

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

UNAN-MANAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

“HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE”



**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.**

TEMA

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA LESIONES DE ALTO GRADO Y
CÁNCER INVASOR CERVICOUTERINO EN USUARIAS ATENDIDA EN LA CLÍNICA
DE LESIONES TEMPRANA DEL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE, ENERO 2014
– ENERO 2016”**

Autor:

Dr. Reynaldo Gilberto Montalván Sánchez.

Tutor:

Dra. Ana Lorena Urbina

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Subespecialista en Biología de la reproducción humana

Asesor metodológico:

Dr. José Antonio Delgado Alvarado.

Managua, Marzo 2017

Dedicatoria

Al ser que me acompaña en todos los momentos de mi vida, que ilumina, guía y fortalece a diario mi existencia, por haberme ayudado a culminar esta meta tan satisfactoria y llena de retos. A ti, DIOS, Padre Celestial.

A mis hijas, Lhya Nathalya y Zurhy Sofía, mi razón de ser y existir, el motor que me impulsa cada día. Todo lo hago por ti. Con todo el amor que te tengo, quiero dedicarte este trabajo.

A mi MAMÁ, Olga del Carmen, por ser quien Dios envió a este mundo para ser mi guía terrenal, que me ha brindado todo el amor, cariño, apoyo de forma innegable, tolerancia y educación. Quiero también dedicarte a vos el fruto, que no es sólo de mi esfuerzo, sino el de todos nosotros como familia.

A mis maestros, por la comprensión, paciencia y disposición que siempre han tenido para conmigo durante estos años de preparación.

A todas las personas que de una u otra forma me han dado su apoyo. A todas ellas, se las dedico.

Reynaldo Montalván

Agradecimiento

A DIOS por estar siempre a mi lado en el transcurso de mi vida, por guiarme, protegerme, por haberme enseñado el camino.

A mis pacientes, que día a día, me impulsaron a mejorar día a día para ellos. Me motivaron a aprender, a continuar en pie, y darle gracias a DIOS, a ser mejor persona y a enseñarme no solo de Ginecología, sino de la vida.

A ustedes mis hijas Lhya Nathalya y Zurhy Sofía, por su paciencia, por ser mí motor para seguir.

A mi madre, Olga del Carmen por creer en mí. Por tu amor y apoyo. Sin vos no sería nada posible para mí. Todo lo que soy te lo debo a ti y tú lo sabes.

A mis compañeros de “Residencia en estos cuatro años, gracias por enseñarme a ver la vida de otra manera.

Dra. Ana Lorena Urbina, por compartir sus conocimientos, abrirme al mundo de la Gineco-Oncología, habilitar mis manos para saber cuál es el mejor camino, resolverlo de la mejor manera con menor daño, transmitirme que cuando nos proponemos algo se puede alcanzar. GRACIAS.

A todas las personas que hacen vida en este Hospital, dedicado a mejorar la calidad de vida de nuestras mujeres, con quienes he trabajado de la mano.

A todos los médicos de base de Ginecología que pusieron su grano de arena y me enseñaron las primeras letras en Ginecología. Gracias siempre.

Gracias a todos.

Reynaldo Montalván.

Índice

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	3
III.	Justificación	6
IV.	Planteamiento del problema	7
V.	Objetivos	8
VI.	Marco teórico	9
VII.	Diseño metodológico	18
VIII.	Operacionalización de variables	21
IX.	Resultados	24
X.	Análisis de resultado	25
XI.	Conclusiones	30
XII.	Recomendaciones	31
XIII.	Bibliografía	32
XIV.	Anaexo	34

