavidad uterina y valorar la necesidad de biopsia cuando la ecografía demuestra un endometrio delgado pero asimétrico o mal visualizado y para la valoración de endometrios gruesos por ecografía. La SHG pone de manifiesto una superficie endometrial lisa o rugosa y un engrosamiento simétrico o asimétrico.

Histeroscopia

La sensibilidad para diagnosticar lesiones endometriales oscila entre el 87-100% y la especificidad entre el 88-96%. Para la hiperplasia endometrial en mujeres pre menopáusicas, la sensibilidad es del 71,8-100% y la especificidad es del 92,8-96,4%.

Los valores para la mujer postmenopáusica son del 85,1-94% y del 97-100% respectivamente. Sin embargo, los valores aumentan cuando se realiza por personal especialmente entrenado. El VPN es de 100% y un VPP entre el 38.4 y 93.3%.

La Histeroscopia es el método de elección (estándar de oro) en el diagnóstico y manejo de la patología maligna endometrial, favoreciendo el hallazgo temprano y el estadiaje del cáncer de endometrio. Precisa entrenamiento y aprendizaje para la obtención de su mejor rendimiento. Con una elevada sensibilidad y especificidad.

Permite observar directamente el interior del útero. La HE no presenta patrón histeroscópico determinado para cada tipo de hiperplasia. Entre las características histeroscópicas que podemos encontrar están:

Incremento local o difuso del grosor endometrial.

Aspecto irregular de la superficie endometrial. Formaciones polipoideas.

Proliferación en forma de balón o protusión de grandes quistes en la cavidad uterina. Áreas quísticas brillantes.

Orificios glandulares dilatados de color amarillento.

Grandes vasos superficiales en la visión panorámica. Incremento de la vascularización.

Áreas necróticas.

Cuando valoramos eficacia y correlación del diagnóstico clínico con el histológico, la eficacia diagnóstica para hiperplasia oscila entre el 56% y el 83%. La normalidad de imagen histeroscópica no excluye la posibilidad de patología.

Citología cervical-vaginal

El diagnóstico de las hiperplasias endometriales mediante la citología cervico - vaginal es útil ya que se basa en el hecho poco frecuente de encontrar células endometriales en el frotis de una mujer menopáusica hasta un 25%.

La presencia de células glandulares atípicas (ASGUS) o de células endometriales en la citología de una mujer menopáusica o en el frotis de una mujer pre menopáusica en edad reproductiva después del décimo día del ciclo debe obligar a realizar un estudio ginecológico para descartar enfermedad endometrial.

Biopsia endometrial

Es la técnica estándar para la valoración del endometrio, con una sensibilidad y especificidad del 85-90% y del 95% respectivamente. La biopsia endometrial es utilizada para diagnosticar o descartar la existencia de una hiperplasia endometrial o de un carcinoma de endometrio.

En general se acepta que no es preciso realizar una biopsia endometrial en la evaluación inicial de una hemorragia uterina anormal con nivel de recomendación C.

Se recomienda la realización de una biopsia dirigida por histeroscopia.

Ante un diagnóstico insuficiente/no valorable de la biopsia.

Si persiste el sangrado a pesar de la biopsia negativa y/o el tratamiento médico.

TRATAMIENTO MEDICO

El tratamiento de las pacientes con hiperplasia endometrial debe basarse en factores clínicos; edad, deseos genésicos y riesgo quirúrgico entre los más importantes, y en los hallazgos histológicos; presencia o ausencia de atipia citológica. El porcentaje de pacientes que responden a la terapia con progesterona es más alto en mujeres sin atipia endometrial y con tratamiento de al menos 12 a 14 días al mes. No existe tratamiento estándar ni en dosis ni en duración.

Agrupamos las opciones de tratamiento en función del estado premenopáusico del hallazgo histológico.

Mujeres pre menopáusicas

Hiperplasia simple y compleja sin atipia: debido al bajo riesgo de progresión a carcinoma que tienen estas lesiones (1-3%), se plantea inicialmente un tratamiento conservador con seguimiento y biopsias endometriales periódicas (grado de recomendación 2B).

El tratamiento médico conservador de la hiperplasia endometrial sin atipia se basa en la administración de gestágenos. Las opciones de tratamiento son las siguientes:

Mujer con deseos genésicos: se puede ofertar un tratamiento conservador o inducir la ovulación. Se debe realizar seguimiento y biopsias endometrial es periódicas.

Mujer sin deseo de gestación:

Gestágenos: Acetato de medroxiprogesterona (MPA), acetato de noretisterona, acetato de megestrol, progesterona natural micronizada, DIU delevonorgestrel, entre otros.

Estrógenos-progestágenos de forma continua y cíclica.

Danazol.

Análogos GnRH.

Otros posibles tratamientos: Actitud expectante con biopsias periódicas, ablación endometrial mediante histeroscopia, histerectomía.

El tratamiento médico con gestágenos en la hiperplasia endometrial sin atipia previene la hemorragia uterina anormal, conserva la fertilidad en mujeres premenopáusicas e invierte la hiperplasia endometrial. La MPA se pauta vía oral, de 10-20 mg diariamente durante 12 a 14 días cada mes durante tres a seis meses, con una tasa de regresión del 80 al 100%. También se puede pautar de forma continua durante tres a seis meses.

La progesterona natural micronizada se utiliza de 100 a 200 mg al día vía oral o vaginal y es una alternativa a la MPA.

Se deben realizar controles con biopsia cada 3 meses y en caso de que la alteración persista a los 7-9 meses del tratamiento o recidiva se valorará la realización de una histerectomía.

Hiperplasia atípica: el tratamiento de elección para las pacientes diagnosticadas de una hiperplasia endometrial con atipia es la histerectomía (grado de recomendación 1B). A las mujeres diagnosticadas de hiperplasia endometrial atípica mediante biopsia endometrial con cánula de Cornier se les debe realizar una biopsia dirigida mediante histeroscopia o bien un legrado fraccionado, por el riesgo de carcinoma de endometrio oculto simultáneo (15-43%).

Mujer con deseo de conservar la fertilidad: dado que las mujeres jóvenes tienen un bajo riesgo de progresión a carcinoma y en caso de producirse éste es poco agresivo, se puede realizar un tratamiento con progestágenos y con inductores de la ovulación junto con un estrecho seguimiento con biopsias endometriales cada 3 meses.

Mujer con deseos genésicos cumplidos: el tratamiento de elección es la histerectomía aunque se puede individualizar cada caso en función de las características de la paciente. Dado que cerca del 60% de las hiperplasias endometriales con atipia regresan espontáneamente, se puede plantear a la paciente tratamiento médico con progestágenos y biopsias cada 3 meses recurriendo a la histerectomía en caso de persistencia o existan o no asociados factores de riesgo de carcinoma endometrial. Se recomienda acetato de megestrol continuo vía oral a dosis iniciales de 80mg/12 horas y pueden ser aumentadas a 160mg/12horas. Otras alternativas son MPA, anticonceptivos combinados y DIU de levonorgestrel.

Mujeres postmenopáusicas

Las mujeres postmenopáusicas mayores de 55 años son las que con mayor probabilidad pueden padecer una hiperplasia atípica o un carcinoma de endometrio.

Hiperplasia simple y compleja sin atipia: si el diagnóstico es de hiperplasia sin atipia, dado que estas hiperplasias son debidas a un estímulo estrogénico no compensado, se puede tratar de forma conservadora con un estrecho seguimiento dela paciente. Se aconseja dosis de10mg/día de MPA de forma continua durante 3meses consiguiendo una tasa de regresión del 86% o la histerectomía.

Hiperplasia atípica: el tratamiento de elección es la histerectomía. Si la paciente presenta un alto riesgo quirúrgico o no desea la intervención, se ofrecerá de 80mg/día cada 12 horas de acetato de megestrol o 60-70mg/día de MPA de forma continúa.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Las opciones quirúrgicas para tratar la HE son: ablación-resección endometrial e histerectomía.

Ablación-resección endometrial

La ablación endometrial consiste en la destrucción de todo el endometrio (incluyendo la basal), desde el fundus hasta el istmo, comprendiendo 1-2 mm de miometrio, utilizando diferentes métodos para ello. Su finalidad es evitar la extirpación del útero.

La resección endometrial consiste en la extirpación de parte del endometrio, conservando generalmente la mucosa peritubárica y fúndica o la mucosa ístmica, realizándose habitualmente mediante electrocirugía por vía transhisteroscópica.

Cuando se combinan ambas técnicas hablamos de ablación-resección endometrial.

