



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2004-2006**

Tesis para optar al Título de Master en Salud Pública



**SITUACIÓN DEL CANCER CERVICO UTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL ERNESTO SEQUEIRA BLANCO IN MEMORIAM.
BLUEFIELDS. RAAS. 2003 – 2005**

Autor: Dr. Vladimir Antonio Sáenz Sánchez. MD.

Tutor Científico: Dr. Alejandro Solís Martínez. MD. Msc.

Amara Lila Pastora Z  

JUNIO 2006

INDICE

<i>Resumen</i>	<i>I</i>
<i>Dedicatoria</i>	<i>II</i>
<i>Agradecimiento</i>	<i>III</i>
	<i>Páginas</i>
I. Introducción.....	1
II. Antecedentes.....	4
III. Justificación.	6
IV. Planteamiento del problema.	7
V. Objetivos.....	8
VI. Marco de Referencia.	9
VII. Diseño Metodológico.....	24
VIII. Resultados.....	27
IX. Análisis de resultados.....	30
X. Conclusiones.....	32
XI. Recomendaciones.....	33
XII. Bibliografía.....	34

Anexos

RESUMEN

El presente estudio fue descriptivo, de serie de casos sobre las características epidemiológicas, raza, antecedentes personales patológicos y el estadio del cáncer cérvico uterino al momento del diagnóstico de las pacientes atendidas en el servicio de ginecología del Hospital Ernesto Sequeira de la ciudad de Bluefields, en el periodo del 2003 al 2005.

La unidad de análisis definida para el presente estudio fueron las pacientes con diagnóstico de cáncer cérvico uterino, la fuente de información fueron los expedientes clínicos de las pacientes estudiadas y para fines de recolección de la información se diseñó una ficha de recolección de los datos para cumplir con los objetivos propuestos.

Los principales resultados encontrados reflejan que la frecuencia de cáncer cérvico uterino fue para el año 2003 de cinco casos de cáncer in situ e igual número de casos de cáncer invasor; para el año 2004, solamente se encontraron 8 casos de cáncer invasor y para el año 2005, tres casos de cáncer in situ y ocho casos de cáncer invasor.

Un aspecto muy importante a destacar en este estudio es la diversidad multiétnica de la Región del Caribe Sur y sus características sociales y culturales que las diferencia entre sí. A partir de los años 90, se genera una profunda recomposición étnica debido a la gran migración mestiza; siendo las más afectadas por los dos tipos de cáncer analizados, las mujeres de raza mestiza. La edad de las mujeres con cáncer cérvico uterino estuvo comprendida entre los 40 y 59 años de edad.

La Región del Atlántico Sur se caracteriza por tener un territorio extenso de 45 mil kilómetros cuadrados con una densidad poblacional de 1.5 habitantes por Kilómetro cuadrado, y con dificultades de accesibilidad a los servicios de salud. Sin embargo los hallazgos encontrados reflejan que la procedencia de las mujeres

afectadas con cáncer cérvico uterino era del área urbana de la ciudad de Bluefields.

El bajo nivel de escolaridad tuvo una relación directa con la presencia de cáncer invasor

El hábito de fumar no fue frecuente, ni la infección por papiloma humano en las pacientes con presencia de cáncer cérvico uterino. Y el tipo de cáncer de mayor frecuencia fue el carcinoma epidermoide, según la clasificación histopatológica de laboratorio.

DEDICATORIA

Dedicado:

En primer lugar a Dios nuestro señor, quien con su divina gracia me ha ayudado para poder alcanzar la meta deseada.

A mi esposa Maria Leticia que ha sabido comprender estos días de ausencia.

A mis tías Sandra y Anita quienes con sus consejos han sabido guiarme por el buen camino.

A las personas que me han demostrado su infinito amor y aprecio y a todas aquellas personas que pensaron que si podría llegar al final.

Vladimir Antonio Sáenz Sánchez.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a los Docentes y Tutores por su dedicación a la culminación de esta Tesis.

Muy en especial a la Sra. Gina Gaitán Responsable de Estadísticas del Hospital Ernesto Sequeira, por su valiosa cooperación en la realización de esta Tesis.

A todas aquellas personas que con su ayuda incondicional fue posible concluir este trabajo.

A toda la comunidad educativa del CIES que con paciencia y abnegación supieron transmitir sus conocimientos para hoy ser un profesional de la Salud Pública.

I.- INTRODUCCION

El cáncer del cuello uterino ha sido y sigue siendo el cáncer más frecuente en países en vías de desarrollo. Cada año se registran 500,000 nuevos casos de cáncer cervicouterino, muchos de los cuales son mortales, aunque su frecuencia varía en los países desarrollados. (1)

Más de 288,000 mujeres mueren cada año en el mundo a causa del cáncer cervical, y en muchas regiones este problema afecta en forma desproporcionada a las mujeres más pobres y más vulnerables. Al menos el 80 % de estas muertes se producen en los países en vías de desarrollo y la mayor parte ocurre en las áreas donde existe más pobreza como África, al sur del Sahara y algunos países de América Latina. (1)

La tendencia de las tasas de mortalidad por cáncer del cuello del útero se han mantenido estable en los últimos 30 años, tal situación muestra variaciones al evaluar la tendencia por grupos de edad. La tasa de mortalidad es superior en la mujer de 65 años y más, experimentando en el período un incremento del 46 %, La situación para grupos de edad más jóvenes es distinta con tasas de menor magnitud. (2)

En muchos países desarrollados existen programas de detección selectivos de citología cervical que varía en grado de organización, cuyo objetivo es reducir la morbimortalidad por cáncer cèrvico uterino. (2)

Para medir el impacto del cáncer se utilizan tres mediciones: la incidencia, la mortalidad y la sobrevida de la paciente. La tasa de incidencia y mortalidad varía ampliamente en varios países del mundo, a nivel global en Latino América existe una tasa de incidencia de 20.5 x 100,000 mujeres, siendo Chile quien reporta la mayor tasa de incidencia con 30 x 100,000 mujeres, y Grecia la menor tasa con

1.3 por 100,000 mujeres. Después de 1950 tanto la incidencia como la tasa de mortalidad, han descendido en la población femenina global con un 5% menor en la incidencia. (2)

Si bien la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino en Norte América ha disminuido en los últimos 10 años, en los países en desarrollo de las Americas permanece constante. En el mundo en desarrollo los proveedores de salud atienden regularmente a mujeres con cáncer cervical avanzado e incurable y en esta última etapa ya es muy poco lo que se puede hacer para salvarles la vida. (3)

Latinoamérica es una población de alto riesgo, existiendo pocos estudios sobre el cancer cervico uterino, los que analizan únicamente factores de riesgos y no así de incidencia, por lo que no son concluyentes sobre la misma, por lo tanto la tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino se mantiene estacionaria, debido a la cobertura insuficiente, la falta de registros adecuados y falta de mecanismos Administrativos y de Coordinación para incrementar el número de primeros exámenes de frotis de Papanicolaou (PAP) y deficiente control de calidad de algunos laboratorios de citopatología; esto contrasta con el franco descenso observado en países desarrollados gracias a las campañas masivas de detección y tratamiento del cáncer cervical.

En Nicaragua el cáncer cérvico uterino ocupa el primer lugar dentro de las primeras siete causas de muerte por neoplasias malignas, siendo el grupo más afectado el de 35 a 64 años Se calcula que aproximadamente el 0.2 % de las mujeres mayores de 40 años desarrollarán cáncer cérvico uterino. (4)

La edad promedio de diagnóstico es a los 45 años, no obstante la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida. (4)

El cáncer cervical puede prevenirse fácilmente por medio de exámenes de detección y tratamiento que requieren de tecnología relativamente sencilla, siendo Nicaragua un país en desarrollo con un alto porcentaje de analfabetismo y desempleo, nuestra población femenina tiene mayor riesgo de desarrollar cáncer cérvico uterino, ya que se observa más frecuentemente en mujeres de bajos recursos económicos y bajo nivel educativo.

Esto explica la gran diferencia de incidencia entre los países desarrollados y los subdesarrollados. Además cabe señalar que la mayoría de estudios epidemiológicos con relación al cáncer del cérvix, se llevan a cabo en países desarrollados, donde la incidencia de éstos ha disminuido significativamente en las últimas tres décadas.

Según estadísticas del Hospital Ernesto Sequeira de Bluefields para el año 2000 se detectaron 14 casos de cáncer cérvico uterino; 13 en el 2001; 16 en el 2002, sin embargo existen subregistros del problema. (11)

La Región Autónoma del Atlántico Sur, se caracteriza por ser multiétnica, multilingüe y multicultural donde habitan 5 grupos étnicos, distribuidos de la siguiente manera: mestizos 57%, creoles 36%, mismitos 3%, garifonas 2% y ramas 2%. Todas las pacientes en las cuales se sospecha la existencia de un proceso maligno del cuello del útero son derivadas al Hospital de Referencia Regional Ernesto Sequeira Blanco de la ciudad de Bluefields donde son atendidas, sin embargo existen muchas interrogantes acerca de la situación real de este problema de Salud Pública en esta Región al tener muchas limitantes tanto de acceso como de recurso humanos. (5)

Identificándose como problema de investigación el poco conocimiento que se tiene sobre las características que presentan las mujeres de la Región Autónoma del Atlántico Sur, atendidas en el Hospital de Bluefields a causa de cáncer cérvico uterino, por lo que se realizó el presente estudio.

II.- ANTECEDENTES

Según un último reporte de la Oficina Panamericana de la Salud, 12 años atrás fallecieron a causa de cáncer cérvico uterino un total de 33,535 mujeres pobres de América latina, dicha enfermedad aun se mantiene en un alto porcentaje para las mujeres de escasos recursos de esta Región. (6)

Globalmente se calcula que cada año se diagnostican 466,000 nuevos casos de esta enfermedad, muriendo 231,000 y el 80 % de ellas eran procedentes de países en vías de desarrollo. (3)

En México muere una mujer cada dos horas por cáncer avanzado del cuello uterino; en Paraguay la tasa es de 47 casos por cada 100,000 habitantes; en Colombia las mujeres tienen un 4.7 % de probabilidad de desarrollar un carcinoma invasor; en Bolivia se esperan 1,500 casos nuevos por año; en Uruguay ocupa el segundo lugar como causa de muerte en la mujer y en Argentina es la primera causa de muerte en 6 o 7 provincias. En Chile, para el año 2004, el cáncer cérvico uterino ocupó el cuarto lugar entre las neoplasias malignas que provocaron la mayor letalidad en las mujeres. (7)

Estudios llevados a cabo por el Centro Nacional de Radioterapia (Managua), estiman que el cáncer cérvico uterino se sitúa en segundo lugar como causa de muerte. Dentro de los casos de cáncer registrados en dicho centro en un período de 4 años (1,995-1,998), reportándose un total de 1,405 casos de cáncer cervico uterino, siendo el grupo más afectado el comprendido entre las edades de 41 a 50 años, el 40.2% de estos casos corresponden o se encuentran en estadio clínico II del cancer y el 34.6% en estadio clínico III. En cuanto al tipo histopatológico el cáncer epidermoide se presenta en mayor porcentaje en un (92%). (20)

Según datos obtenidos en el Departamento de Patología del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (León), cada año se diagnostican aproximadamente 400 nuevos casos de cáncer, de los cuales 120 corresponden al cáncer cérvico uterino, la mayoría de ellos invasivos y en etapas avanzadas de la enfermedad. Para el período de 1,987-1,997, la tasa de incidencia anual de cáncer invasor en el Departamento de León, era de 24.3 x 100,00 mujeres. (21)

En Nicaragua el cáncer cérvico uterino representa el 61 % del total de cánceres del aparato reproductor femenino, el 45 % de defunciones para el año 2003 por esta causa, se dio en el grupo de 20 a 34 años. (9)

Para 1999 en las unidades de salud de Nicaragua se atendieron 131,997 mujeres que demandaron el examen de Papanicolaou, a la vez se registraron un total de 1,453 egresos hospitalarios con diagnóstico de cáncer cérvico uterino y 152 defunciones por esta causa. (4)

En otros países este tipo de cáncer es más frecuente entre mujeres de más de 40 años y generalmente los fallecimientos se producen después de esa edad. Se tiene una cobertura del 10% de la población femenina del país, índice que revela que no se conoce la situación real de la inmensa mayoría de las mujeres en edad fértil de Nicaragua.