Resumen

A nivel mundial el cáncer cervical constituye un problema de salud pública, se ubica en el tercer lugar dentro de los tipos de tumores malignos más comunes, y constituye la principal causa de muerte en países subdesarrollados, se estima que 190.000 mujeres mueren cada año por esta causa, afectando edades entre 25 y 65 años, como promedio 45 años, ocurriendo inclusive en la segunda década de la vida. Los programas de detección temprana han contribuido de manera significativa a la reducción de la morbi-mortalidad del 75% en los últimos 50 años. La disminución es atribuida a la efectiva institucionalización de los programas de detección precoz en los países desarrollados no así en los países en vías de desarrollo. En este estudio fueron incluidas 100 mujeres con diagnóstico histopatológico de lesión intraepitelial de alto grado (NIC II, NICIII, Ca In situ) y Cáncer invasor en el período de enero 2 014 a enero 2016 que acudieron a la clínica de lesiones en consulta externa del hospital Aleman Nicaraguense en el que encontró que el perfil sociodemográfico de las pacientes en estudio era, mujeres jóvenes en edad reproductiva, amas de casa con bajo nivel escolar, de religión católica y de procedencia urbana. Los principales factores de riesgo de las pacientes en estudio fueron; menarca entre los 12-15 años, inicio de vida sexual temprana antes de los 18 años, edad de su primer parto antes de los 20 años, uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad, más de 4 compañeros sexuales y el hábito de fumar. La lesión intraepitelial cervical que se encontró con mayor frecuencia fue NIC III asociado al virus del papiloma humano (VPH) según el resultado histológico.

Se determinó que no existe correlación entre el resultado citológico y el resultado histológico, ya que la proporción de casos con NIC III era mayor en comparación a los resultados citológicos además de la asociación del virus de papiloma humano fue mayor porcentaje en el resultado histológico.

La Conización cervical es el método de elección terapéutica para el manejo de LIE de alto grado (NIC II – NIC III).

I. Introducción

El cáncer se produce cuando una célula ha perdido su mecanismo de control normal. El virus que causa verruga genital es también causante de cáncer del cuello de la matriz de la mujer. Es un cáncer que comienza en el cuello uterino, la parte inferior del útero que se abre en la parte superior de la vagina. (Berek, 2011)

El cáncer de Cuello Uterino es el tumor maligno más frecuente en las mujeres de los países en desarrollo y el tercero en mortalidad relacionada con las neoplasias malignas en la población en general. En la población femenina el Cáncer Cérvico Uterino es la primera causa de muerte por neoplasias malignas, particularmente en el grupo de 25 a 64 años de edad. Aproximadamente el 70% de las pacientes que demandan atención médica en el Centro Nacional de Radioterapia, se presentan en etapas avanzadas del Cáncer de Cuello Uterino, lo que implica un aumento en la tasa de mortalidad por esta causa. (Cespedes, 2013)

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

Estimaciones a nivel mundial reflejan el surgimiento de 493,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 274,000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Nicaragua es a nivel mundial el segundo país después de Haití con tasas de incidencia del cáncer cervical de 39 x 100,000 las más elevadas. En Nicaragua la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es la más alta de los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en mujeres nicaragüenses. (Arguello, 2014)

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Los programas de detección temprana han contribuido de manera significativa a la reducción de la morbimortalidad, pues el diagnóstico precoz ofrece la posibilidad de un tratamiento exitoso, aumento de la supervivencia y la calidad de vida de las mujeres nicaragüenses.

La detección, prevención y diagnóstico inicial de las lesiones tempranas precursoras del cáncer es en la interpretación de Papanicolaou que se base en la presencia de células anormales y que por muchos aspectos es considerado la prueba ideal, ya que gracias a ello disminuyó la incidencia de mortalidad por cáncer cervicouterino al ser aplicado a nivel mundial, el uso de preparados con base líquida de células del cérvix uterino ha disminuido al mínimo el riesgo de errores en la interpretación, de la prueba convencional. (Siegel, 2016)

La biopsia de la lesión cervical es el estándar de oro en el diagnóstico final, ella nos va a reportar el grado de alteración celular del tejido, y una vez confirmado el diagnóstico por histopatología se deberá llevar un tratamiento específico y posteriormente controles periódicos. (Parazinni, 2012)

Este estudio fue realizado en el Hospital Alemán Nicaragüense, ubicado en Managua. Con el objetivo de determinar el comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y carcinoma invasor de las usuarias que son atendidas en la clínica de lesiones tempranas, con los resultados de colposcopia realizados.