Indicaciones:

Descendencia completada

Exclusión de patología orgánica (incluida HEA)

Resistencia al tratamiento hormonal

Tipos de ablación endometrial:

De primera generación. Histeroscópicas:

Ablación con láser de Nd-Yag.

Ablación-Resección electroquirúrgica, mediante vaporización con bola rodante o resección endometrial con asa. Permite obtener material para estudio histológico. Reseca tanto el endometrio como la zona superficial del miometrio.

De segunda generación. Son diferentes técnicas que no requieren histeroscopia, algunas de ellas: balones térmicos, hidrotermoablación, microondas, hipertermia intersticial con láser o corriente bipolar.

La biopsia endometrial previa a la intervención es obligatoria para descartar la presencia de alteraciones atípicas endometriales.

La utilización de fármacos frenadores del desarrollo endometrial antes de la cirugía, facilita la ablación y aumenta su eficacia. Se consiguen buenos resultados con 1 o 2 ciclos de análogos de la GnRH (mensual o trimestral).

La ablación-resección tiene pocas complicaciones (4-6%), las más frecuentes son la perforación uterina, el síndrome de retención hídrica y la hemorragia.

Histerectomía

Se realizará vía vaginal, abdominal o laparoscópica dependiendo de cada caso.

Indicaciones: Mujeres menopáusicas o perimenopáusicas, fallo en el tratamiento médico, Cuando el estudio histológico informe de HEA.

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Según los objetivos del presente estudio, es descriptivo. De acuerdo a la ocurrencia de los hechos en el tiempo, el estudio es de corte transversal – retrospectivo.

ÁREA DE ESTUDIO

Servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque

UNIVERSO

Todas aquellas pacientes que fueron ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a marzo del 2017, con diagnóstico de engrosamiento endometrial por ultrasonido el cual fue conformado por 305 pacientes.

MUESTRA

Todas aquellas pacientes que fueron ingresadas al servicio de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero a marzo del 2017, con diagnóstico de hiperplasia endometrial y que cumple con los criterios de inclusión para un total de 51 pacientes.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Expediente completo al momento de la aplicación del instrumento de recolección de la información
- Pacientes con diagnóstico de hiperplasia endometrial por biopsia endometrial

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Expedientes Clínicos incompletos

PROCEDIMIENTOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Para la obtención de los datos se solicitara autorización escrita a las autoridades del SILAIS, a fin de que el departamento de estadísticas permita la revisión de expedientes clínicos dentro de las instalaciones del HBCR.

La técnica para la recolección de la información será la revisión documental de los expedientes clínicos archivados en el departamento de estadísticas. El instrumento a utilizar para la revisión de los expedientes clínicos, será una lista de chequeo previamente y validada para la obtención de los datos, la cual contendrá los siguientes ítems:

1. Datos Generales
2. Datos Ginecológicos
3. Cuadro Clínico Inicial
4. Clasificación de la hiperplasia endometrial por biopsia
5. Manejo Terapéutico
6. Evolución posterior al tratamiento

La validación de la ficha de recolección será con expedientes clínicos de los archivos del servicio de Ginecología del hospital Alemán Nicaragüense y se validara con un 5% del tamaño muestral.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

La información obtenida se procesara en una base de datos elaborada en programa estadístico SPSS versión 20, posteriormente se utilizaran los programas de Microsoft Word 2016, Microsoft Power Point 2016, Excel 2016, para la presentación en tablas y graficas de los datos obtenidos.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Las variables en estudio se tabularan en cuadros de frecuencia simple, frecuencias relativas y graficas elaboradas en programa Microsoft Word 2016, Excel 2016.

Luego de realizar el procesamiento de la información, los datos que se obtendrán serán agrupados y presentados en tablas de frecuencias, en el siguiente orden:

1. Datos Generales
2. Datos Ginecológicos
3. Cuadro Clínico Inicial
4. Clasificación de la hiperplasia endometrial por biopsia
5. Manejo Terapéutico
6. Evolución posterior al tratamiento

Para la presentación y análisis de los resultados obtenidos se utilizaran los valores en porcentaje correspondiente a cada ítem. Los resultados serán analizados utilizando como referencia el marco teórico y los antecedentes encontrados en otras investigaciones.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo se realiza con fines académicos y científicos, cuyos resultados obtenidos son estrictamente confidenciales sin exponer la identidad de los pacientes y se respetaran los principios de la bioética.

ENUNCIADO DE VARIABLES

Datos Generales de las mujeres

1. Edad
2. Estado Civil
3. Escolaridad
4. Procedencia
5. Ocupación

Datos Gineco – Obstétricos de las mujeres

1. Nulípara
2. Uso de ACO
3. Uso de Progestágenos
4. Edad de menarca
5. Edad de Menopausia
6. Periodo de Menopausia

Cuadro Clínico Inicial

1. Hemorragia Uterina Anormal
2. Dolor Pélvico
3. Asintomática

Clasificación de la Hiperplasia Endometrial según resultados de biopsia

1. Hiperplasia endometrial simple sin atipia
2. Hiperplasia endometrial simple con atipia
3. Hiperplasia endometrial compleja sin atipia
4. Hiperplasia endometrial compleja con atipia

Manejo realizado en las mujeres en estudio

1. Progesterona
2. Histerectomía
3. Ninguno

Evolución posterior al tratamiento

1. Satisfactoria
2. Persistencia
3. Regresión
4. Progresión a Ca de endometrio

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Objetivo N° 1: Describir los datos generales del grupo de mujeres en estudio			
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la captación del paciente	Años	≤ 30 31 – 40 41 – 50 ≥ 51
Estado Civil	Situación relacionada con una pareja ante la sociedad	Según Expediente	Casada Unión Estable Soltera Viuda
Escolaridad	Periodo escolar aprobado hasta el momento del estudio	Según Expediente	Analfabeta Primaria Secundaria Universidad
Procedencia	Barrio o sector donde habita la mayor parte del tiempo	Según Expediente	Urbano Rural
Ocupación	Actividad habitual de una persona o trabajo	Según Expediente	Ama de casa Trabajadora Domestica Comerciante Secretaria Otros

Variable	Definición	Indicador	Escala
Objetivo N° 2: Identificar los datos gineco – obstétrico del grupo de mujeres en estudio			
Antecedentes gineco - obstétricos	Historial de la paciente acerca de su vida reproductiva e historial ginecológico	Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No
		Según Expediente	≤ 11 12 – 13 ≥ 14 No aplica
		Según Expediente	≤ 39 40 – 45 46 – 50 ≥ 51 No aplica
		Según Expediente	Pre – menopaúsica Post – menopaúsica No aplica

Variable	Definición	Indicador	Escala
Objetivo N° 3: Describir el cuadro clínico inicial de ingreso hospitalario			
Hemorragia uterina anormal	Es un sangrado del útero más duradero que el usual y se presenta en un tiempo irregular	Según expediente	Si No
Dolor pélvico	Dolor en la parte baja del abdomen	Según expediente	Si No
Asintomática	El paciente es un portador de una enfermedad o infección pero no experimenta síntomas	Según expediente	Si No

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Objetivo N° 4: Determinar la clasificación de la hiperplasia endometrial según resultado de biopsia				
Hiperplasia Endometrial	Lesión proliferativa con cambios en la relación glándula - estroma	Reporte de biopsia endometrial que informe el hallazgo	Hiperplasia endometrial simple sin atipia	Si No
			Hiperplasia endometrial simple con atipia	Si No
			Hiperplasia endometrial compleja sin atipia	Si No
			Hiperplasia endometrial compleja con atipia	Si No

Variable	Definición	Indicador	Escala
Objetivo N° 5: Conocer el manejo brindado a este grupo de mujeres en estudio			
Tratamiento	Abordaje médico o quirúrgico que recibió la paciente	Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No

Variable	Definición	Indicador	Escala
Objetivo N° 6: Caracterizar la evolución de las pacientes posterior al tratamiento			
Evolución	Estado actual de la paciente según reporte de ultrasonido o de biopsia endometrial	Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No
		Según Expediente	Si No

RESULTADOS

El estudio se realizó en el Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo de enero-marzo del 2017. Se incluyeron 51 pacientes ingresadas en el servicio de Ginecología con el diagnóstico de Hiperplasia Endometrial por biopsia.

Objetivo N° 1: Describir los datos generales del grupo de mujeres en estudio.

En cuanto a la edad se encontró con un total de 28 casos (54.90%) estaba dentro del rango de una edad mayor a 51 años seguidas del grupo etareo de 41 a 50 años con 14 casos (27.45%), el grupo de pacientes entre las edades de 31 a 40 años representaban 6 casos (11.76%) y el grupo menos frecuente fue el de pacientes menores de 30 años con 3 casos (5.88%) (Ver anexos Tabla 1).