En la RAAS, se carece de estudios similares que nos indiquen la situación del cáncer cérvico uterino en las mujeres costeñas.

III.- JUSTIFICACIÓN

El poco acceso a los servicios de análisis y tratamientos adecuados de uno de los tipos de cáncer más prevenible, detectable y tratable, se ha convertido en causa importante de morbilidad en las mujeres particularmente pobres y de zonas alejadas.

En la Región Autónoma del Atlántico Sur de Nicaragua, por sus características particulares de amplio territorio con problemas de accesibilidad geográfica y cultural, existe limitación para conocer con claridad la magnitud de este problema de Salud Pública.

Además esta patología produce altos costos de atención en los servicios de salud, y en el peor de los casos el fallecimiento de la mujer, ocasionado efectos nocivos en la familia.

Pretendemos con este estudio conocer la verdadera realidad de dicho problema, a fin que una vez obtenidos los resultados, se puedan hacer objetivas recomendaciones a los tomadores de decisiones tanto dentro del Ministerio de Salud como tal, así como con instituciones involucradas en la atención a la mujer, de manera que se puedan adoptar y/o redefinir acciones que disminuyan y controlen este problema.

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conocer Poco de la situación del cáncer cèrvico uterino en las mujeres costeñas y el momento en que son diagnosticadas, llevó a plantear y realizar el presente estudio, por lo que se han formulado las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuál es la caracterización según etnia o raza de las pacientes en estudio?

¿Cuál es la distribución de la enfermedad según variables socio económicas y gineco-obstétricas de las mujeres estudiadas?

¿Cuáles son los antecedentes personales patológicos de las pacientes en estudio?

¿Cual es el estadio de la enfermedad al momento de ser diagnosticadas las mujeres en estudio?

Quedando planteado el problema de la siguiente manera:

¿Cuál es la situación y el estadio del cáncer cèrvico uterino al momento del diagnóstico en pacientes atendidas en el Hospital Ernesto Sequeira Bluefields. RAAS. 2003 –2005?

V.- OBJETIVO GENERAL:

Describir la situación del cáncer cérvico uterino, en las pacientes atendidas en el Hospital Ernesto Sequeira Blanco. Bluefields. RAAS. 2003 – 2005.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Caracterizar las pacientes del estudio según etnia o raza.
- Determinar la distribución de la enfermedad según variables socio económico y gineco-obstétricas.
- Identificar los antecedentes personales patológicos de las pacientes.
- Identificar el estadio del cáncer cervico uterino al momento del diagnóstico, de las pacientes en estudio.

VI.- MARCO DE REFERENCIA

El cáncer cérvico uterino es el resultado de un proceso dinámico, probablemente a partir de una infección viral, aunada a un riesgo, pasando por una etapa preinvasora. Este proceso es de evolución muy lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. El cáncer cérvico uterino tiene una evolución identificada con la presencia de lesiones precursoras denominadas displasias, las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas de acuerdo a la gravedad de las alteraciones. (12)

En Nicaragua la prevalencia del cáncer cérvico uterino para el año 2002 fue de 13.9 / 100,000 mujeres mayores de 15 años. (17)

El sarcoma uterino representa el 4.3 % de todos los cánceres, con una incidencia de 17.1 casos / 1,000.000 de mujeres en Norte América. (13)

Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta un cáncer es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el transcurso de la enfermedad. (12)

Este tipo de cáncer se caracteriza por la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales. La edad de aparición del cáncer cervical es de 45 años pero puede presentarse inclusive en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo. Más del 95 % de las enfermedades con carcinoma incipiente del cervix pueden ser curadas. (4)

Según el programa mujer, salud y desarrollo de la OPS, la falta de acceso a los servicios de análisis y tratamientos adecuados es un factor que permite que esta temible enfermedad mantenga su paso firme, pese a ser uno de los tipos de cáncer más prevenibles, detectables y tratable por el cuerpo médico. (6)

El cáncer cérvico uterino es sencillo de detectar debido a que su desarrollo es gradual. Este mal es más visible que, por ejemplo el cáncer de mama, ya que el ginecólogo en lugar de tener que observar las células mediante rayos x o Biopsia, puede raspar el interior del cuello uterino y analizar las células utilizando un microscopio. Es por ello que los especialistas insisten en el examen periódico lo que puede detectar antes que se propague. (6)

Una razón importante en la negativa de las mujeres a hacerse pruebas para detectar este cáncer es el peso de los factores de género, como el hecho de que comúnmente ellas dan prioridad a la salud de su familia frente a la propia. El temor que muchas sienten hacia su pareja también puede desalentarlas de hacerse las pruebas periódicas. (6)

El cáncer cérvico uterino obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino, la parte inferior de la matriz, las cuales son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, eventualmente pueden cambiar a células cancerígenas, sin embargo en el 50 % de las mujeres con lesiones precancerosas, las células permanecen benignas, con frecuencia los síntomas iniciales no se detectan por lo que a menudo se hace severo. (3)

El cáncer se presenta primero en las capas intra epiteliales, el cáncer preinvasor es un diagnóstico común en mujeres de 25 a 40 años y se desarrolla etiológicamente con infección por papiloma virus. (14)

El tipo histológico más frecuente es el epidermoide en más del 90 % de los casos seguido por el adenocarcinoma con un 8 % y el 2 % restante corresponde a los otros tipos histológicos. (4)

La infección del cuello uterino por el virus del papiloma humano es la causa más común de este tipo, no obstante no todas las mujeres con infecciones por virus de papiloma humano padecerá cáncer del cuello del útero, las mujeres que no se someten a una prueba de Papanicolaou o, del virus del papiloma humano, o células anormales en el cuello uterino enfrenta un mayor riesgo de padecer de cáncer. (15)

Otros factores de riesgo posibles incluyen: dar a luz muchos hijos, tener muchas parejas sexuales, mantener la primera relación sexual a edad temprana, fumar cigarrillos, dieta deficiente en vitamina a y c, uso de anticonceptivos orales, sistema inmunitario debilitado. (15)

Entre los factores relacionados con el desarrollo de esta neoplasia es conveniente señalar hábitos sexuales (precocidad en el inicio de la actividad sexual, promiscuidad de la mujer o su pareja), hábitos de higiene e infecciones ginecológicas, entre las más importantes. (2)

El cáncer del cuello del útero se clasifica de acuerdo a los hallazgos histológicos en neoplasias intracervicales, y según el grado de afectación celular en:

- NIC I (displasias leves) donde se incluyen los proceso inflamatorios (cervicopatías), constituidos por las siguientes imágenes colposcópicas: ZRT, el epitelio acetoblanco, la colpitis en puntos rojos o puntos blancos, la leucoplasia tenue y los vasos tipo II, III.
- NIC II (displasias moderadas): las imágenes colposcópicas son: la leucoplasia tenue o simple, el punteado de base y los vasos de tipo III.
- NIC III (displasia severa y cáncer in situ); las imágenes colposcópicas observadas son: leucoplasia simple, el punteado de base, el mosaico simple o plano, vasos irregulares tipo IV.

- En el carcinoma microinvasivo se observa: leucoplasia hipertrófica, mosaico, punteado de base, vasos irregulares tipo IV.
- En el carcinoma invasivo se aprecia: leucoplasia hipertrófica, punteado de base, vasos atípicos IV, V y proliferación francamente carcinomatosa. (4)

En Salud Pública el cáncer cérvico uterino es un buen ejemplo de la utilidad que puede tener un enfoque centrado en la prevención secundaria (diagnóstico precoz) siendo la prevención primaria, en este caso de menor rendimiento. (2)

En los países en vías de desarrollo hasta un 23 % de los tumores son ocasionados por distintos agentes infecciosos. Este es el caso de algunas cepas de virus de papiloma humano que puede dar lugar a la aparición de lesiones precancerígenas y cuyo contagio puede ser evitado con las mismas medidas que previenen el contagio del SIDA. (16)

El factor de riesgo más común del cáncer cérvico uterino es la exposición a ciertas variedades del papiloma virus humano, que es una enfermedad de transmisión sexual, en muchos casos asintomático. Dada esta característica puede ocurrir mucho tiempo antes que se detecte. (3)

Otros factores de riesgo de cáncer cérvico uterino son:

No hacerse la prueba

Relaciones sexuales tempranas

Múltiples parejas sexuales

Contraer el virus de inmunodeficiencia humana

Historia familiar de cáncer cérvico uterino

Edad. (30 –60 años mayor riesgo)

Fumar

Uso prolongado de anticonceptivos orales

Estado socioeconómico: las tasas de mortalidad e incidencia son más elevadas entre mujeres pobres y del campo, ya que ellas no tienen acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento. (3)

La Agencia Internacional de Investigación para el cáncer, ha llevado a cabo estudios durante los últimos 10 años alrededor del mundo, demostrando que el virus del papiloma humano está fuertemente asociado con la aparición de cáncer cérvico uterino, independiente de la existencia de otros factores de riesgo tales como:

- Primer coito antes de los 18 años
- Infección cervical por virus del herpes simple
- Primer embarazo a edad muy temprana. (Antes de los 20 años)
- Paridad elevada
- Pareja sexual de riesgo
- Nunca haberse hecho un examen citológico cervical
- Grupo socioeconómico bajo
- Antecedente de enfermedad de transmisión sexual
- Tabaquismo
- Deficiencia de folatos. (Vitamina A, C, E.) (3)

Métodos Diagnósticos:

- Historia clínica
- Examen físico y ginecológico
- Datos de laboratorio (estudios citológicos)
- Exámenes especiales (biopsia de cérvix, colposcopia y conización)
- Datos radiológicos (imágenes diagnósticas): Radiografía PA de tórax
- Urografía excretoria, ecografía abdomino-pélvica y retroperitoneo en busca de Metástasis ganglionar paraórticas

- Otros estudios de ayuda diagnóstica marcadores tumorales, cistoscopia, citología urinaria y biopsia vesical, rectosigmoidoscopia, biopsia rectal según estadio Clínico (III y IV)
- Tomografía axial computarizada
- Tomografía abdomino-pélvica con métodos de contraste
- Resonancia magnética nuclear
- Gamma grafía renal, hepática y ósea. (22)

Citología:

Dada la gran importancia que tiene en estadios iniciales la citología cervico-vaginal, esta es utilizada como herramienta en la detección inicial y tratamiento de pacientes ginecológicas. En la citología el estudio de la célula que se exfolia, de manera libre, del cérvix hacia la cavidad vaginal, o que se moviliza del cérvix por algún procedimiento instrumental (aspiración vaginal o por raspado con espátula o porta-algodones, que es una técnica más segura). Su principal aplicación clínica es la distinción entre lesiones cervicales benignas de aquellas pre-cancerosas o francamente malignas y como procedimiento de seguimiento en pacientes con tratamiento previo. (22)

Para obtener la muestra cervical a través de este método se describen varios procedimientos habiendo consenso en que la inclusión del material endocervical es muy importante. En algunos centros se obtienen tres muestras: endocervix, exocervix y fondos de saco vaginal y otros centros optan sólo por tomar exocervix y endocervix. (22)

En el frotis teñido según el método de Papanicolaou o similar, se descubren células atípicas. Los informes citológicos de laboratorio pueden describir los hallazgos en una de varias formas y se trata de implementar el empleo de la clasificación de Bethesda. (22)

No existe concordancia entre los resultados de las biopsias y de la citología exfoliativa y es aventurado preferirla en cuanto a mayor precisión, pues en cánceres probados ha sido falsamente negativa en ocasiones una u otra de las pruebas. Lo mejor es considerar a las dos técnicas como complementarias. Desde el punto de vista del ginecólogo y de la paciente, las extensiones son más sencillas que las biopsias; en cambio, son de interpretación más difícil para el analista y lo hacen perder más tiempo (Dahlin, Randall, Soule y DockKerty). Para el diagnóstico precoz conviene prodigar el frotis repitiéndolos en los casos de dudas, así como practicar una biopsia si se quiere confirmar la sospecha. Algunos autores estiman que la eficacia del Papanicolaou es de Un 80% y acompañado de otros métodos diagnósticos como la Colposcopia es de un 98% a 100 %.(22)

Colposcopia:

La colposcopia es el método diagnóstico con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, vagina y genitales externos. La observación del cuello con una lupa de 10 a 20 x permite valorar el tamaño y los bordes de una zona de transformación anormal así como de determinar su extensión dentro del conducto endocervical. La aplicación de ácido acético al 3 % o al 5 % (vinagre) disuelve el moco, y la acción disecante del ácido destaca el contraste entre el epitelio escamoso engrosado en proliferación activa y el normal. Las alteraciones incluyen placas de color blanco y atipia vascular las cuales indican áreas de mayor actividad celular. El Lugol es cuestionable por su alta tasa de falsos positivos; hay que tomar biopsia del epitelio escamoso no teñido (el tejido endocervical de capa única que secreta moco, no se teñirá, pero puede diferenciarse con facilidad por su aspecto brillante de color rosa oscuro).Las principales indicaciones de la Colposcopia son:

- Valoración de pacientes con citología anormal.
- Control del NIC durante el embarazo.

- Pacientes con NIC para ser tratadas con terapéutica conservadora.
- Estudios diagnósticos en pacientes sintomáticos.
- Diagnóstico de otras infecciones virales.
- Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical.
- Diagnóstico de patología vulvar (vulvoscopía).
- Apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógeno.
- Diagnóstico de la patología peneana (peneoscopia) (23)

Cervicografía:

Se ha investigado a la cervicografía como medio secundario para valorar a las pacientes con resultados atípicos a la prueba del Papanicolaou. Estudios de gran tamaño revelan la importancia de visualizar el cuello uterino mediante colposcopia o cervicografía (Augusto; Jones y col. Champion y col.). Simplemente repetir la valoración citológica ocasionará que pasen inadvertidas un 83% de las lesiones escamosas intraepiteliales y lo que resulta más alarmante, un 50% de los cánceres invasivos. (23)

La eficacia de la selección mediante cervicografía es prácticamente la misma que la observada con la selección mediante colposcopia. Diversos factores harán que se elija una modalidad o la otra. Estos factores podrían consistir en costo para la paciente, capacitación del médico, disponibilidad del equipo y esperanzas de la paciente. (23)

Conización:

La conización del cuello uterino desempeña una función muy importante en el tratamiento de las NICI. La conización es un método tanto diagnóstico como terapéutico y tiene la ventaja sobre los otros métodos de resección de ofrecer tejido para valoración ulterior a fin de descartar la presencia de cáncer invasivo. Está indicada para el diagnóstico de mujeres con NICII y NICIII, según la prueba de Papanicolaou bajo las siguientes condiciones:

- No pueden visualizarse los límites de la lesión durante la colposcopia.
- No se observan durante la colposcopia la unión escamo – columnar.
- Los datos histológicos del legrado endocervical son positivos para la neoplasia intracervical tipo II o la del tipo III.
- No hay correlación entre los resultados de la citología, biopsia y colposcopia.
- Se sospecha la micro invasión con base en los resultados de biopsia colposcopia o citología.
- El colposcopista es incapaz de descartar la presencia de cancer invasivo.

Es más probable que recurran las lesiones con bordes positivos después de la Conización. Dem Paulos ha demostrado que la afección de las glándulas endocervicales es también un factor de predicción de las recurrencias. (23)

Clasificación:

La clasificación del cáncer cèrvico uterino puede ser:

- Histológica.
- Basada en la historia clínica y el examen físico.

Aunque los métodos disponibles para la estadificación clínica del cancer de cuello uterino han mejorado desde la década de 1960, en el 15 al 25 % de los casos existen inexactitudes en la definición de la extensión. A pesar de esto, la elección de un método específico y el plan del tratamiento están aún basados en el estadio de la enfermedad, determinado principalmente a partir de los hallazgos pelvianos palpables en el examen inicial.

Pueden esperarse muy pocos errores en la determinación del estadio realizado por un examinador pelviano experimentado. El empleo de nuevas técnicas de imágenes radiológicas por barrido, tales como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), pueden ser útil para evaluar la extensión de la enfermedad central (cuello, cuerpo, vagina y parametrio) y el compromiso de los ganglios linfáticos, pero estas técnicas también presentan errores.

En general la gradación histológica tiene influencia significativa en todos los estadios. Las neoplasias bien diferenciadas o queratinizantes progresan más lentamente que las pobremente diferenciadas o de células pequeñas, estas últimas tienen una mejor respuesta al tratamiento de radiaciones. (23)

Clasificación histológica del cáncer cérvico uterino

i. Epiteliales:

1. Carcinoma Escamoso:

- Ca micro invasor.
- Ca Invasor: - Células queratinizantes. – Cel. Grandes.
- Cel. No queratinizantes. – Cel. Pequeñas.

2. Adenocarcinoma:

- Adenocarcinoma endocervical típico o clásico.
- Adenocarcinoma endometriode.
- Adenocarcinoma de células claras (túbulo-quístico y Papilares).
- Adenocarcinoma mucinoso papilar.
- Adenocarcinoma seroso papilar.
- Adenocarcinoma mucinoso (Coloide) intestinal.

3. Variantes específicas de Adenocarcinoma:

- Adenoma maligno (Adenocarcinoma desviación mínima, Adenocarcinoma muy bien diferenciado).
- Ca adenoide quístico.
- Ca mesonéfrico.

4. Carcinoma epitelial mixto:

- Ca adenoescamoso.
- Ca Glassy cell.
- Ca mucoepidermoide.
- Ca Dual primario.

5. Carcinoma Neuroendocrino:

IIIB: El Carcinoma se extiende a la pared pélvica y/o causas hidronefrosis o no-función del riñón.

Estadío IV: El tumor se ha extendido por fuera de la pelvis y/o a órganos vecinos.

IVA: Invasión a mucosa vesical o rectal o extensión más allá de la pelvis

Verdadera.

IVB: Metástasis a distancia. (24)

Tratamiento:

En la planificación del tratamiento del cáncer cérvico-uterino deben

Considerarse tres elementos fundamentales:

- Etapa clínica de la enfermedad a extensión.
- El tamaño del tumor.
- Condiciones generales de la paciente.

En el tratamiento de los carcinomas micro invasores del cuello con profundidad de Invasión no mayor de 3 mm y sin permeación vascular o linfática se considera el cono Con márgenes libres como tratamiento suficiente. La presencia de bordes con lesión comprometida, la profundidad mayor de 3mm y/o la presencia de permeaciones vasculares y linfáticas plantean la alternativa de una cirugía más extensa que incluya necesariamente una linfadenectomía pelviana.

Tipos de Histerectomía:

- Clase I: Histerectomía total simple o extrafacial la cual consiste en seccionar el Ligamento pubo-cervical.
- Clase II: Histerectomía radical modificada. Extirpación de la mitad medial de los Ligamentos cardinales y útero-sacro y extirpación del tercio superior de vagina.
- Clase III: Histerectomía radical: Extirpación de los ligamentos cardinales y útero sacro y tercio superior de la vagina.
- Clase IV: Histerectomía radical extendida: Extirpación de todo el tejido peri Uretral, arteria vesical superior y tres cuartos de la vagina.

- Clase V: Extirpación de porciones distal de uréter y de la vejiga .Para estadíos I, IA y IA1: Se indican conización en pacientes jóvenes; histerectomía ampliada en pacientes de difícil seguimiento o pacientes peri o post-menopáusicas; Braquiterapia para pacientes con contraindicaciones para cirugía.
- Para estadío IA2: Se indica conización en pacientes jóvenes; histerectomía radical

Modificada en resto de pacientes; Braquiterapia en pacientes con contraindicación para cirugía.

Para estadío IB1: Lesión menor de 4cm. Histerectomía radical más linfadenectomía pélvica, biopsia para-aórtica; radioterapia pélvica y Braquiterapia si hay alto riesgo de recaída.

Estadío IB2 o mayor de 4 cm: Radioterapia externa en pelvis total y Braquiterapia.

Estadío IIA con mínima invasión de vagina: Histerectomía radical mas linfadenectomía pélvica, biopsia para-aórtica y ooforopexia en pacientes no menopáusicas; Braquiterapia de baja dosis; radioterapia externa.

Estadío IIB y III: Braquiterapia de baja dosis.

Estadío IV y IVA: Radioterapia externa; en caso seleccionado de recurrencia central según criterio definido de exenteración anterior o posterior ya sea invasión a vejiga o recto.

Estadío IV B: Conducta en cada caso particular, según decisión de junta

Multidisciplinaria. (24)

Pronóstico:

La diseminación del cáncer cervical, se ha estudiado en forma más intensiva que la de cualquiera de los otros cánceres ginecológicos. Se ha demostrado que diferentes factores se relacionan con el pronóstico y algunos son importantes en la planificación del tratamiento. Aunque el uso de estos factores pronósticos para estadificar grupos de cáncer de cérvix aún no se valora de modo adecuado, el tamaño del tumor y el estado de los ganglios linfáticos son dos factores pronósticos dominantes. (24)

Aunque existen otros factores como profundidad de la invasión, extensión a parametrios y presencia o ausencia de émbolos tumorales linfáticos El estadio clínico es el factor pronóstico más importante existiendo otros factores

Pronóstico como son:

- Volumen del tumor.
- Configuración macroscópica del tumor (exofítico, endofítico, forma de barril).
- Extensión a la cavidad endometrial, vaginal o parametrio.
- Grado histológico del tumor
- Profundidad de la invasión tumoral.
- Invasión vascular.
- Metástasis a los ganglios linfáticos regionales (pelvianos) y distantes (para-Aórticos).
- Metástasis a distancia.
- Presencia o ausencia de émbolos tumorales linfáticos.
- Presencia o ausencia de infiltrado linfoplasmocitario y de células gigantes de Cuerpo extraño.