II. Antecedentes

A nivel mundial el comportamiento del cáncer de cérvix es variable en dependencia de los niveles de desarrollo de los países, en América Latina las estadísticas de defunciones, las tasas de incidencia y los datos del servicio hospitalarios muestran que cada año aproximadamente 1 de cada 1,000 mujeres de grupos en edades de 30 a 54 años desarrollan cáncer de cuello uterino y anualmente mueren más de 30,000 mujeres debido a muchos factores determinados propensos al cáncer. El incremento ha sido particularmente elevado entre los miembros más pobres y menos privilegiados de las comunidades. (Hacker, 2010)

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

El cáncer de cérvix uterino, seguido del cáncer de mama, ocupa el primer o segundo lugar en frecuencia de los canceres que afecta a las mujeres. Representan un 12% de todos los canceres. La edad media de las enfermas varía entre un 45 y 55 años, y la incidencia media en Europa y en los Estados Unidos es de un 30 a 35 nuevos casos por año. La tasa es más elevada cuanto peores son las condiciones socioeconómicas de vida. Se estima que de 500,000 a 900,000 mujeres son diagnosticadas cada año. (Sevilla, 2015)

Según La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2010, más de 80,000 mujeres fueron diagnosticadas con cáncer cervicouterino y casi el 36,000 fallecieron por esta enfermedad en países de América Latina, si se continuara con esta tendencia en estos países el número de muertes aumentará hasta casi el doble en el 2030 es por eso que la OPS diseño una estrategia para el control y prevención del cáncer cervicouterino en este mismo año, el objetivo de esta estrategia es mejorar la capacidad de los países

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

para implementar programas para la prevención de esta patología y lograr un abordaje integral y control del cáncer cervicouterino (OPS 2010)

En México, el cáncer cervicouterino fue la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer hasta el año 2005; a partir de entonces, el cáncer de mama es el que tiene la tasa más elevada. Sin embargo, en 13 estados de la República Mexicana sigue siendo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer.

En Costa Rica se realizó un estudio descriptivo con la totalidad de las pacientes referidas por primera vez a la consulta de patología cervico-uterina de la consulta externa de Ginecología del Hospital de Guápiles, en el 2011. Muestra de 1498 pacientes con el objetivo de determinar las lesiones más frecuente que la lesión predominante de referencia y atención en la Clínica de Patología Cervical mediante diagnóstico histopatológico definitivo fue la neoplasia intraepitelial cervical leve (NIC D).

Nicaragua siendo un país sub desarrollo presenta altas tasas de problemas relacionados con enfermedades ginecológicas. La incidencia del cáncer cervico uterino está determinada casi por los mismos factores de los países desarrollados y de los casos diagnosticados están distribuidos en un 90% de tipo histológico epidermoide, 8% adenocarcinoma y el 2% restante otros tipos de cáncer de tipo histológicos como los anteriores mencionados. El cáncer cervico uterino representa el 12% de todo el cáncer.

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

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

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Omier, D. y Taylor en el 2012, realizaron un estudio sobre la relación de las enfermedades de transmisión sexual con neoplasia cervical en pacientes atendidas en las unidades de salud de la RAAS. Concluyeron que de 108 casos, el 97% presentó enfermedad de transmisión sexual, las lesiones premalignas tenían una prevalencia del 6.48% y el grupo de mayor afectación encontrado fue el de 30 a 45 años, multigestas y que no se habían realizado Papanicolaou previos.

Estudio realizado en el año 2014 en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello sobre correlación entre diagnósticos citológico, colposcópico e histológico por conización de lesiones cervicales intraepiteliales de alto grado. que incluyó a 149 pacientes con el objetivo principal de describir la Situación Epidemiológica del cáncer cervical en la población del Departamento de León, dando como resultado que las mujeres afectadas están entre las edades superiores a 35 años edad con 61 pacientes que representan el 40.1%. Seguido por el intervalo de 20 a 35 años con 56 pacientes para un 37.6%.