El estado civil en la gran mayoría de las pacientes estudiadas es soltera con 20 casos (39.22%) o estaban casadas las cuales representaron 17 casos (33.33%), 11 casos (21.57%) de las pacientes es unión estable, 3 casos (5.88%) de las mujeres eran viuda (ver anexos Tabla 2).

En relación a la escolaridad se encontró con un total de 22 casos (43.14%) tenía educación primaria y en un igual porcentaje se encontró que 22 casos (43.14%) educación secundaria, 4 casos (7.84%) universitaria y solo 3 casos (5.88%) analfabeta (ver anexos Tabla 3).

En cuanto a la procedencia se encontró con un total de 38 casos (74.51%) de las mujeres era de procedencia urbana y 13 casos (25.49%) era de origen rural (ver anexos Tabla 4).

Con respecto a la ocupación de las pacientes se encontró con un total de 42 casos (82.35%) eran ama de casa, 4 casos (7.84%) eran trabajadora doméstica, 2 casos (3.92%) eran comerciante y en un igual porcentaje se encontró que 2 casos (3.92%) eran otros trabajos y 1 caso (1.96%) era secretaria (ver anexos Tabla 5).

Objetivo N° 2: Identificar los datos gineco – obstétrico del grupo de mujeres en estudio.

En cuanto a los antecedentes gineco – obstétricos se encontró que respecto a si las pacientes eran nulíparas, se obtuvo que 50 casos (98.04%) tenían 1 o más hijos y 1 caso (1.96%) era nulípara (ver anexos Tabla 6).

Del total de las pacientes, 50 casos (98.04%) negaron haber tomado ACO y 1 caso (1.96%) refirieron haber tomado ACO (ver anexos Tabla 7).

En relación al uso o no de progestágenos, 51 casos (100%) no lo usaron (ver anexos Tabla 8).

Con relación a la edad de menarquia, 25 casos (49.02%) correspondieron al grupo de 12 a 13 años, 11 casos (21.57%) se encuentran en el grupo de 11 años o menos, 11 casos (21.57%) al grupo de 14 años o más y 4 casos (7.84%) no aplicaban (ver anexos Tabla 9).

Respecto a la edad de menopausia, se encontró con un total de 16 casos (31.37%) no aplicaban, 13 casos (25.49%) correspondieron al grupo de 51 años o más, 11 casos (21.57%) al grupo de 46 a 50 años, 8 casos (15.69%) al grupo de 40 a 45 años y 3 casos (5.88%) al grupo de 39 años o menos (ver anexos Tabla 10).

En relación al periodo de menopausia, se encontró con un total de 30 casos (58.82%) eran pre- menopáusicas, 16 casos (31.37%) no aplicaban y 5 casos (9.80%) post- menopáusicas (ver anexos Tabla 11).

Objetivo N° 3: Describir el cuadro clínico inicial de ingreso hospitalario.

Respecto al cuadro clínico inicial de ingreso hospitalario de las pacientes en estudio se encontró con un total de 40 casos (78.43%) presentaron hemorragia uterina anormal y 11 casos (21.57%) no la presentaron (ver anexos Tabla 12).

Se evidencio que 34 casos (66.67%) de las pacientes presento dolor pélvico y 17 casos (33.33%) no presento (ver anexos Tabla 13).

En relación a las pacientes en estudio, 33 casos (64.70%) no estaban asintomáticas y 18 casos (35.30%) asintomáticas (ver anexos Tabla 14).

Objetivo N° 4: Determinar la clasificación de la hiperplasia endometrial según resultado de biopsia.

Dentro de la clasificación de la hiperplasia endometrial según resultado de biopsia, 47 casos (92.16%) presentaron hiperplasia simple sin atipia y 4 casos (7.84%) hiperplasia compleja con atipia (ver anexos Tabla 15).

Objetivo N° 5: Conocer el manejo brindado a este grupo de mujeres en estudio.

En cuanto al manejo brindado, 35 casos (68.63%) no recibieron ningún tratamiento porque era un proceso hormonal, 15 casos (29.41%) recibieron terapia con progesterona y 1 caso (1.96%) se le realizó histerectomía (ver anexos Tabla 16).

Objetivo N° 6: Caracterizar la evolución de las pacientes posterior al tratamiento.

En base a la evolución de las pacientes posterior al tratamiento se encontró que las 51 casos (100%) se le dio seguimiento, de estas 44 casos (86.27%) no pasaron a otro nivel de complicación se quedaron como engrosamiento endometrial, 4 casos (7.84%) persistencia, 2 casos (3.92%) regresión, 1 caso (1.96%) progresión a Ca de endometrio (ver anexos Tabla 17).

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Datos Generales de las mujeres con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial.

De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio podemos determinar que las mujeres con diagnóstico de hiperplasia endometrial se encuentran con mayor frecuencia entre las edades de 41- 50 y mayor a 51 años con un total de 42 casos que corresponde al 82.35%, datos que coinciden con la literatura internacional en donde establece que la edad tiene un papel importante en la incidencia de esta patología y que el pico de mayor presentación tiene lugar en la cuarta a quinta década de la vida; ya que es en esta etapa en la que hay exposición de altos niveles de estrógenos endógenos y bajos niveles de progesterona, tal y como ocurre en los ciclos anovulatorios como es en este caso, el promedio de edad de presentación de esta patología es a los 44.8 años. En relación al estado civil se encontró que la mayoría de las pacientes eran solteras con un total de 20 casos que corresponde al 39.22%, siendo esto debido a las tradiciones socio- culturales adoptadas por las familias nicaragüense, en donde ellas al no contar con un documento legal de matrimonio dan por hecho que siguen siendo soltera independientemente que tenga un compañero de vida establecido. Con respecto al nivel educativo un total de 44 casos que corresponde al 86.27%, tenían primaria y secundaria aprobado como mayor grado de escolaridad, datos que nos confirman que son mujeres que por el nivel bajo escolar no toman decisiones y acciones correctas ante las manifestaciones clínicas de la hiperplasia endometrial, por falta de conocimiento de la enfermedad. En cuanto a la procedencia la mayoría provenían del sector urbano con un total de 38 casos que corresponde al 74.51%, lo que indica que a pesar que el Hospital Bertha Calderón Roque es un hospital de referencia nacional y que atiende de manera gratuita a la ciudadanía, esto podría explicarse debido a que el hospital se encuentra en la zona urbana de la capital y las mujeres que viven en las zonas rurales del país no asisten ni hacen uso de las atenciones médicas debido a la ubicación geográfica, accesibilidad a dicho servicio de salud y por diferentes tabúes creados por la sociedad.

En la ocupación la mayoría eran amas de casa con un total de 42 casos que corresponde al 82.35%, esto nos confirma que estas mujeres permanecen más tiempo dedicadas al bienestar del hogar y no al bienestar propio lo que conlleva que no se preocupen de su estado de salud ante un primer signo clínico como es la hemorragia uterina anormal ya que está establecido en la literatura internacional que la edad de mayor frecuencia es mayor a 51 años, es por esto que ellas consideran este signo normal como un proceso fisiológico de la menopausia por lo que conlleva que ellas busquen atención médica cuando han transcurrido de 3 a 5 años desde que el signo principal se presentó por primera vez cuando ya la hiperplasia endometrial ha progresado a cáncer de endometrio.

Datos Gineco – Obstétricos de las mujeres con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial.

De acuerdo a los datos gineco – obstétricos se encontró que la mayoría de las mujeres tuvieron 1 o más hijos con un total de 50 casos que corresponde al 98.04%, datos que coincide con la literatura internacional donde establece que algunos autores consideran que la paridad es un factor protector para el carcinoma de endometrio pero no para hiperplasia endometrial, en este estudio la nuliparidad no mostro asociación estadística con la hiperplasia endometrial. En relación al uso de ACO, la mayoría de las pacientes negaron haber tomado con un total de 50 casos que corresponde al 98.04% , en relación al uso de progestágenos, en su totalidad las mujeres negaron haber tomado, con un total de 51 casos que corresponde al 100%, datos que no coincide con el estudio PEPI en donde establece que el estrógeno exógeno sin añadir una progesterona aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial, por otro lado hay estudios que demuestran que el uso de progestágenos es un factor protector para hiperplasia endometrial, la hiperplasia endometrial no estuvo asociado con el uso de anticonceptivos orales.