La profundidad de penetración de las células malignas más allá de la membrana basal es una guía clínica confiable de la extensión del cáncer primario dentro del cuello y de la probabilidad de cáncer secundario a metastásico. Las metástasis a ganglios linfáticos regionales ocurren con frecuencia crecientes en la etapa I a IV. La extensión paracervical se presenta en todas las direcciones desde el cuello, con frecuencia se obstruyen los uréteres a los lados del cuello, originan hidroureter e hidronefrosis y el consiguiente deterioro de la función renal. (24)

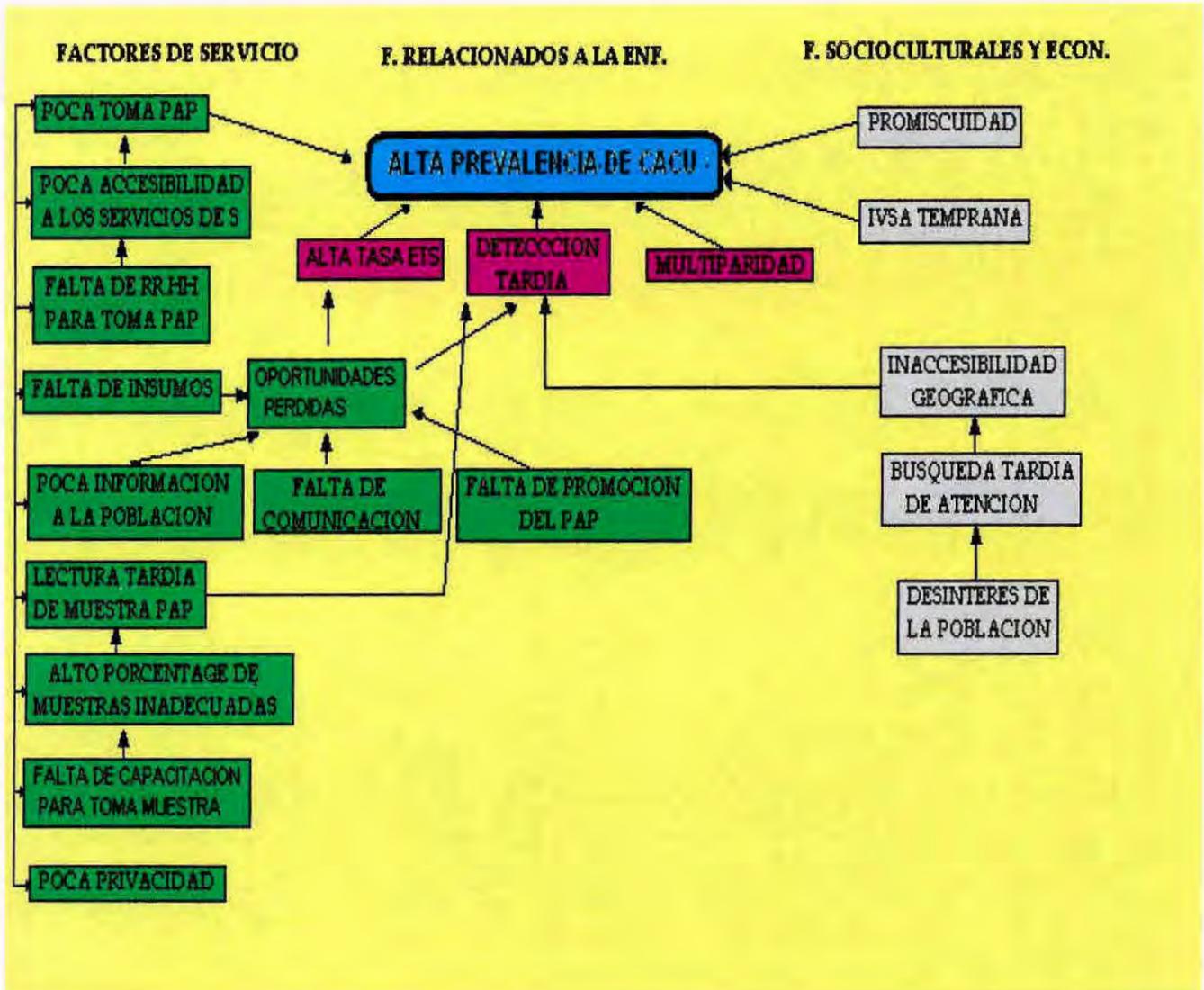
Casi dos tercios de las pacientes con carcinoma del cuello no tratado mueren por uremia cuando la obstrucción ureteral es bilateral. El dolor en la espalda y la distribución del plexo lumbosacro suele indicar invasión neurológica. El edema notable de las piernas puede indicar estasis vascular y linfática por el tumor. Las fistulas vaginales hacia el recto y vías urinarias son complicaciones graves tardías. El 10 a 20% de las pacientes con carcinoma invasor extenso mueren por la hemorragia. (24).

El índice de sobrevivientes a cinco años en el carcinoma de cuello uterino es de 68% en mujeres blancas y de 55% en mujeres negras en Estados Unidos. Los índices de sobrevida son inversamente proporcionales con la etapa de cáncer.

- Etapa 0: 99 a 100%
- Etapa I: 76%
- Etapa II: 55%
- Etapa III: 31%
- Etapa IV: 7%

MODELO EXPLICATIVO DEL PROBLEMA

DIAGRAMA DE ANÁLISIS



VII.- DISEÑO METODOLOGICO

a). Tipo de Estudio:

El presente estudio es de tipo descriptivo y de serie de casos.

b). Área de Estudio:

El presente estudio se llevó a cabo con pacientes ingresadas en el área de ginecología del Hospital Ernesto Sequeira de Bluefields. Con diagnóstico de cáncer cèrvico uterino, siendo viable para el control que se puede llevar con la fuente de información la cual se encuentra localizable en la unidad de salud, lo que contribuye al control de sesgos.

c). Universo y muestra:

El universo lo constituyeron todas las mujeres con diagnóstico de cáncer cèrvico uterino, Ingresadas en el hospital durante el periodo de estudio, siendo un total de 29 pacientes.

d). Unidad de Análisis:

Pacientes con diagnóstico de cáncer cèrvico uterino.

e). Criterios de inclusión.

- Pacientes atendidas en el servicio de ginecología del hospital en el 2003-2005
- Pacientes con expedientes Clínicos completos con diagnóstico de cáncer cèrvico uterino.
- Pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer cèrvico uterino.

f) Variables de estudio por Objetivo específico:

Objetivo específico Número 1: características étnico –raciales de las pacientes

Raza o etnia

Objetivo específico Número 2: Distribución del cáncer cervico uterino según características sociodemográficas y ginecoobstetricas.

Edad

Procedencia

Escolaridad

Inicio de vida sexual activa

Numero de compañeros sexuales

Uso de preparados Hormonales

Objetivo específico Número 3: Antecedentes personales patológicos:

Tabaquismo

Infección por Virus de Papiloma Humano

Objetivo específico Número 4: Estadío del cáncer cérvico uterino

Clasificación histopatológica del càncer cèrvico uterino

i). Fuente de Información:

La fuente de información fue secundaria puesto que se recolectaron los datos de los expedientes clínicos de las pacientes.

j). Instrumento de Recolección:

Los datos fueron recolectados en una ficha previamente elaborada, que contempla las variables de cada objetivo específico del estudio, la cual se presenta en el capítulo de Anexos de este documento.

k). Procesamiento de la Información.

Los datos previamente codificados se introdujeron en una base de datos Administrada por Epi- Info 6.2, calculando frecuencias y porcentajes.

l). Presentación de resultados.

Los resultados son expresados en tablas, gráficos y la presentación del documento en Word. Además para la visibilización del presente se elaborará un artículo científico para ser publicado en el Boletín Epidemiológico del SILAIS RAAS.

VIII. RESULTADOS

En cuanto a la frecuencia de cáncer cèrvico uterino se encontró que durante el año 2003, el cáncer in situ se presentó en un 50% (5) de los casos, al igual que el cáncer invasor en el mismo porcentaje y con el mismo número de casos.

En el 2004 el 100% (8) de los casos correspondieron a cáncer invasor, durante el 2005 el 72.7% (8) de los casos fueron cáncer invasor y el 27.2% fueron cáncer in situ. Ver en Anexos, Tabla No 1.

Según características étnico raciales se encontró que de las pacientes con cáncer in situ el 17.25 (5) son mestizas, el 6.8% (2) son creoles, y el 3.4% (1) es miskita. De las pacientes con cáncer invasor el 51.7% (15) son mestizas, el 37% (4) son creoles y el 6.8% (2) miskitas. Ver en Anexos, Tabla No 2.

En lo que corresponde a la distribución por edad, encontramos que en el grupo de 20 a 29 años el cáncer invasor se presentó en un 6.8% (2), en el grupo de 30 a 39 el cáncer in situ se observó en un 6.8% (2) y el cáncer invasor en un 13.7% (4).

En el grupo de 40 a 49 años el cáncer in situ correspondió al 10.3% (3) y el cáncer invasor al 17.2% (5). En las edades de 50 a 59 años el cáncer in situ se dió en el 10.3% (3) y el invasor en un 13.75 (4). En las mujeres de más de 60 años únicamente se encontró cáncer invasor en un 20.6% (6).

Ver en Anexos, Tabla No 3.

En cuanto a la procedencia se encontró que un 6.8 % (2) de las pacientes que presentaron cáncer in situ, eran del área urbana y el 20.6% (6) del área rural. De las que presentaron cáncer invasor el 51.7% (15) proceden del área urbana y el 20.6% (6) del área rural. Tabla No 4. Ver en Anexos, Tabla No 4.

Con respecto a la escolaridad, se encontró que en las pacientes con cáncer in situ el 6.8% (2) son analfabetas y el 20.6% (6) cursaron primaria. Con cáncer invasor el 37.9% (11) son analfabetas, el 24.1% (7) cursaron primaria y el 10.3% (3) habían llegado a secundaria. Ver en Anexos, Tabla No 5.

De acuerdo al número de partos se encontró que en las pacientes con cáncer in situ el 6.8% (29 tenían de 2 a 3 partos, el 3.4% (1) de 4 a 5 partos y el 17.2% (5) 6 o más partos. Con cáncer invasor el 3.4% (1) tenía un parto, el 6.8% (2) de 2 a 3 partos, el 20.6% (6) de 4 a 5 partos y el 41.3% (12) tenía 6 o más partos. Ver en Anexos, Tabla No 6.

Con respecto al inicio de la vida sexual activa, con cáncer in situ, el 24.1% (7) inició entre los 15 a 19 años y el 10.3% (3) lo hizo entre los 20 y 29 años. Con cáncer invasor el 65.5% (19) inició sus relaciones entre los 15 a 19 años. Ver en Anexos, Tabla No 7.

En cuanto al número de compañeros sexuales se identificó que con cáncer in situ el 13.7% (4) tuvo solo un compañero y el 13.7% (4) de 2 a 3 compañeros sexuales. Con cáncer invasor el 10.3% (3) tuvo un solo compañero sexual y el 55.1% (16) tuvieron de 2 a 3 compañeros, únicamente el 6.8% (2) tuvieron más de 4 compañeros. Ver en Anexos, Tabla No 8.