III. Justificación

Estimaciones a nivel mundial reflejan el surgimiento de 493,000 casos nuevos de cáncer de cuello uterino y 274,000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Nicaragua es a nivel mundial el segundo país después de Haití con tasas de incidencia del cáncer cervical de 39 x 100,000 las más elevadas. El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es el responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo. Se han realizado varios estudios en España de VPH de alto riesgo oncogénico en mujeres con citologías cervico vaginales normales, en los cuales la prevalencia varió entre el 3,4 y el 17% (*Del Almo J et al. 2006*).

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

La importancia de este estudio radica en conocer el comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y cáncer invasor para buscar estrategias que mejoren el abordaje diagnóstico y la captación temprana de las lesiones cervicouterino de las pacientes que acuden al Hospital Alemán Nicaragüense.

IV. Planteamiento del problema

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres después del de mama en el mundo, y el quinto de todos los cánceres. El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. A escala mundial, es el responsable de un 5,2% de todos los tumores humanos, correspondiendo un 2,2% a los países desarrollados, y un 7,7% a los países en vías de desarrollo.

En Nicaragua la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino es la más alta de los países centroamericanos, producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbimortalidad en mujeres nicaragüenses

Por lo antes expuesto, se plantea la siguiente pregunta principal del presente estudio: ¿Cuál es el comportamiento epidemiológico de la lesiones de alto grado y cáncer invasor en usuarias atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense, enero 2014 – enero 2016?

Preguntas de Sistematización

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes en estudio?
2. ¿Cuáles son los factores de riesgo de las pacientes de estudio?
3. ¿Cuál es la correlación de los resultados de la citología cervical con colpobiopsia?
4. ¿Cuál es la frecuencia y el tratamiento brindado a las pacientes diagnosticada con lesiones de alto grado y cáncer invasor?

V. Objetivos

Objetivo general:

Conocer el comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y cáncer invasor en usuarias atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense, enero 2014 – enero 2016.

Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a las pacientes en estudio
- Describir los factores de riesgo que presentan las pacientes en estudio
- Establecer la correlación de los resultados de la citología cervical con colpobiopsias realizadas a las pacientes en estudio.
- Mencionar la frecuencia y el tratamiento brindado a las pacientes diagnosticadas con lesiones de alto grado y cáncer invasor.

VI. Marco teórico

6.1 Generalidades del cáncer cervico uterino.

Según el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. El cáncer Cervicouterino es una clase común de cáncer en la mujer, es una enfermedad en la cual se encuentra células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino. El cuello uterino es la abertura del útero, el órgano hueco en forma de pera donde se desarrolla el feto, y lo conecta con la vagina (canal de nacimiento). (Scott, 2009)

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

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

Después de invadir el tejido en donde se empieza a producir, las células cancerosas empiezan a crecer y se diseminan en tejidos más profundos del cuello uterino y órganos cercanos, como la parte superior de la vagina. Dado que los síntomas se pueden confundir

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

con los de otras enfermedades o irregularidades en el ciclo menstrual, es conveniente realizar el Papanicolaou, para confirmar el diagnóstico ya que el sangrado también puede ser ocasionado por fibromas u otros tumores uterinos benignos, infecciones o traumatismos. (Rigol, 2009)

6.2 Etiología

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

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

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

Carcinoma Epidermoide se origina del epitelio o glandular

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

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

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

Agentes Indicadores: comienzan con el daño a la célula que puede ocasionar cáncer, como algunos productos químicos, los rayos X o el tabaco. (Rigol, 2009)

6.2.1. Fisiopatología

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

El cáncer Cervicouterino es causado principalmente por ciertos virus, denominados como Papiloma Humano (VPH). Existen más de 100 tipos de VPH que pueden afectar diferentes áreas del cuerpo. La mayoría de los tipos son relativamente iniciosos, como los que causan verrugas comunes en las manos y pies. Algunos tipos de VPH pueden afectar el área genital y pueden causar cáncer Cervicouterino, células cervicales anormales y verrugas genitales. (Beer, 2007)