Con relación a la edad de menarca, la mayoría presentaron una menarca entre 12–13 años con un total de 25 casos que corresponde al 49.01%, datos que coinciden por artículo publicado por el sitio [www.incan – mexico.org](http://www.incan-mexico.org) en donde establece que el riesgo de que una mujer presente hiperplasia endometrial aumenta si la mujer comienza los

periodos menstruales entre 11- 12 años. Con respecto a la edad de menopausia, la mayoría de las mujeres estuvieron dentro del grupo de 51 años a mas con un total de 13 casos que corresponde al 25.49%, lo cual si corresponde con la literatura internacional en donde establece que en la edad de 51 años a mas está asociado a ciclos anovulatorios lo que conlleva a exposición del endometrio a cantidades elevadas de estrógenos provenientes de la transformación periférica de la androstendiona a estrona y estradiol, los cuales en ausencia del efecto regulador de la progesterona, estimulan la proliferación endometrial que progresa a hiperplasia. En base a los resultados obtenidos la mayoría de las pacientes eran premenopáusicas con un total de 30 casos que corresponde al 58.82% lo cual corresponde a que predispone a un riesgo 3 veces mayor de patologías endometriales.

El cuadro clínico inicial de ingreso hospitalario de las mujeres con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial

En relación al cuadro clínico inicial se encontró que la mayoría de las mujeres con un total de 40 casos que corresponde al 78.43%, presentaron hemorragia uterina anormal, lo cual coincide con el estudio “Riesgo de progresión de hiperplasia endometrial compleja y atípica” publicado por la revista internacional de cáncer ginecológico en donde informa que el síntoma principal fue el sangrado uterino anormal en el periodo post- menopáusico, esto debido a la caída de los niveles de estrógenos que determina una disminución del contenido agua, colapso y contracción de arteriolas (ramas de la arteria uterina) con isquemia consecutiva del epitelio funcional del útero, al igual que la caída de los niveles de progesterona la cual determina la liberación de relaxina de granulocitos endometriales lo que lleva a disolución del retículo endometrial, descamación y posteriormente hemorragia.

En otro estudio realizado en el HEODRA León, se observó que el sangrado transvaginal fue el síntoma más común, en la literatura internacional se establece que la principal manifestación clínica de la hiperplasia endometrial es la hemorragia uterina anormal y aproximadamente en un 90% de las pacientes con historia de hemorragia uterina anormal, se hace diagnóstico de alguna forma de hiperplasia.

La clasificación de la hiperplasia endometrial según resultado de biopsia

En base a la clasificación histopatológica de la hiperplasia endometrial se encontró que la mayoría corresponde a hiperplasia simple sin atipia con un total de 47 casos que corresponde al 92.16%, lo cual coincide con diferentes estudios como el de Lotfi Slend et al donde concluye que la mayoría de las biopsias endometriales fueron de hiperplasia simple sin atipia y en un estudio realizado en león “factores de riesgo de hiperplasia endometrial” se encontró que la hiperplasia simple sin atipia fue el diagnóstico histológico más común y se determina que la hiperplasia simple es una lesión proliferativa que se caracteriza por cambios arquitectónicos en las glándulas de diversos tamaños, con mínimos cambios en la complejidad y densidad glandular y abundante estroma entre las mismas, el epitelio superficial es pseudo estratificado con ocasionales figuras mitóticas y ausencia de atipia nuclear.

El manejo brindado de las mujeres con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial

En relación al manejo de las pacientes, se encontró con un total de 35 casos que corresponde al 68.63%, no se le dio ningún tratamiento, esto se debe a que la mayoría de las pacientes que acudieron se le realizó biopsia endometrial para el diagnóstico y el resultado fue hiperplasia simple sin atipia; debido a que este tipo de hiperplasia presenta bajo riesgo de progresión a carcinoma de endometrio, datos que coinciden por artículo publicado por el sitio www.scielo.com donde establece que el tratamiento se basa en factores de riesgos y hallazgos

histológicos y en este estudio la mayoría de las mujeres no tenían factores de riesgos predominantes, se decide no dar tratamiento pero si seguimiento.

La evolución de las pacientes posterior al tratamiento

En relación a la evolución de las pacientes, se encontró con un total de 51 casos que corresponde al 100%, se le dio seguimiento, de estas 51 pacientes, 4 pacientes que corresponde al 7.84% persistieron con hiperplasia endometrial, 2 pacientes que corresponde al 3.92% presentaron regresión a pesar del manejo que se le dio, 1 paciente que corresponde al 1.96% progreso a un CA de endometrio, esto significa que las otras 44 pacientes no pasaron a otro nivel de complicación, se quedaron como engrosamiento endometrial que a la medida es hormonal por la edad en que está ocurriendo esta patología.

CONCLUSIONES

Se realizó el estudio con una muestra de 51 expedientes de mujeres con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial ingresadas en el servicio de Ginecología del H.B.C.R. cuyas conclusiones son:

La edad más frecuente del grupo de estudio, se encontró con mayor frecuencia entre las edades de 41 a más de 51 años con un total de 42 casos, de ellas la gran mayoría eran solteras, escolaridad baja, del área urbana y amas de casa.

Respecto a los antecedentes gineco- obstétricos se encontró que en su mayoría eran multíparas, no se encontraron casos de mujeres con antecedentes de haber tomado progestágenos. En relación a la edad de menarca, el grupo más predominante es de 12 - 13 años. Respecto a la edad de menopausia, el grupo que más predominó fue el de 51 años a más. En relación al periodo de menopausia, se encontró que la mayoría eran pre - menopaúsicas.

La manifestación clínica más frecuente observada es la hemorragia uterina anormal con un total de 40 casos, siendo este el signo principal y de mayor preocupación.

La patología endometrial que más predominó fue la de Hiperplasia Endometrial Simple sin Atipia con un total de 47 casos.

En cuanto al tratamiento, 35 pacientes no recibieron ningún tratamiento porque era un proceso hormonal por la edad en que está ocurriendo esta patología, ya que la mayoría de las pacientes presentaron HE simple sin atipia, al no ser de patología maligna y cuadro clínico agravante.

En la evolución posterior al tratamiento, se encontró que un total de 51 casos se dio seguimiento, de estas 44 casos no pasaron a otro nivel de complicación se quedaron como engrosamiento endometrial, 4 casos persistencia, 2 casos regresión a pesar del manejo que se le dio y 1 caso progresión a Ca de endometrio.

RECOMENDACIONES

- A las Autoridades del MINSA, junto a los Jefes del SILAIS y Gineco – Obstetras del país, conformar un equipo de trabajo para elaborar un protocolo de manejo de esta patología en el cual quede bien especificado el abordaje y manejo calificado de la hiperplasia endometrial.
- A los Jefes de Servicio de Ginecología de las diferentes unidades de salud, establezcan una forma clara y concreta para evaluar de forma periódica el seguimiento de estas pacientes, lo que permitirá el manejo oportuno y conocimiento claro de la patología, como elemento que altera el estado de salud de este grupo de mujeres.
- A las Autoridades del MINSA junto a Directores del SILAIS, Entes Gubernamentales y no Gubernamentales, crear un sistema eficaz de educación e información sobre esta patología, lo cual permitirá a la mujer identificar de forma oportuna todas aquellas sintomatología y que acuden a las diferentes instituciones de salud en el momento adecuado.
- La Dirección de Docencia e Investigación del MINSA, promueva la realización de talleres formativos sobre esta patología a todo el personal médico con el firme propósito de abordar de forma integral a las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Schroder R. Endometrial Hiperplasia in relation to genital funtion. Am Obstet Ginecol 1954; 68: 299 – 309

Reed SD, Newton KM, Clinton WL, Epplein M, Garcia R, Allison K, Voigt LF, Weiss NS. Incidence of endometrial hyperplasia. Am J Obstet Gynecol 2009; 200:678.e1 - 678.e6.

Risk of progression in complex and atypical endometrial hyperplasia: clinic pathologic analysis in cases with and with outprogestog entreatment. International Journal of Gynecological Cancer Volume 14, Issue 2, pages 348–353, March 2004.

Chandra V, Kim JJ, Benbrook DM, Dwivedi A, Rai R. Therapeutic options for management of endometrial hyperplasia. J Gynecol Oncol 2016; 27:712–749.

Horn LC, Meinel A, HandzelRomy, Einkenkel J. Histopa-thology of endometrial hyperplasia and endometrial carcinoma: Anupdate. Ann Diagn Pathol 2007; 11:297-311.

JimenezLopez, J.S., et al. Histeroscopy in hyrplasia and endometrial cáncer. CiencGinecol 2006; 1: 41 – 47.

Berrios E. Serie de casos de Hiperplasias endometriales, 1995, HEODRA León

Méndez, J.C. Factores de riesgo de Hiperplasia Endometrial. HEODRA 2006 – 2008.

Álvarez de los Heros J, Monte-Mercado J, Pérez-Ortega A. Lesiones Premalignas de Endometrio. Hiperplasia. Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción. Editorial Médica: Panamericana, Tomo 2, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. 2003: 1587- 1593.