Con respecto al uso de preparados hormonales, de las pacientes con cáncer in situ el 13.7% (4) usaron gestagenos orales, el 13.7% (4) no usaron ningún preparado. El 37.9% (11) de las pacientes con cáncer invasor usaron gestagenos orales, el 3.4% (1) uso inyectables y el 31% (9) no usaron ningún preparado. Ver en Anexos, Tabla No 9.

En cuanto al hábito de fumado con cáncer in situ el 3.4% (1) fumaba, el restante 24% (7) no tenía dicho hábito. Con cáncer invasor el 6.85%(2) fumaba, el restante 69.9% (19) no lo hacía. Ver en Anexos, Tabla No 10.

Con relación a la presencia de infección por papiloma humano, de las pacientes con cáncer in situ el 3.4% (1) presentó dicho proceso, el 24.1% (7) no lo presentaba, con cáncer invasor el 3.4% (1) presentó la infección, el restante 69.9% (19) no lo tenía. Tabla No 11. Ver en Anexos, Tabla No 11.

En cuanto al tipo histológico de cáncer se encontró que el cáncer in situ tuvo una frecuencia del 13.7% (4), el carcinoma epidermoide el 65.5% (19) y el carcinoma de células escamosas se observó en el 20.6% (4.3) de los casos.

Ver en Anexos, Tabla No 12.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Se estimó una frecuencia promedio anual de 10 casos, siendo el año 2005 cuando se presentaron el mayor número de casos con 11, teniéndose un comportamiento más o menos similar , según datos encontrados en el Hospital, en años anteriores al estudio .

La raza de mayor frecuencia fue la mestiza, seguida de las creoles. Coincidentemente con la distribución étnico racial de la Región donde predomina dicho grupo.

El grupo de edad donde más frecuentemente se presentó el cáncer cèrvico uterino fue el de 40 a 49 años , seguido del de 50 a 59 años , lo que coincide con la literatura mundial donde se refiere que la edad promedio de aparición es de 45 años , con un rango entre loa 35 a los 52 años.

En cuanto a la procedencia se encontró que la mayoría de pacientes proceden del área urbana, esto se relaciona directamente con el acceso a los servicios de salud, sin embargo es importante el número de pacientes del área rural, lo que se relaciona con el bajo nivel socioeconómico, descrito en la literatura como un factor relacionado a este problema.

El mayor número de pacientes son analfabetas, o solo cursaron primaria, lo que coincide con lo descrito en la literatura, que refiere dicho tipo de cáncer se presenta más frecuentemente en mujeres de baja escolaridad.

La mayoría de las mujeres tienen una alta paridad, lo que se describe como una condición para padecer dicha enfermedad.

La mayoría de pacientes tuvo su primera relación sexual a edades tempranas, así mismo tuvieron varios compañeros sexuales lo que coincide con lo expresado mundialmente donde se recalca la importancia del factor de promiscuidad y el inicio de vida sexual a edad temprana para la aparición de cáncer cèrvico uterino.

A nivel mundial se reporta que el uso de gestagenos orales se asocia con altos porcentajes de desarrollar carcinoma cèrvico uterino; en este estudio se encontró que la gran mayoría de las pacientes utilizaron gestagenos orales por tiempo prolongado.

En cuanto al hábito de fumar y la presencia de infección por virus de papiloma humano, se encontró que la mayoría de pacientes no tenían ese hábito e igualmente no presentaron dicha infección.

El tipo histopatológico de cáncer más frecuentemente encontrado fue el cáncer epidermoide invasor lo que coincide con la literatura mundial donde se reporta que este tipo de cáncer se presenta en más del 90% de los casos.

X. CONCLUSIONES

En relación a las características de la etnia o raza de las pacientes estudiadas, en ambos tipos de cáncer predominó la raza mestiza, seguida de la creole y en minoría las de raza miskita.

Según las variables socio económicas de las mujeres en estudio. La edad predominante fue entre los 40 a 59 años, procedentes del área urbana, con un grado bajo de escolaridad, o analfabetas.

La mayoría de las pacientes tienen una elevada paridad, iniciaron tempranamente sus relaciones sexuales y tuvieron más de un compañero sexual. Mayoritariamente tomaron anticonceptivos orales por tiempo prolongado.

En cuanto a los antecedentes patológicos personales o condiciones de cada mujer para padecer de cáncer, el mayor número de pacientes no tenían el hábito de fumar y no presentaron infección por virus de papiloma humano.

Relacionado a los tipos de cáncer, según clasificación histológica, el tipo de cáncer de mayor frecuencia encontrado, fue el carcinoma epidermoide, seguido del carcinoma de células escamosas, siendo ambos tipos ya un estadio muy avanzado en etapa invasora.

XI. RECOMENDACIONES

Al Nivel SILAIS:

- Reforzar las acciones de educación sexual y reproductiva con énfasis en la planificación familiar, el retardo de las relaciones sexuales precoces y la fidelidad a la pareja, afín de promover estilos de vida saludables que eviten la aparición de riesgos de contraer cáncer cérvico uterino, tanto en las unidades de salud, así como en las visitas integrales a las comunidades de difícil acceso de la Región.
- Reforzar la educación a toda la población, especialmente a los jóvenes y adolescentes, en el uso adecuado de los métodos orales de contracepción.
- Establecer convenios y coordinaciones inter- institucionales a fin de trabajar en función de la detección precoz y tratamiento oportuno del cáncer cérvico uterino, principalmente en las áreas de la Región de difícil acceso.
- Reforzar en el MECD y centros de trabajo campañas informativas y educativas sobre este tema enfatizando en la prevención del CACU.

Al Nivel local:

- Promover de manera efectiva la salud en nuestra población femenina destacando la importancia y la eficacia del frotis de Papanicolao en la detección precoz de las lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino a través de charlas educativas en las unidades de salud, y en las comunidades de difícil acceso.

A la población femenina:

- Promover el hábito de realizarse consultas ginecológicas periódicas en las mujeres con vida sexual activa, garantizándose el acceso a los servicios de salud.
- A los compañeros de las mujeres apoyar y tener conciencia del problema que representa el cáncer de cèrvix, de manera que juntos puedan prevenir este mal.

XII.- BIBLIOGRAFIA

- 1- Prevalencia de cancer cervico uterino en los países en desarrollo. Http//
[www. Alliance_cxca.org/](http://www.Alliance_cxca.org/).
- 2- valdivia Cabrera. Boletín esc. De medicina, p universidad católica de Chile
1999;
23 45-49. A// EPIDEMIOLOGIA DEL CANCER EN CHILE. htm.
- 3- Hoja informativa del programe de mujer, salud y desarrollo. diciembre del
2001. OPS. [_hdw@paho. Org](mailto:_hdw@paho.Org).
- 4- Normas de prevención y atención del cáncer cervico uterino. septiembre del
2002.
- 5- Casos de cáncer cervico uterino Departamento de Estadísticas. Hospital
Ernesto Sequeira Blanco. Bluefields. 2000, 2001, 2002.
- 6- E. Asturias Laura. Una ventana Hacia la vida de las mujeres. Vol. V No. 25
Guatemala, 13 de julio 2002. <http://www.la-tertulia.net>.
- 7- Boletín informativo facultad de medicina universidad de Chile. 26 de marzo
2004.
- 8- Goza Beatriz. lo que una mujer debe saber sobre cáncer del cuello del
útero. A: / ENCABEZADO htl.
- 9- Salvo Horvilleur Lucia. políticas de salud y equidad de género en
Nicaragua. 28 agosto 2002.

- 10-Perspectiva ciudadana. A: / perspectiva ciudadana htm.
- 11-Cáncer cervico uterino. Dirección general de sistemas de información SILAIS RAAS. 2002-2004.
- 12- Situación actual del cáncer cervico uterino. secretaria de salud Durango. [www.codamelver](http://www.codamelver.gob.mx). Gob. Mx.
- 13- Ferry consultor clínico. Diagnostico y tratamiento en medicina interna. 1999 Pág. 78.
- 14- Diagnostico clínico y tratamiento 2003/ed.Por Lawrence m. Tiner, tephen. Pág. 737.
- 15-Cáncer del cuello uterino. instituto nacional del cáncer. [www. Cáncer. gob](http://www.Cancer.gob).
- 16-Cáncer cervico uterino. A/cancer htm.
- 17-Política nacional de salud 204-2015.
- 18 – Piura López Julio. Introducción a la metodología de la investigación Científica. Cuarta edición 2002.
- 18-Del Mistro a, Chieco Bianchi I. HPV-related neoplasia in HIV –infected individuals European journal of cancer 2001; 37: 1227-1235.
- 19-Infecciones por HPV. Instituto Nacional de alergia y Enfermedades Infecciosas. [http//www. Niaid. Nih. gov](http://www.Niaid.Nih.gov).

- 20-Ministerio de salud. Protocolo: Manejo Del carcinoma Del cervix .Centro Nacional de Radioterapia Managua Nicaragua Julio 1999.
- 21- Departamento de patología HEODRA, Registro de cáncer 1987-1997.
- 22- Llusia Botella. Tratado de Ginecología. Editorial Española. 1990.
- 23-Clínicas de Ginecología y obstetricia de Norteamérica. Temas actuales de cáncer de cuello uterino, diagnostico y tratamiento vol. I 1985.
- 24- Jonathan s. Berek K. And Meville F. Hashers: practical gynaecologic oncology. Williams y Wilkins. 1989

ANEROS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE SALUD**

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

**CANCER CERVICO UTERINO EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
ERNESTO SEQUEIRA BLUEFIELDS RAAS 2003-2005**

I.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

- A. Número de Ficha: _____
- B. Numero de expediente: _____
- C. Edad: _____
- D. Procedencia: _____
- E. Escolaridad: _____
- F. Raza o etnia: _____

II.- ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

- A.- Paridad: _____
- B.- Inicio de vida sexual activa: _____
- C.- Número de compañeros sexuales: _____
- D.- Uso de preparados Hormonales: _____

III.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

- A.- Tabaquismo: _____
- B.- Infección por virus de papiloma Humano: _____

IV.- ESTADIO DEL CANCER CERVICO UTERINO:

g) Operacionalización de variables:

VARIABLE	CONCEPTO	ESCALA
<p><u>Objetivo Especifico No 1:</u></p> <p>Raza o etnia</p>	<p>Ascendencia o descendencia de alguien. Cada uno de los grupos en que se subdividen grupos de seres humanos que por el color de su piel y otros caracteres se distinguen entre sí.</p>	<p>Mestiza Creol miskitas garifonas rama</p>
<p><u>Objetivo Especifico No 2</u></p> <p>Edad</p> <p>Procedencia</p> <p>Escolaridad</p>		<p>20-19 30-39 40-49 50-59 60 años a más.</p> <p>Urbano Rural</p> <p>Analfabeta Primaria Secundaria superior</p>