6.3 Epidemiología del cáncer cervico uterino

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

La mayor incidencia de contagio se registra después del inicio de vida sexual activa. Por tal motivo, se ha planteado que para lograr la mayor efectividad posible se inmunice a las mujeres y en un momento previo al contacto inicial con el VPH; esta acción en términos económicos puede significar que la vacuna sea más costo-efectiva. (Rigol, 2009)

6.4 Factores de riesgo llevan a desarrollar Cáncer de Cérvix

Múltiples factores puede con llevar a cáncer cervico uterino entre los más incidentes tenemos:

- Iniciar una vida sexual activa a temprana edad, IVSA antes de los 18 años,
- Infección por VPH: Presentar Virus del Papiloma Humano, sobre todo alguno perteneciente al tipo oncogénico principalmente son los tipos 16 y 18.
- Múltiples parejas sexuales (del hombre y la mujer): Tener más de un compañero sexual.

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

- Multiparidad, es decir: un elevado número de partos.
- Presentar alguna enfermedad de transmisión sexual
- Mujeres de 25 a 64 años de edad,
- Antecedentes de haber padecido enfermedades de Transmisión sexual,
- Tabaquismo,
- Desnutrición,
- Deficiencia de antioxidantes,
- Paciente con inmuno-deficiencias. (Smith, 2009)

6.4.1 Tabaquismo y el cáncer de cérvix.

El tabaquismo en la mujer facilita la aparición del Virus del Papiloma Humano (VPH), generador del cáncer cérvico uterino. El cigarro en general está compuesto por cerca de cuatro mil sustancias tóxicas, de las cuales 40 son cancerígenas para el ser humano, y entre ellas la nicotina, la cual facilita la aparición del VPH. Dentro de las sustancias que contiene el cigarro, se encuentran el arsénico, butano, amoniaco, cianuro, metano, alquitrán y nicotina, por mencionar algunos, los cuales producen daños severos a nivel cerebral, cardiovascular y pulmonar.

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

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

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

presentes en nuestro organismo, ya que este padecimiento es fácilmente transmisible. (Castaldo, 2011)

6.4.2 Virus de papiloma humano (VPH)

El riesgo de contraer un VPH genital está influenciado por la actividad sexual, por lo que el CaCu sigue un patrón típico de enfermedades transmitidas sexualmente. Promiscuidad. Hay una fuerte asociación entre el número de parejas que han tenido tanto la mujer como su compañero a lo largo de su vida y la adquisición del VPH.

Actividad sexual a temprana edad. Tener historial de otras enfermedades transmitidas sexualmente. Verrugas genitales, test de papanicolaou con resultados anormales.

Pareja sexual con cáncer de cérvix o de pene. (Smith, 2009)

6.4.3 Edad.

La infección es más común en mujeres jóvenes sexualmente activas, de 18 a 30 años de edad, después de los 30 años decrece la prevalencia. El CaCu es más común después de los 35 años, lo que sugiere infección a temprana edad y progresión lenta a cáncer.

6.4.4 Uso prolongado de anticonceptivos orales.

La región larga de control, LCR por las siglas en inglés, en el genoma viral, contiene elementos de respuesta a glucocorticoides, inducibles por hormonas esteroidales como la progesterona (componente activo de los anticonceptivos orales) y la dexametasona. Estudios han reportado el uso de anticonceptivos orales y la alta positividad al DNA viral.

6.5 Síntomas y señales de alarma

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

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

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

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

6.6 Diagnóstico

6.6.1 Prueba de Papanicolau

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

6.6.2 Colposcopia

En caso de que se encuentren células anormales en la prueba de Papanicolau, se realiza una colposcopia para reducir los porcentajes de falsos negativos de la citología.

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Este procedimiento permite identificar cualquier lesión del cérvix y así emitir un diagnóstico con más certeza. Se realiza con un colposcopio que permite ver regiones anormales del cuello uterino, y permite tomar una biopsia (pequeña porción de tejido) y enviarlo a revisión.

6.6.3 Otros análisis que pueden abarcar

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

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

Los exámenes pueden abarcar:

- Tomografía computarizada,
- Cistoscopia.
- Resonancia Magnética,
- Radiografía de tórax,
- Pielografía intravenosa (PIV) (Beer, 2007)

6.7 Complicaciones

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

6.8 Clasificación del Cáncer

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

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

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

Estadio I; el cáncer invade solo el cérvix.