Castillo, J. F. (2006). Hiperplasia Endometrial. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 178.

Chacón, D. A. (2010). Hiperplasia Endometrial. ReMedGO, 98.

Fuentes, M. G. (2009). Hiperplasia Endometrial, Tipos, Diagnóstico y Tratamiento. Clases de Residente, 20.

Velásquez L., et al. Sensibilidad de la Sonohisterosonografía vs Histerosalpingografía en la detección de patología endometrial. Anales de Radiología, México. 2008; 3:175 – 182.

ANEXOS

Tabla N° 1. Datos Generales de las pacientes con Hiperplasia Endometrial ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante Enero – Marzo, 2017.

n: 51

Datos Generales			
Edad		Frecuencia	Porcentaje
	≤ 30	3	5.88%
	31 - 40	6	11.76%
	41 - 50	14	27.45%
	≥ 51	28	54.90%
	Total	51	100%
Estado Civil		Frecuencia	Porcentaje
	Casada	17	33.33%
	Unión Estable	11	21.57%
	Soltera	20	39.22%
	Viuda	3	5.88%
	Total	51	100%
Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje
	Analfabeta	3	5.88%
	Primaria	22	43.14%
	Secundaria	22	43.14%
	Universidad	4	7.84%
	Total	51	100%
Procedencia		Frecuencia	Porcentaje
	Urbano	38	74.51%
	Rural	13	25.49%
	Total	51	100%
Ocupación		Frecuencia	Porcentaje
	Ama de casa	42	82.35%
	Trabajadora Domestica	4	7.84%
	Comerciante	2	3.92%
	Secretaria	1	1.96%
	Otros	2	3.92%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 2. Datos Gineco- Obstétricos de las pacientes con Hiperplasia Endometrial ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante Enero – Marzo, 2017.

n: 51

Datos Gineco- Obstétricos			
Nulípara		Frecuencia	Porcentaje
	Si	1	1.96%
	No	50	98.04%
	Total	51	100%
Uso de ACO		Frecuencia	Porcentaje
	Si	1	1.96%
	No	50	98.04%
	Total	51	100%
Uso de Progestágenos		Frecuencia	Porcentaje
	No	51	100%
	Total	51	100%
Edad de menarca		Frecuencia	Porcentaje
	≤ 11	11	21.57%
	12 - 13	25	49.02%
	≥ 14	11	21.57%
	No aplica	4	7.84%
	Total	51	100%
Edad de Menopausia		Frecuencia	Porcentaje
	≤ 39	3	5.88%
	40 - 45	8	15.69%
	46 - 50	11	21.57%
	≥ 51	13	25.49%
	No aplica	16	31.37%
	Total	51	100%
		Frecuencia	Porcentaje
Periodo de Menopausia	Pre - menopausia	30	58.82%
	Post - menopausia	5	9.80%
	No aplica	16	31.37%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 3. Cuadro clínico inicial de ingreso hospitalario de las pacientes con Hiperplasia Endometrial ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante Enero – Marzo, 2017.

n: 51

Cuadro Clínico Inicial			
Hemorragia Uterina Anormal		Frecuencia	Porcentaje
	Si	40	78.43%
	No	11	21.57%
	Total	51	100%
Dolor Pélvico		Frecuencia	Porcentaje
	Si	17	33.33%
	No	34	66.67%
	Total	51	100%
Asintomática		Frecuencia	Porcentaje
	Si	18	35.30%
	No	33	64.70%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 4. Clasificación de la Hiperplasia Endometrial según resultado de biopsia de las pacientes ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante Enero – Marzo, 2017.

n: 51

Clasificación de la Hiperplasia Endometrial			
Hiperplasia Endometrial		Frecuencia	Porcentaje
	HE Simple sin Atipia	47	92.16%
	HE Compleja con Atipia	4	7.84%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 5. El manejo brindado de las pacientes con Hiperplasia Endometrial ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante Enero – Marzo, 2017.

n: 51

Tratamiento Recibido			
Tratamiento		Frecuencia	Porcentaje
	Progesterona	15	29.41%
	Histerectomía	1	1.96%
	Ninguno	35	68.63%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla N° 6. Evolución de las pacientes con Hiperplasia Endometrial posterior al tratamiento ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque durante Enero – Marzo, 2017.

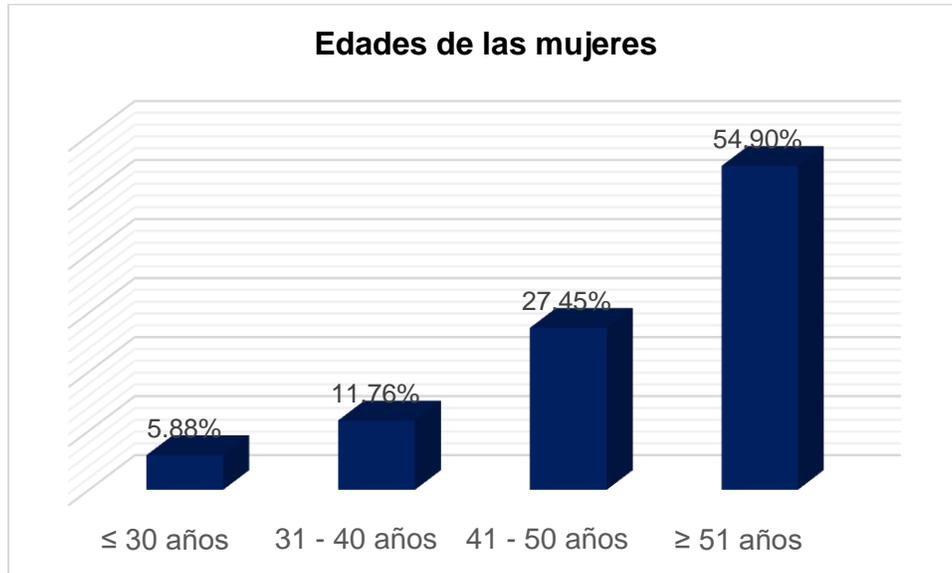
n: 51

Evolución Posterior al Tratamiento			
Evolución		Frecuencia	Porcentaje
	Satisfactoria	44	86.27%
	Persistencia	4	7.84%
	Regresión	2	3.92%
	Progresión a Ca de endometrio	1	1.96%
	Total	51	100%

Fuente: Expediente Clínico

Grafico N° 1: Datos Generales de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

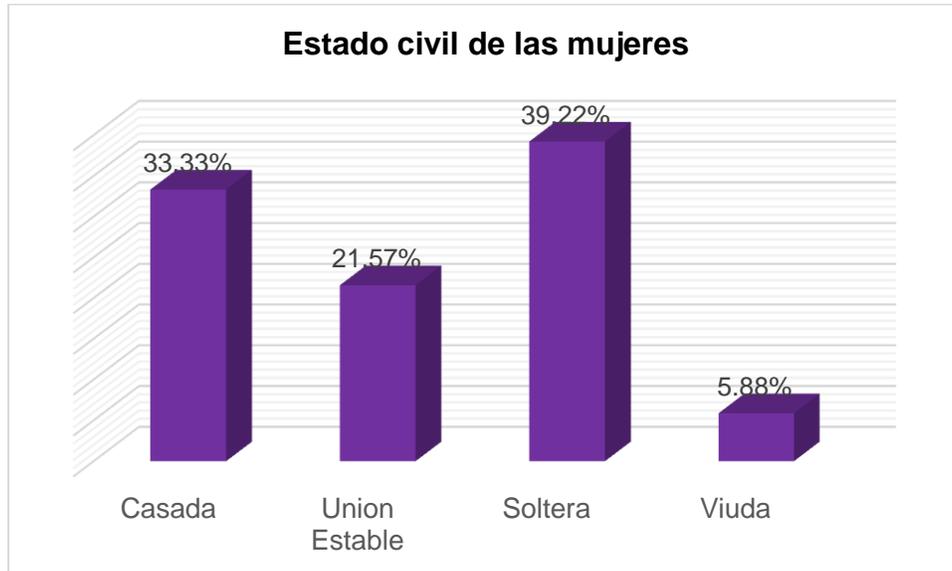
n: 51



Fuente: Tabla 1

Grafico N° 2: Datos Generales de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