Paridad	Relativo al numero de partos por vía vaginal, cesáreas o abortos que ha tenido una mujer al momento del estudio	0-1 partos 2-3 partos 4-5 partos 6 o mas partos
Inicio de vida sexual activa	Momento que tuvo su primera relación sexual	Menor de 15 a 15-19 20-29
Numero de compañeros sexuales	Parejas sexuales que ha tenido la mujer a lo largo de su vida	0-1 2-3 4 o mas
Uso de preparados hormonales	Utilización de preparados hormonales para control de la natalidad	Gestagenos orales Anticonceptivos inyectables
<u>Objetivo Especifico No 3</u>		
tabaquismo	Habito de fumado	Uso positivo Uso negativo
Infección por virus de papiloma humano	Numero de casos de cáncer cervico uterino con presencia de virus de papiloma humano	Infección por VPH No infección por VPH
<u>Objetivo Especifico No 4</u>		
Estadío del cáncer cérvico uterino	Estado en que se encuentra el cancer cervico uterino al momento del diagnostico	Clasificación histopatológica del cancer cervico uterino

Tabla 1

Frecuencia de cáncer cervico uterino . Hospital Ernesto Sequeira Bluefields. 2003-2005

Año	Cancer in situ	Cancer invasor	total
2003	5 (50%)	5(50%)	10(100%)
2004	0(0%)	8(100%)	8(100%)
2005	3(27%)	8(73%)	11(100%)

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

(n= 29)

Tabla 2

Cáncer cervico uterino según características étnico Raciales. Hospital Ernesto Sequeira Bluefields. 2003-2005

Raza/Etnia	Cáncer in si tu	Cáncer invasor	Total
Mestizas	(5)25%	(15) 75%	(17) 100%
Creoles	(2)33%	(4) 64%	(12)100%
Miskitas	(1)33%	(2) 64%	(3)100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

(n= 29)

Tabla 3

Distribucion por edad de Cáncer cervico uterino. Hospital Ernesto Sequeira Bluefields. 2003-2005

Edad	Cancer in situ	Cancer invasor	total
20-29	(0) 0%	(2)100%	(2)100%
30-39	(2) 33%	(4)64%	(6)100%
40-49	(3) 38%	(5) 62%	(8)100%
50-59	(3) 13%	(4) 87%	(7)100%
60 a más	(0) 0%	(6)100%	(6)100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

(n= 29)

Tabla 4

Cáncer cervico uterino segun procedencia. Hospital Ernesto Sequeira Bluefield. 2003-2005

Procedencia	Cancer in si tu	Cancer invasor	Total
Urbano	(2)12%	(15) 88%	(17) 100%
Rural	(6)50%	(6) 50%	(12)100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

(n= 29)

Tabla 5
Cáncer cèrvico uterino segùn escolaridad. Hospital Ernesto Sequeira
Bluefields 2003-2005

Escolaridad	Cáncer in si tu	Cancer invasor	Total
Analfabeta	(2) 15%	(11)75%	(13) 100%
Primaria	(6)46%	(7) 54%	(13) 100%
Secundaria	(0) %	(3)100%	(3) 100%
Fuente: Ficha de Recolección de datos.			(n= 29)

Tabla 6
Cáncer cervico uterino segun paridad. Hospital Ernesto Sequeira
Bluefields 2003-2005

Paridad	Cáncer in si tu	Cáncer invasor	Total
0-1 partos	(0) 0%	(1)100%	(1) 100%
2-3	(2) 50%	(2)50%	(4) 100%
4-5	(1)14%	(6)86%	(7) 100%
6 o mas	(5)29%	(12)71%	(17)100%
Fuente: Ficha de Recolección de datos.			(n= 29)

Tabla 7

Cáncer cervico uterino. Inicio de Relaciones Sexuales. Hospital Ernesto Sequeira Bluefields 2003-2005

Inicio de Relaciones sexuales	Cáncer in si tu	Cáncer invasor	Total
15-19	(7)27%	(19) 73%	(26) 100%
20-29	(3)100%	(0) 0%	(3)100%
Fuente: Ficha de Recolección de datos.			(n= 29)

Tabla 8

Cáncer cervico uterino. Numero de compañeros sexuales. Hospital Ernesto sequeira. Bluefields 2003-2005

Compañeros Sexuales	Cancer in si tu	Cancer Invasor	Total
0-1	(4)57%	(3) 43%	(7) 100%
2-3	(4)20%	(16)80%	(20)100%
4 a más	(0) 0%	(2)100%	(2)100%
Fuente: Ficha de Recolección de datos.			(n= 29)

Tabla 9
Cáncer cervico uterino. Uso de preparados hormonales. Hospital Ernesto sequeira. Bluefields 2003-2005

Preparados hormonales	Cancer in si tu	Cáncer invasor	Total
Gestagenos Orales	(4)17%	(11)93%	(15)100%
Inyectables	(0) 0%	(1)100%	(1)100%
No usaron	(4)31%	(9)69%	(13)100%
Fuente: Ficha de Recolección de datos.			(n= 29)

Tabla 10
Cáncer cervico uterino. Tabaquismo . Hospital Ernesto sequeira Bluefields. 2003-2005

Tabaquismo	Cáncer in si tu	Cancer Invasor	Total
SI	(1) 33%	(2) 67%	(3) 100%
NO	(7)27%	(19)73%	(26)100%
Fuente: Ficha de Recolección de datos.			(n= 29)

Tabla 11

Câncer cèrvico uterino infeccion por vîrus de papiloma humano. Hospital Ernesto sequeira. Bluefields 2003-2005

Infección por Virus de papiloma	Cancer in situ	Cancer invasor	Total
SI	(1) 50%	(1) 50%	(2)100%
NO	(7) 26%	(20) 74%	(27) 100%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

(n= 29)

Tabla 12

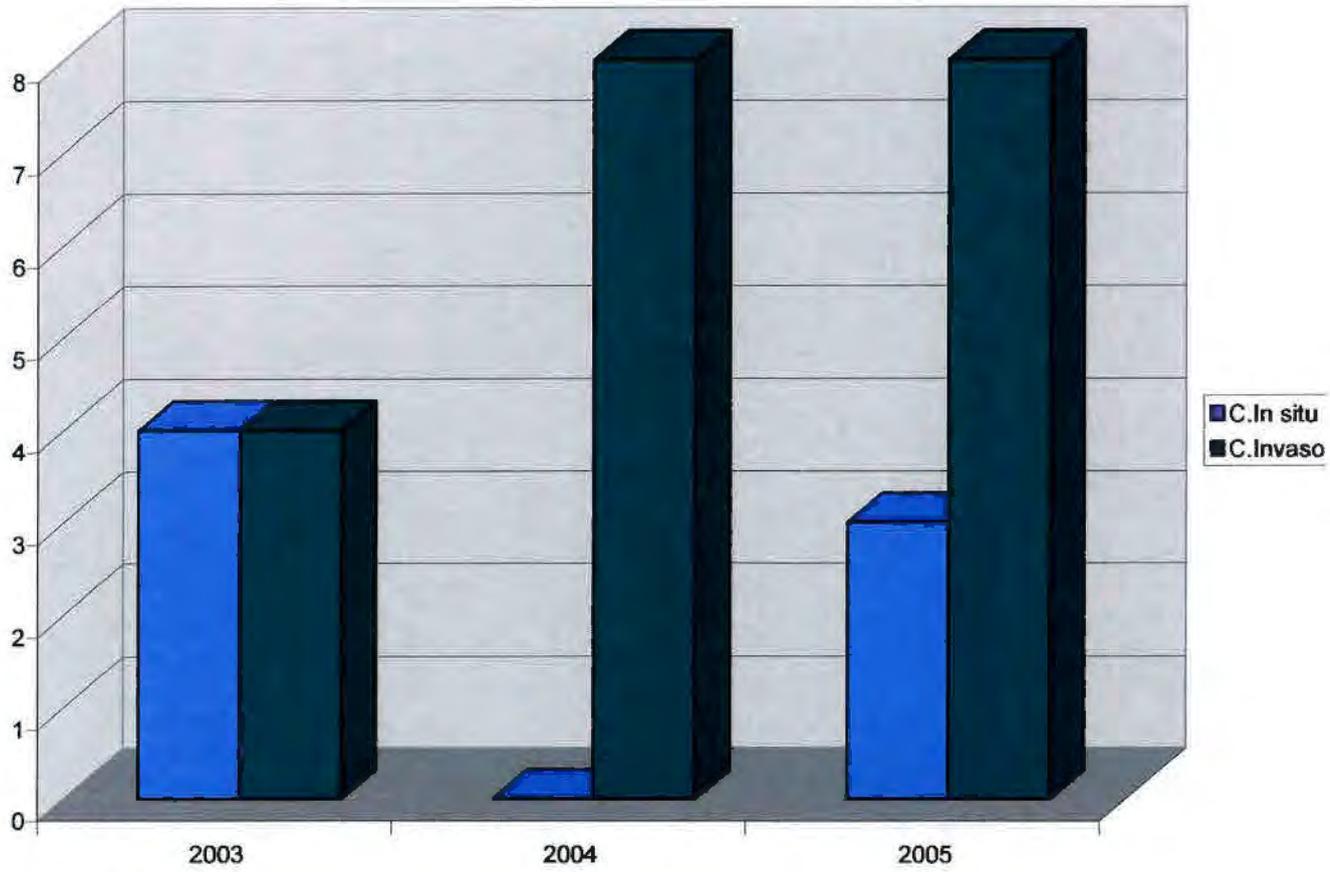
Tipo Histopatológico de câncer cervico uterino. Hospital Ernesto sequeira Bluefields 2003-2005

Tipo histopatológico	No.	%
Cancer in si tu	4	13.7%
Cancer de células escamosas	6	20.6%
Carcinoma Epidermoide	19	65.5%
Total	29	99.8%

Fuente: Ficha de Recolección de datos.

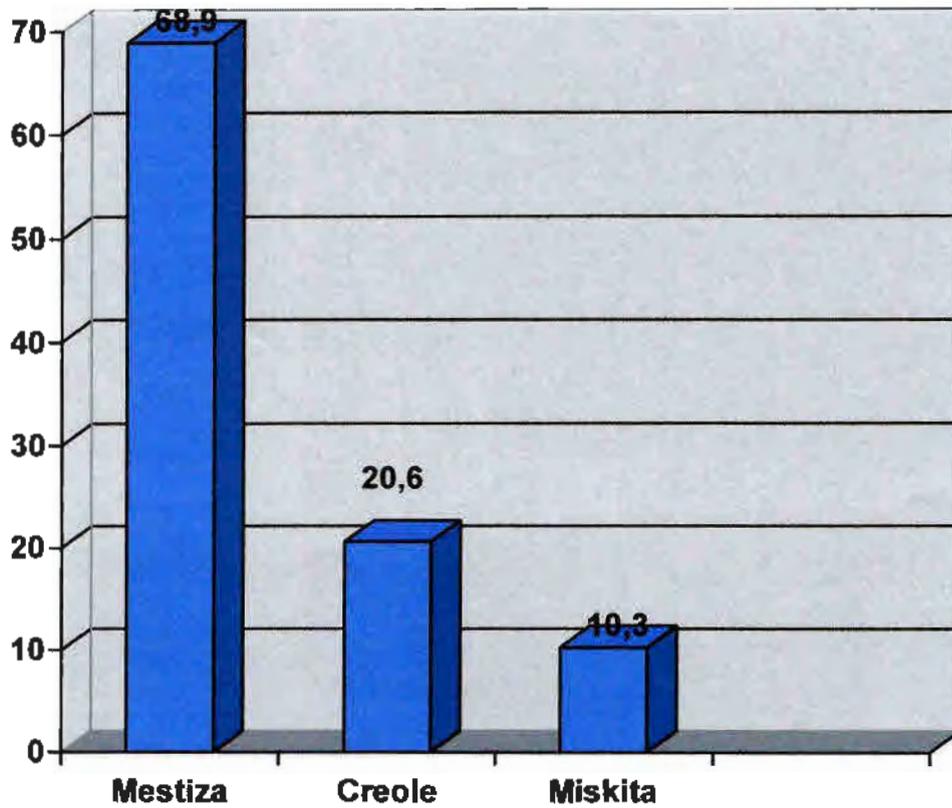
(n= 29)