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

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

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

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

6.8 Tratamiento

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

6.9.1 Quirúrgico

Cirugías: trata el cáncer en el cérvix y el área cercana al tumor, el médico retira el cérvix y el útero (histerectomía total) aunque en algunos pacientes requieren histerectomía radical donde se quita el útero, el cérvix y parte de la vagina, también se puede retirar los nódulos cercanos al tumor para ver si tiene cáncer. (Cespedes, 2013)

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

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

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

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

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

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

Braquiterapia: Es una forma de tratamiento radioterapéutico donde isótopos radioactivos se colocan dentro o cerca de la zona que requiere tratamiento. La braquiterapia es comúnmente usada como un tratamiento eficaz para el cáncer de cérvix, próstata, mama y piel y también se puede usar para tratar tumores en muchos otros sitios del cuerpo.

Un tratamiento con braquiterapia se puede completar en menos tiempo que de otras técnicas de radioterapia. Esto puede ayudar a reducir la probabilidad de que las células cancerosas sobrevivan, se dividan y crezcan en los intervalos entre cada dosis de radioterapia. Normalmente los pacientes tienen que hacer menos visitas a la clínica de braquiterapia en comparación con radioterapia externa, y el tratamiento se realiza de forma ambulatoria. Esto hace que el tratamiento sea accesible y conveniente para muchos pacientes, han demostrado que las tasas de curación de cáncer con la braquiterapia son comparables a la cirugía y la radioterapia externa, o mejoran cuando se utiliza en combinación con estas técnicas. (Castaldo, 2011)

6.9.2 Tratamiento médico

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

Algunos de los que se usan: 5-FU, cisplatino, carboplatino, ifosfamida, paclitaxel y ciclofosfamida. En algunas ocasiones se utilizan radiación y quimioterapia antes o después de la cirugía. (Scott, 2009)

VII. Diseño metodológico

Tipo de Estudio

De acuerdo al tipo de estudio es descriptivo, según el método de estudio es observacional (Piura, 2006). De acuerdo a la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista 2006, el tipo de estudio es correlacional. De acuerdo, al tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, el estudio es retrospectivo, por el período y secuencia del estudio es transversal.

Área de Estudio

El área estudio fue el Hospital Alemán Nicaragüense ubicado en el Km 4 carretera norte Managua.

El Hospital Alemán Nicaragüense consta con Servicios de Emergencia, Consulta Externa (clínica de lesiones temprana, toma de citología, ARO, y ginecología ambulatoria) Hospitalización (Medicina Interna, Cirugía General, Ortopedia, Gineco-Obstetricia, Pediatría General), Laboratorio, Sala de Operaciones; cuenta con 649 trabajadores en los cuales encontramos Médicos, Enfermeras, Laboratoristas, personal de Lavandería, Central de Equipo, Ornato y Limpieza, Cocineras, Personal Administrativo, en Insumos Médicos.

Universo y Muestra

Está constituido por 100 pacientes atendidas en el servicio de lesiones tempranas a quienes se les realizó colposcopia – biopsia con resultados de lesiones intraepiteliales de alto grado y cáncer invasor en el periodo comprendido Enero 2014 a Enero 2016 del Hospital Alemán Nicaragüense.

Unidad de análisis

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Expedientes clínicos y entrevista telefónicas a las pacientes que demandaron atención en el servicio de consulta externa en la clínica de lesiones temprana y sus datos clínicos fueron obtenidos en el departamento de estadística y registros médicos.

Tipo de Muestreo

Por la naturaleza e importancia de estudio para esta investigación se decidió trabajar, con una muestra probabilística por conveniencia.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que cumplieron tratamiento y seguimiento durante el periodo de estudio.
- Pacientes con información completa obtenida de expediente clínico y localizable vía telefónica.
- Pacientes con resultado de biopsia de cérvix.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no cumplieron tratamiento y seguimiento durante el periodo de estudio.
- Pacientes que no tenga expediente clínico.
- Pacientes que no localizables vía telefónica.
- Pacientes con resultados de histológico de lesión de bajo grado.