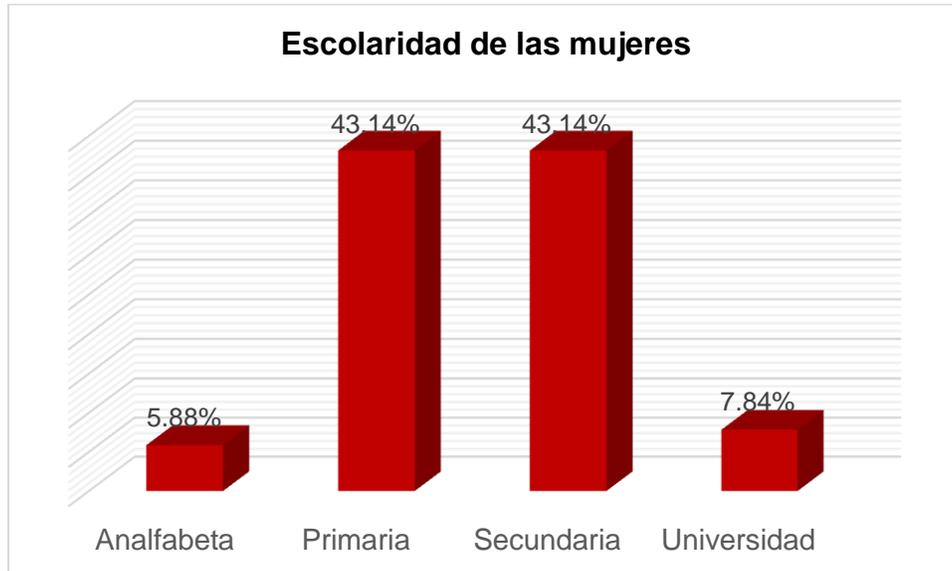
n: 51



Fuente: Tabla 1

Grafico N° 3: Datos Generales de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

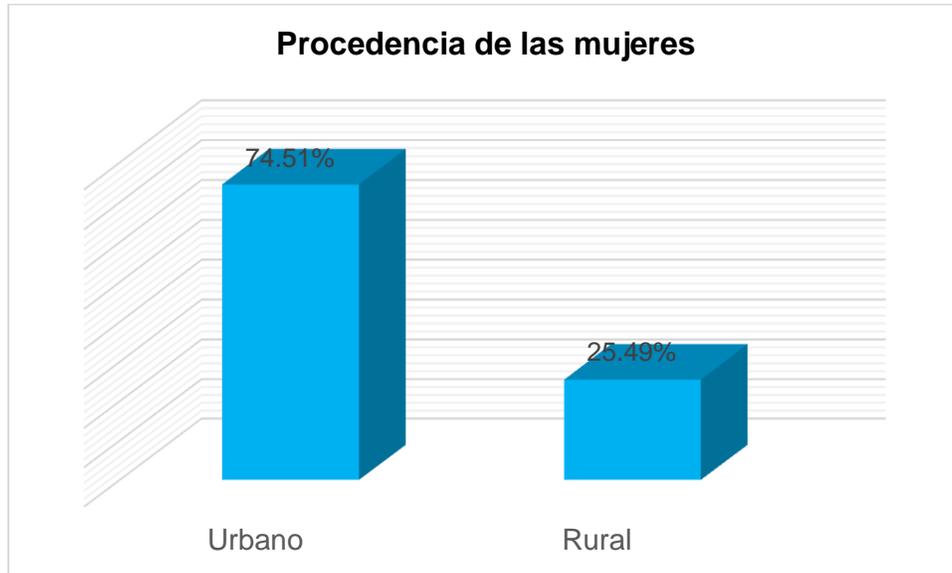
n: 51



Fuente: Tabla 1

Grafico N° 4: Datos Generales de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

n: 51



Fuente: Tabla 1

Grafico N° 5: Datos Generales de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

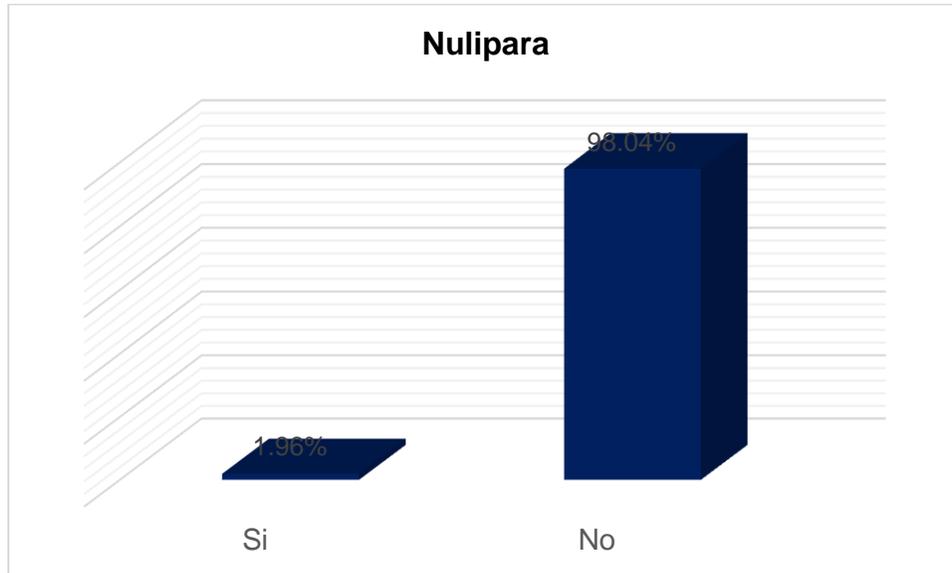
n: 51



Fuente: Tabla 1

Grafico N° 6: Datos Gineco - Obstétricos de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

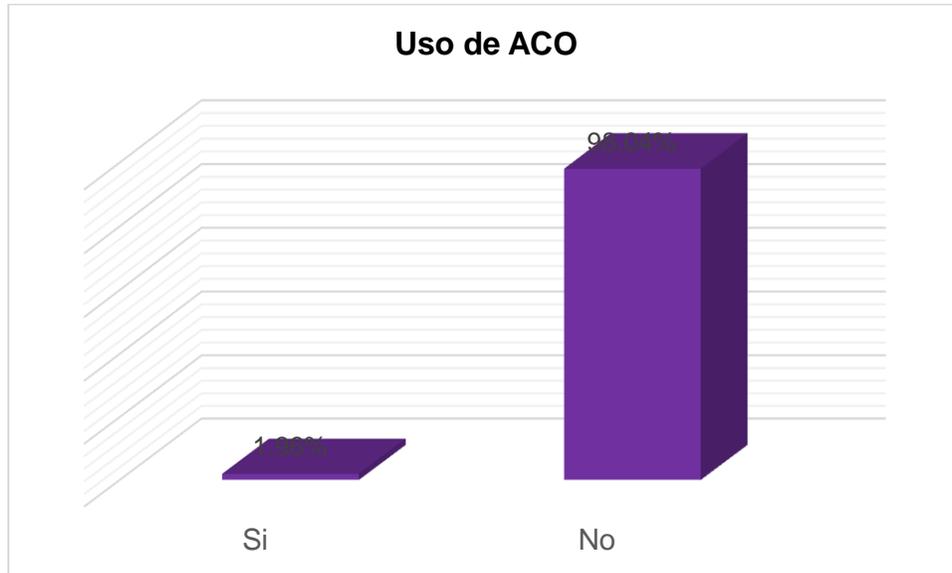
n: 51



Fuente: Tabla 2

Grafico N° 7: Datos Gineco - Obstétricos de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

n: 51



Fuente: Tabla 2

Grafico N° 8: Datos Gineco - Obstétricos de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

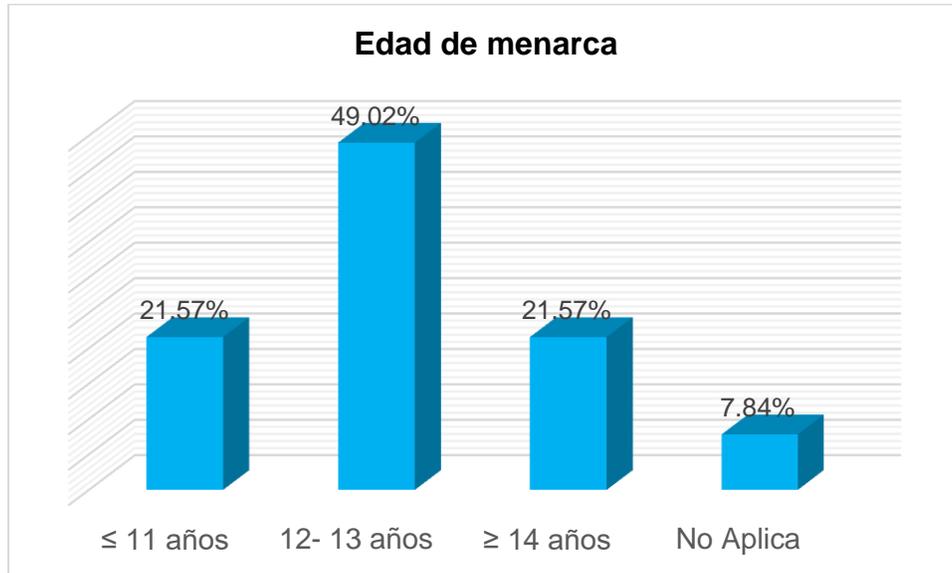
n: 51



Fuente: Tabla 2

Grafico N° 9: Datos Gineco - Obstétricos de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