**Gráfico 1 Frecuencia de cáncer cervico uterino
Hospital Ernesto Sequeira, Bluefields 2003-2005**



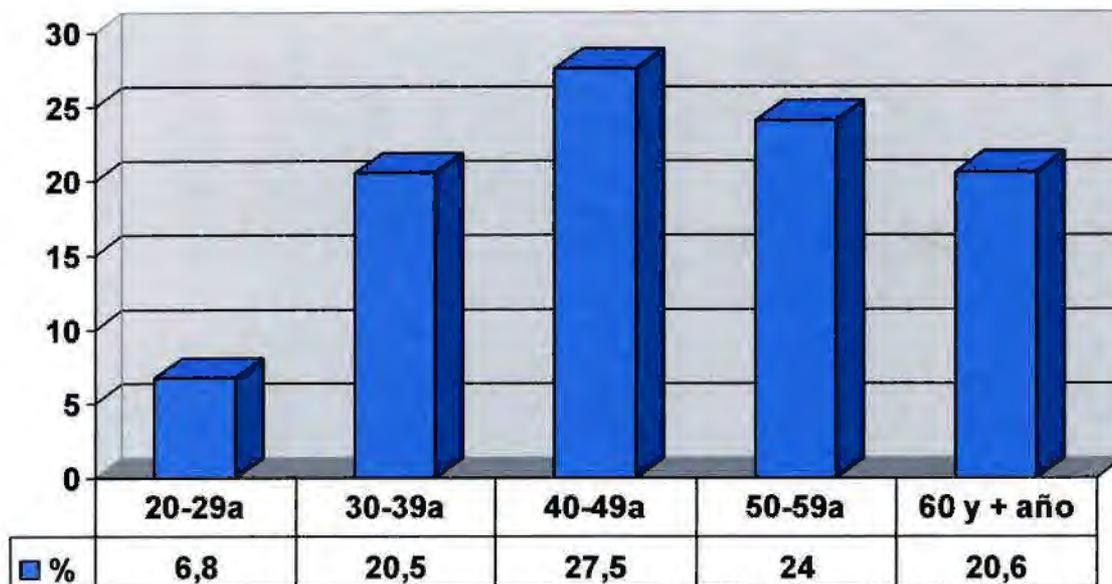
Fuente: Tabla 1

Grafico 2 Características étnico raciales de pacientes con Cancer Cervico uterino HRESB, Bluefields 2003-2005



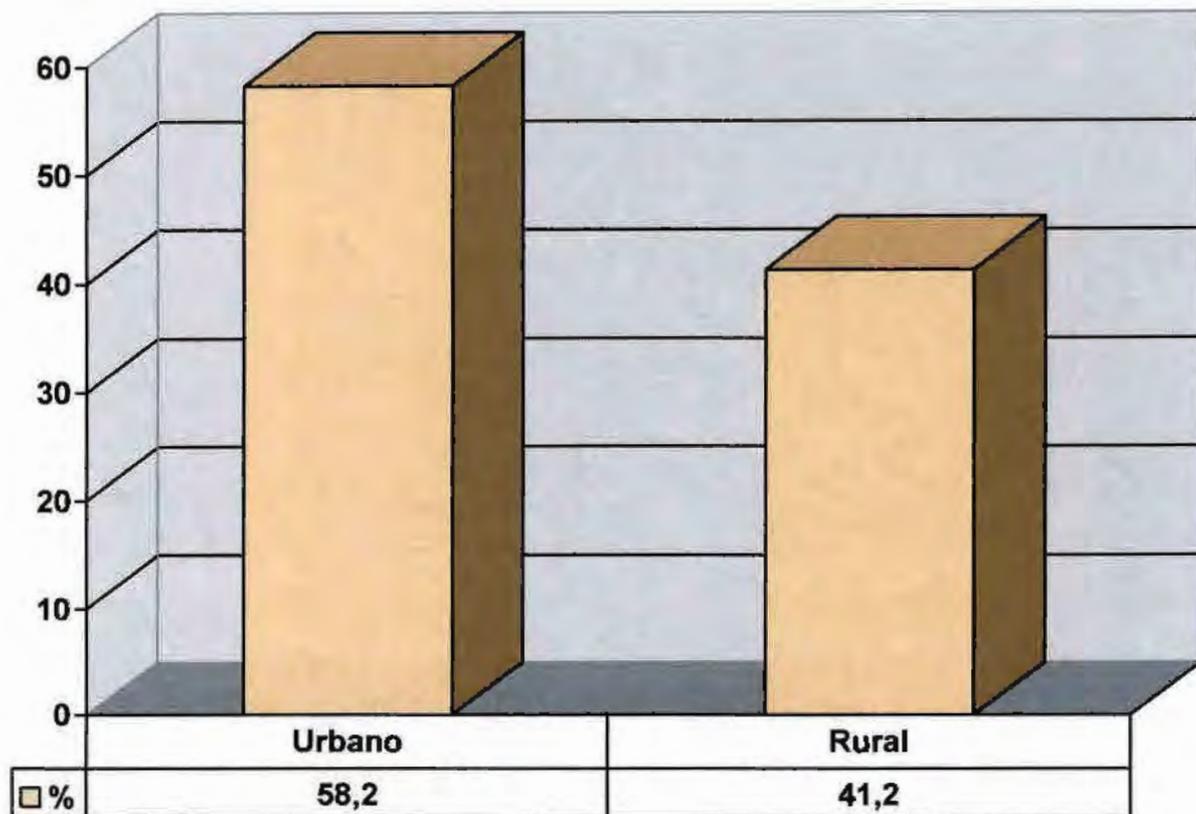
Fuente: Tabla 2

Grafico 3 Distribución por edad de cáncer cervico Uterino HESB, Bluefields 2003-2005



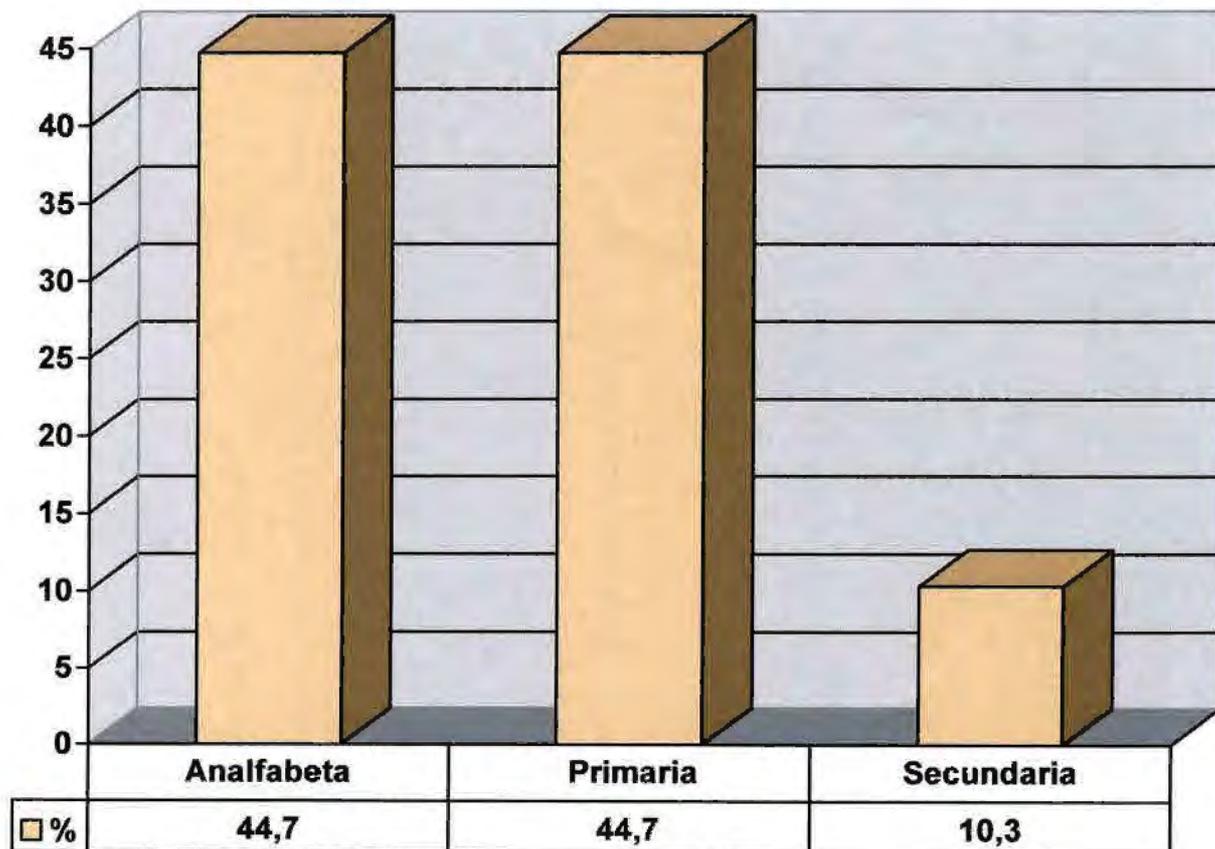
Fuente: Tabla 3

Grafico 4 Procedencia de las pacientes con cáncer cervico Uterino HESB, Bluefields 2003-2005



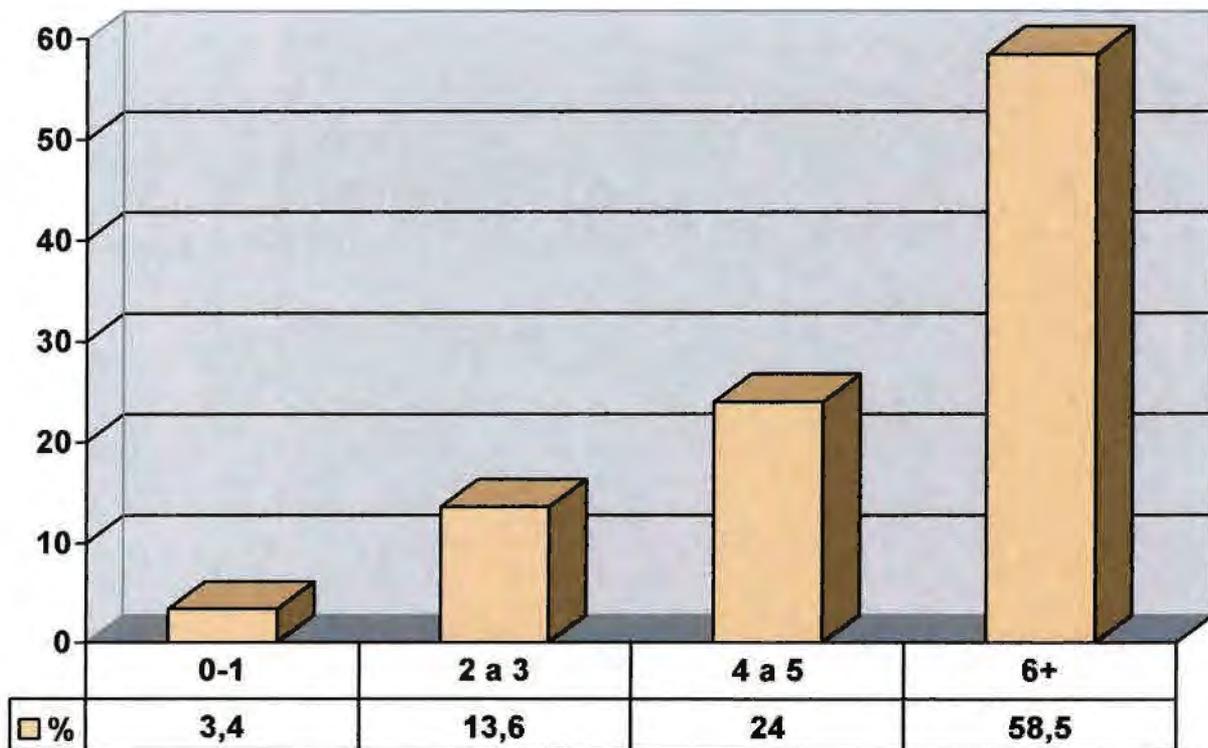
Fuente: Tabla 4

Grafico 5 Escolaridad de las pacientes con cáncer cervico Uterino HESB, Bluefields 2003-2005