Variables

- Edad
 - Procedencia
 - Estado civil
 - Religión
- Factores de riesgo

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

- Ingresos económicos
- Número de parejas
- Gestas
- N° de hijos
- Hallazgos de la citología cervical y colpobiopsia
- Tratamiento indicado

Fuente de información:

Expediente clínico.

Encuesta dirigidas a las pacientes en estudio

Plan de Análisis Estadístico de los Datos

Se realizó el análisis estadístico pertinente de los datos obtenidos de la ficha de recolección, según la naturaleza de c/u de las variables, utilizando Epi Info 2017 7.2.1.0. Microsoft Office Excel 2013, para la edición del documento Microsoft Office Word 2013.

Consideraciones éticas

Este trabajo es realizara con fines estrictamente académicos y con previo consentimiento de los participantes, la identidad de los colaboradores no será expuesta y los resultados serán de mucha ayuda para la gestión interna del servicio de ginecología, y para futuras investigaciones.

VIII. Operacionalización de variables

Objetivos específicos	Variable conceptual	Sub- variable	Variable operativa	Técnica de recolección
Objetivo 1. Caracterizar socio-demográficamente a las pacientes en estudio	Características sociodemográficas	Edad	Menor de 20 21 – 30 31 - 40 41 – 50 51 - 60 Mayor de 60	Encuesta
		Procedencia	Rural Urbana	Encuesta
		Estado civil	Casada Soltera Unión de hecho	Encuesta
		Ingresos económicos	Menor de 5000 5100-8100 Mayor a 10000	Encuesta
		Escolaridad	Alfabeto Primaria Bachillerato Profesional	Encuesta

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

		Religión	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otros	
Objetivo 2. Describir los factores de riesgo que presentan las pacientes en estudio	Factores de riesgo	Menarca	12-14 15-17	Encuesta
		IVSA	Menor de 14 años 15-18 Mayor a 19	Encuesta
		No de parejas sexuales	1,2 3, 4 mas	Encuesta
		Primer embarazo menor de 20 años	Si No	Encuesta
		No de gestas	Primigesta Bigesta Trigesta Multípara	Encuesta
		Tabaco	Fuma No fuma	Encuesta
		Anticonceptivos orales	Si No	Encuesta
		No realización de	Si	Encuesta

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

		PAP	No	
		VPH	Si No	Encuesta
		Antecedentes de ITS	Si No	Encuesta
<p>Objetivo 3 Establecer la correlación de los resultados de la citología cervical con colpo biopsia realizadas a las pacientes en estudio.</p>	Correlación	Citología cervical y Colpobiopsia	Si No	Encuesta
<p>Objetivo 4 Mencionar la frecuencia y el tratamiento brindado a las pacientes diagnosticada con lesiones de alto grado y</p>	Frecuencia	NIC II NIC III Ca insitu Ca invasor	Porcentaje	Encuesta

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

cáncer invasor.	Tratamiento	Conización cervical por ASA Histerectomía Quimioterapia radioterapia	Si No	Encuesta
-----------------	-------------	--	----------	----------

IX. Resultados

La edad de las pacientes atendidas en la clínica de lesiones temprana que más predominó fue entre el rango de 31 – 40 años correspondiente al 33% de las cuales el 76% son de procedencia urbana.

Con relación al estado civil el 81% sostenían una relación de hecho con ingresos económicos menor de 5,000 córdobas mensuales en el 50% de los casos. Predominando la religión católica en un 49% con escolaridad baja en un 58%.

En relación al número de hijos el 35% tienen más de 5 hijos, e iniciaron su menarca a los 14 años en un 46%. El 99% de las pacientes iniciaron su vida sexual activa antes de los 18 años, además de tener más de cuatro parejas sexuales en un 57%. El 97% de las pacientes tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años. El 45% de las pacientes son multíparas.

Con respecto al uso de tabaco el 75% de las pacientes refieren ser fumadoras y uso de anticonceptivos orales por más de 5 años en un 86%.