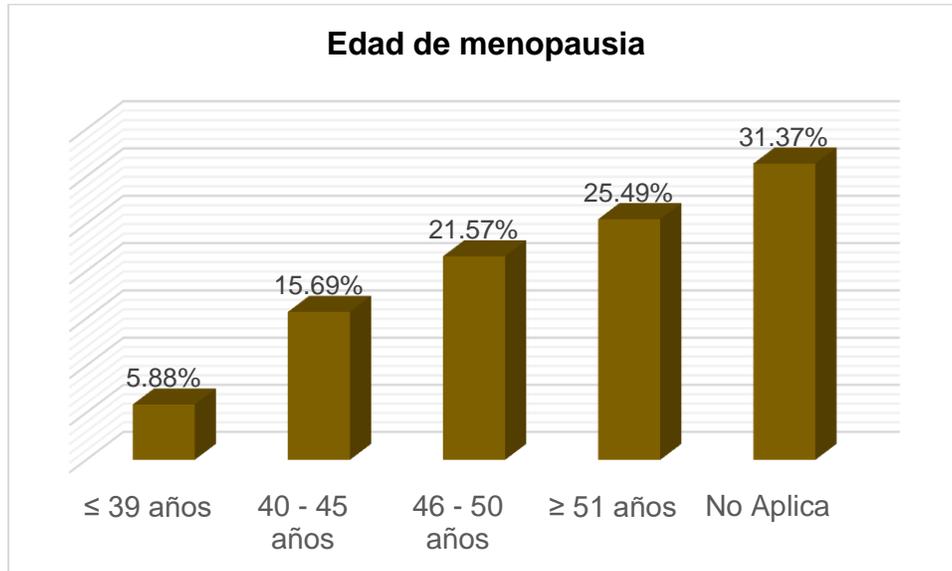
n: 51



Fuente: Tabla 2

Grafico N° 10: Datos Gineco - Obstétricos de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

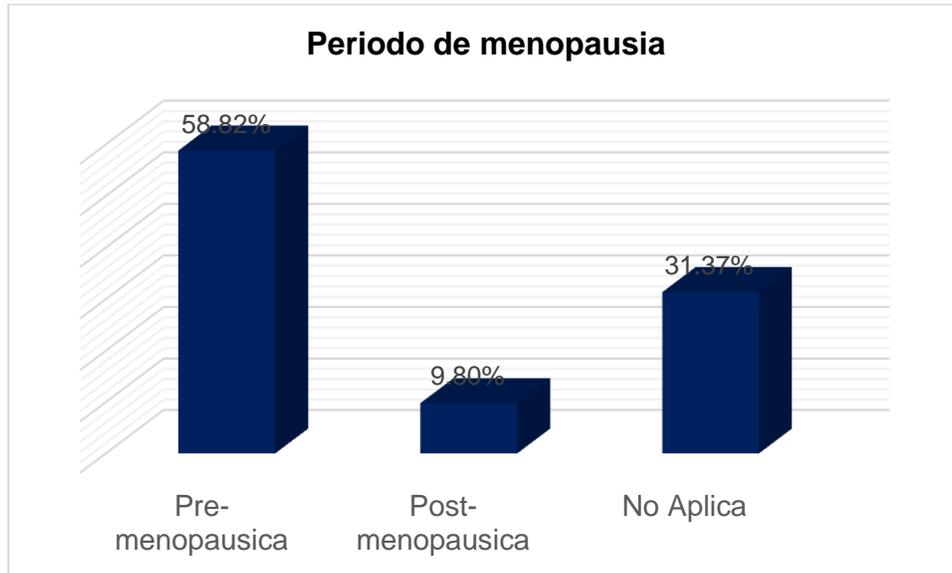
n: 51



Fuente: Tabla 2

Grafico N° 11: Datos Gineco - Obstétricos de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

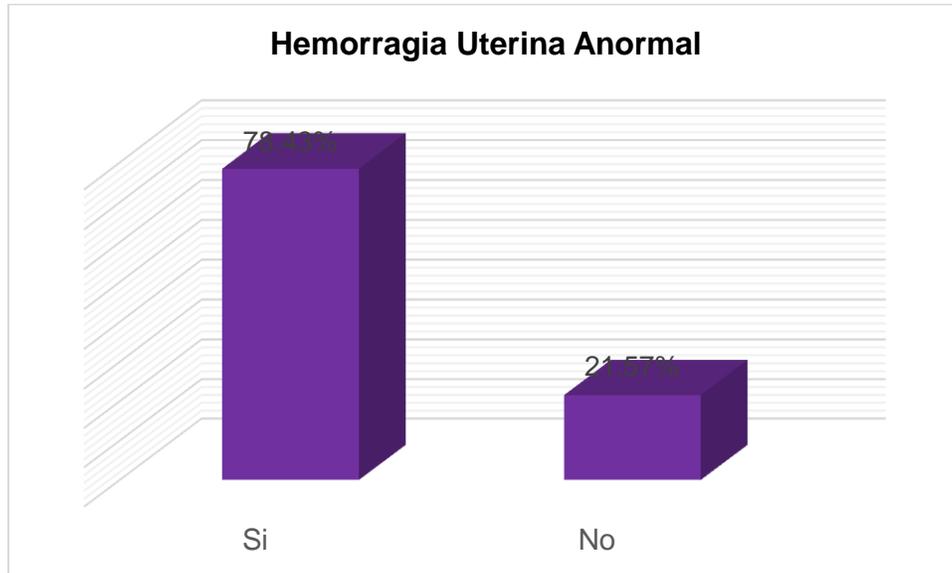
n: 51



Fuente: Tabla 2

Grafico N° 12: Cuadro Clinico Inicial de ingreso hospitalario de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

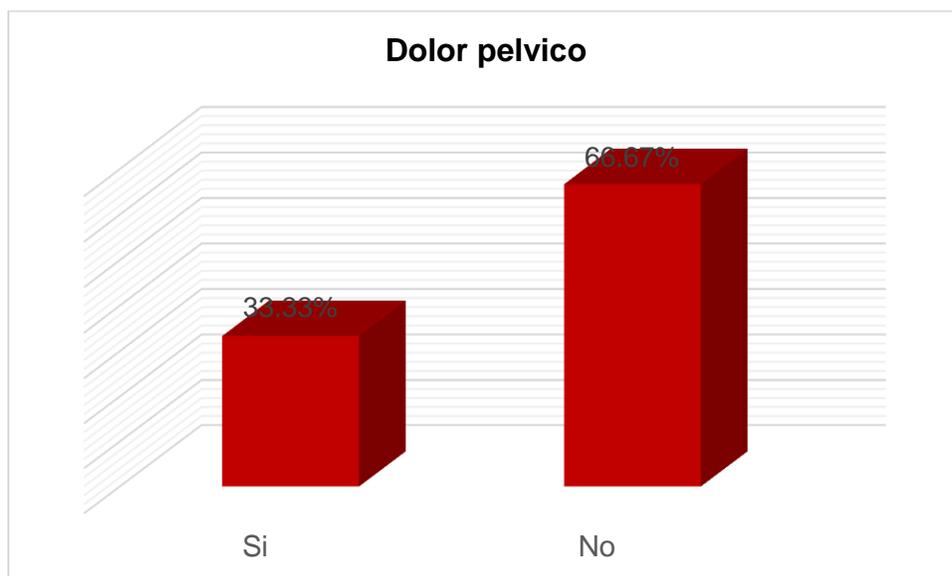
n: 51



Fuente: Tabla 3

Grafico N° 13: Cuadro Clínico Inicial de ingreso hospitalario de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