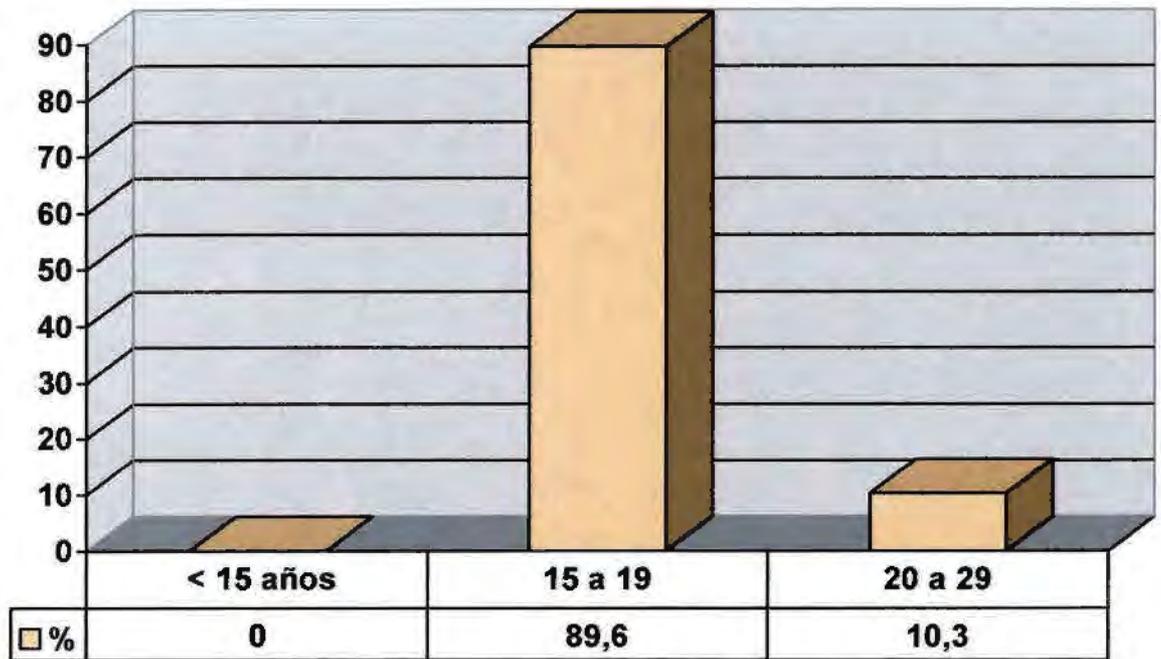
Fuente: Tabla 5

Grafico 6 Paridad de las pacientes con cáncer cervico Uterino HESB, Bluefields 2003-2005



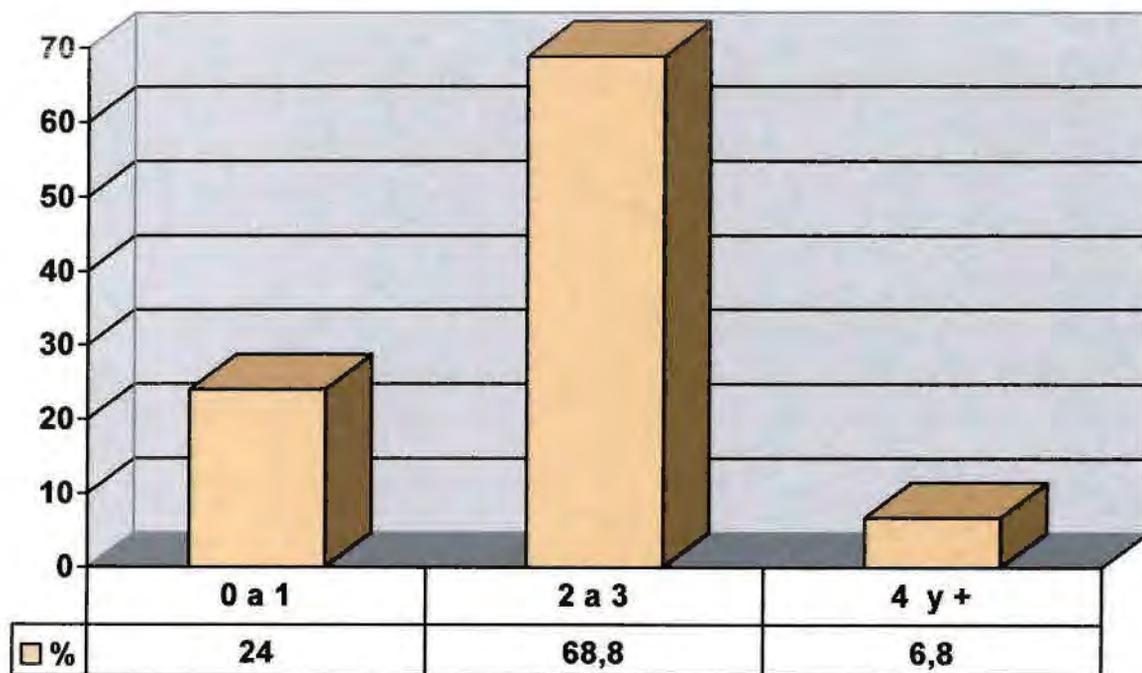
Fuente: Tabla 6

Grafico 7 Inicio de vida sexual activa de las pacientes con cáncer cervicoUterino HESB, Bluefields 2003-2005



Fuente: Tabla 7

Grafico 8 **Numero de compañeros sexuales de las pacientes con cáncer Cervico uterino HESB, Bluefields 2003-2005**



Fuente: Tabla 8

Grafico 9 **Uso de preparados hormonales de las pacientes con cancer cervico uterino HESB, Bluefields 2003-2005**

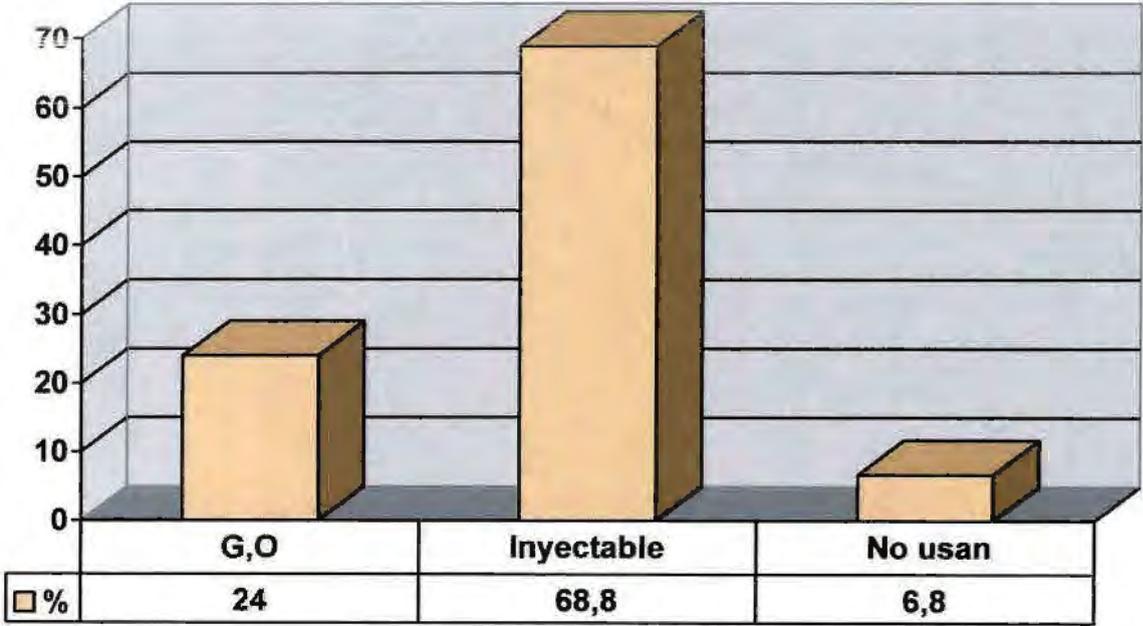
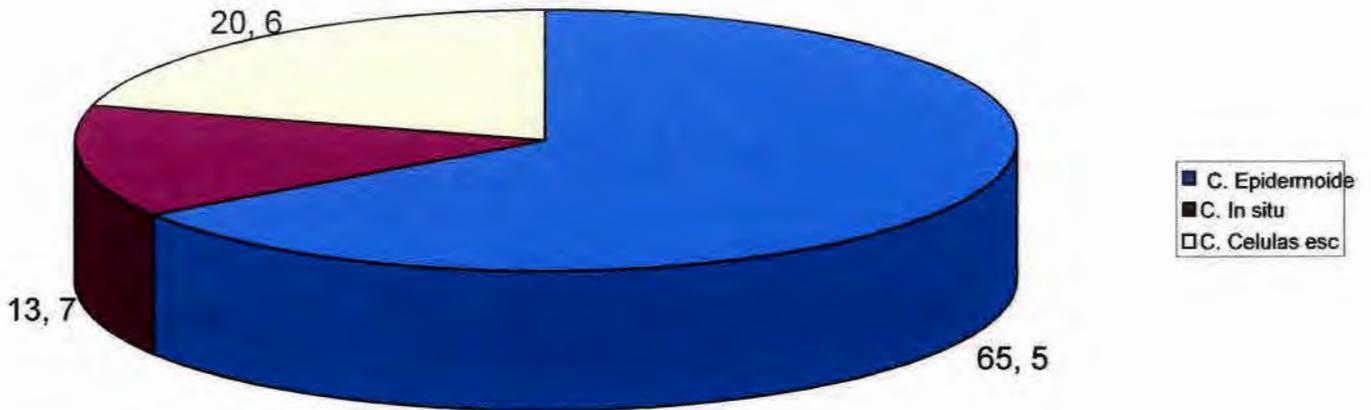


Tabla: Tabla 9

Grafico 10

**Tipo histopatológico de cáncer cèrvico uterino
HESB, Bluefields 2003 -2005**



Fuente: Tabla 12