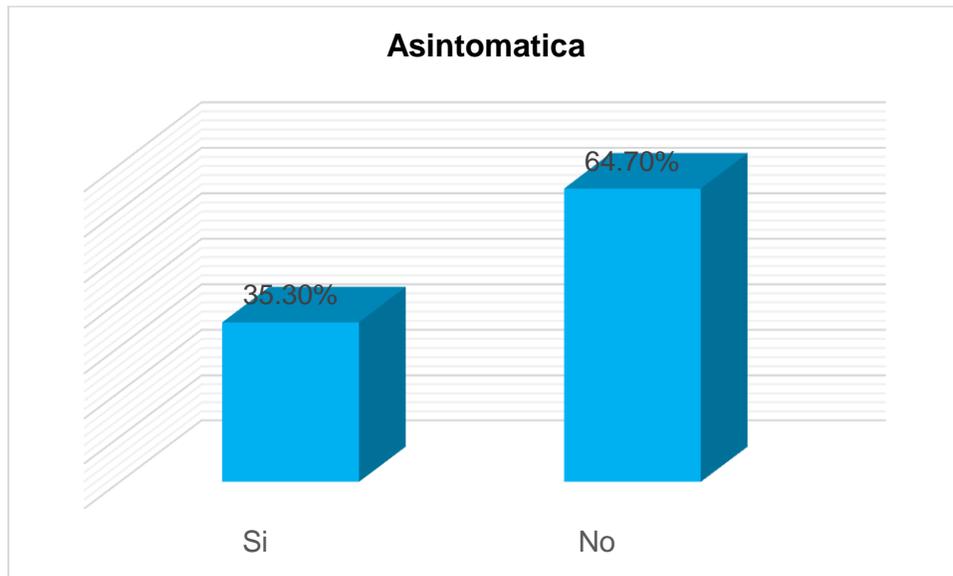
n: 51



Fuente: Tabla 3

Grafico N° 14: Cuadro Clinico Inicial de ingreso hospitalario de mujeres, con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

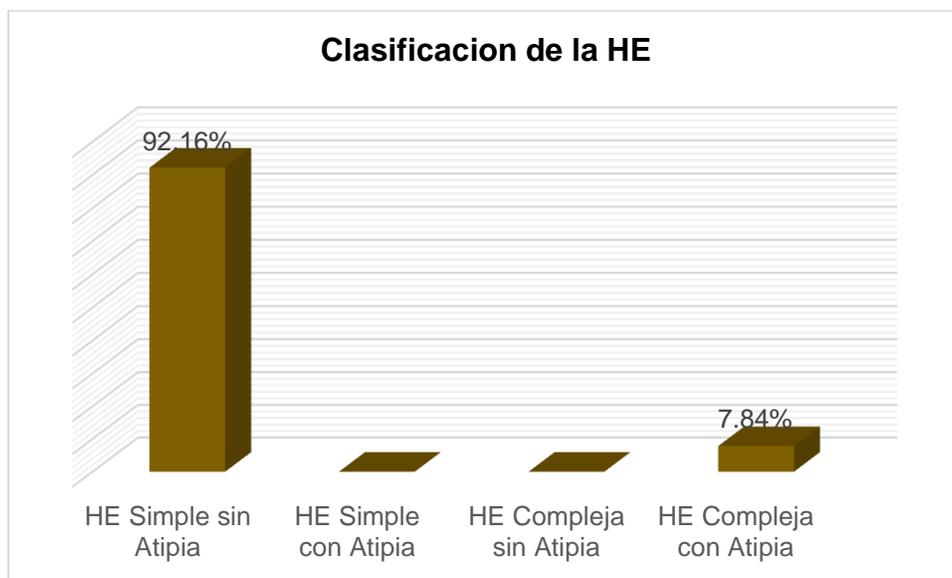
n: 51



Fuente: Tabla 3

Grafico N° 15: Clasificación de la Hiperplasia Endometrial según resultado de biopsia de mujeres, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

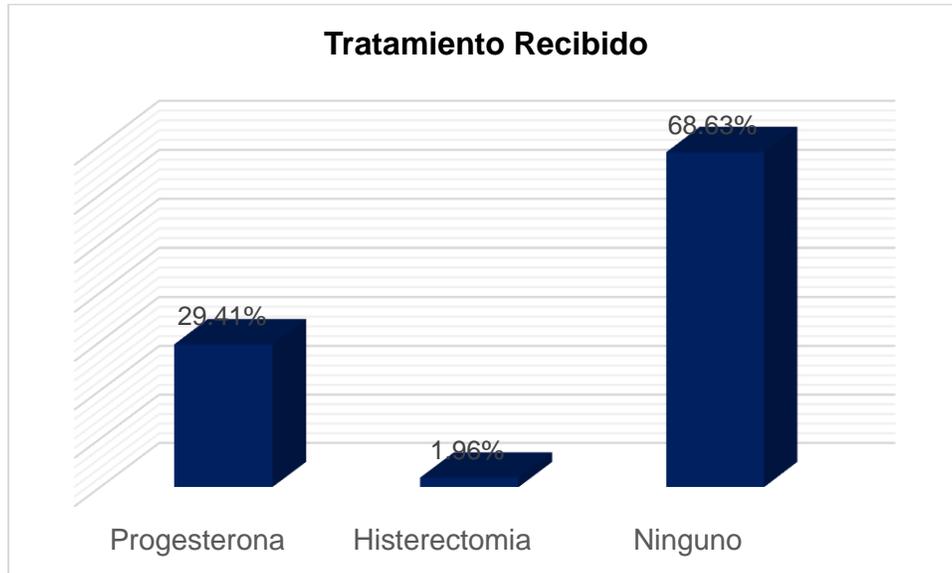
n: 51



Fuente: Tabla 4

Grafico N° 16: El manejo brindado de las mujeres con diagnóstico de Hiperplasia Endometrial, ingresadas a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

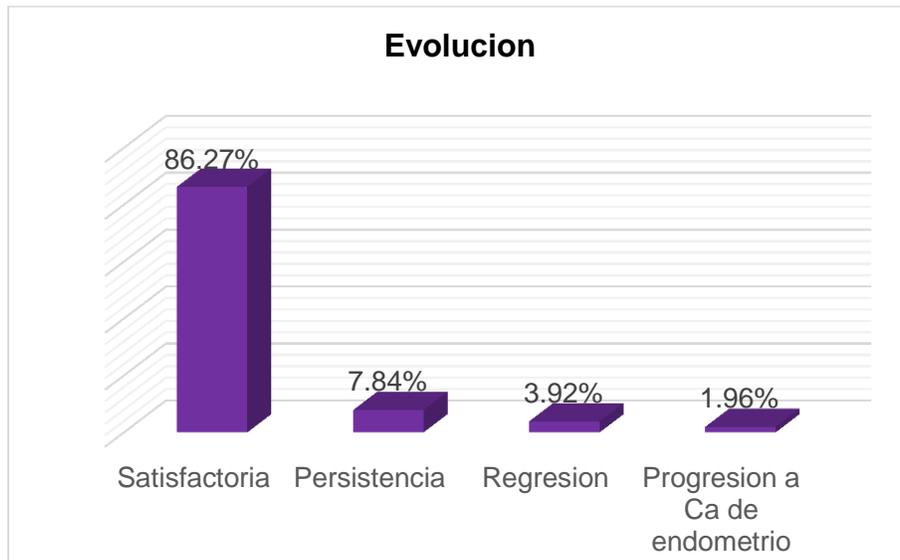
n: 51



Fuente: Tabla 5

Grafico N° 17. Evolución de las pacientes con Hiperplasia Endometrial posterior al tratamiento ingresado a la clínica de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque, durante Enero a Marzo, 2017.

n: 51



Fuente: Tabla 6

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – Managua

Facultad de Ciencias Médicas

DATOS GENERALES:

Edad:

≤ 30 31 – 40 41 – 50 ≥ 51

Estado Civil:

Casada Unión estable Soltera Viuda

Escolaridad:

Analfabeta Primaria Secundaria Universidad

Procedencia:

Urbano Rural

Ocupación:

Ama de Casa Trabajadora Doméstica

Comerciante Secretaria Otros

ANTECEDENTES GINECO – OBSTETRICOS:

Nulipara Si No Uso de ACO Si No

Uso de Progestagenos Si No

Menarca ≤11 12 – 13 ≥ 14 No aplica

Edad de menopausia ≤ 39 40 – 45 46 – 50

≥ 51 No Aplica

Menopausia Pre – menopausica Post - menopausica

No Aplica

CUADRO CLINICO INICIAL DE INGRESO

Hemorragia Uterina Anormal Si No **Dolor Pelvico** Si No

Asintomatica Si No

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

HE Simple Sin Atipia Si No

Con Atipia Si No

HE Compleja Sin Atipia Si No

Con Atipia Si No

TRATAMIENTO:

Progesterona Si No

Histerectomia Si No

Ninguno Si No

EVOLUCION POSTERIOR AL TRATAMIENTO

Satisfactoria Si No

Persistencia Si No

Regresion Si No

Progresion a Ca de endometrio Si No