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

En relación a la presencia del virus del papiloma humano el 68% de las pacientes tenían presencia del mismo en el resultado histopatológico y un 54% de las mismas refirieron haber tenido antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.

Con respecto los resultados citológicos de las pacientes en estudio predominó el NIC II en un 26%, contrario al resultado histológico que revela que el mayor número de casos con un 35% correspondían a NICIII asociado al virus del papiloma humano.

Con respecto al tratamiento brindado a las pacientes el 85% se les realizó conización cervical, 6% histerectomía total abdominal, 5% histerectomía radical y 4% se les realizó quimoterapia y radioterapia.

X. Análisis de resultado

En el grupo etario de 31- 40 años con un 33 % se concentran el mayor números de casos de lesiones de alto grado y Cáncer invasor en de las pacientes estudiadas en la clínica de lesiones tempranas del HAN, seguido por el grupo de 41 – 50 años con el 26 %, el grupo de 51– 60 años con 9 % y el grupo mayor de 60 años con 6 %. Y en menor cantidad las mujeres menores de 20 años con 3%. El cáncer cervical es el más frecuente con una mayor incidencia entre los 35 y los 55 años de edad y aunque su incidencia varía de un país a otro siempre cumple con los parámetros establecidos al momento de sus diagnósticos. Las estadísticas de las unidades de salud muestran que cada año, aproximadamente una de cada 1,000 mujeres del grupo de edad 35 – 54 años, que vive en América Latina y el Caribe, desarrolla cáncer de cuello uterino. Contrario a estudio realizado en Hospital Bertha Calderón Roque por Enf. Concepción Pérez en el 2011 que encontró el mayor número de casos era en edades mayores de 55 años.

El 76 % de las pacientes proceden del área urbana y el 24 % del área rural, Contrario a lo que dice la teoría que la accesibilidad geográfica y disponibilidad de los

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

servicios de salud son variables asociadas en la incidencia del cáncer cervicouterino La procedencia es un factor indicador de la necesidad urgente de la accesibilidad a los servicios de salud, a veces la población opta por no acudir a las unidades de salud hasta que se ven complicados con su problema de salud, similar a lo encontrado en el estudio realizado en Hospital Bertha Calderón Roque por Enf. Concepción Pérez en el 2011.

En cuanto al estado civil el 81 % son las mujeres con relación de hecho y el 11% se encuentra las mujeres casadas hay una distribución similar en el estado civil de los casos estudiados coincidente con la conducta social y cultural y económica de la población nicaragüense, proviniendo el mayor porcentaje del área urbana se comprueba que el acceso al registro civil de las personas permite facilitar a las personas llevar una relación de hecho con más frecuencia, similar a lo encontrado en el estudio realizado en Hospital Bertha Calderón Roque por Enf. Concepción Pérez en el 2011.

Según los resultados obtenidos sobre el ingreso económico de las pacientes en estudio el 50% de las mujeres tiene un ingreso mensual menor de 5000 córdoba. El déficit de ingreso económico influye a nivel de la salud de las mujeres Nicaragüense debido a que ellas priorizan otras necesidades en el hogar como alimentación y educación de sus hijos o demás familiares a cargo dejando como última opción la salud de ellas misma.

El 49 % son católicas, el 27 % son evangélicas y el 21% son testigo de Jehová en menor porcentaje están los de otra religión. La religión que parece un dato no relevante, está establecido como una variable sociocultural que tienen una asociación con el cáncer cervicouterino en vista que la religión permite una conducta de consecuencias emocionales que pueden ser positivas o negativas para su incidencia, la religión restringe conductas sociales a como pueden ser condescendientes o tolerantes con conductas sociales que contribuyen con la proliferación de la enfermedad, el cual coincide con lo encontrado por Enf. Concepción Pérez en el 2011, en la que la mayoría eran católicas.

El 27 % de las paciente solo sabe leer, el 58 % llegaron a culminar la primaria, el 10% alcanzo a culminar el bachillerato y tan solo el 5 % obtuvo una educación superior. La primaria incompleta, completa o apenas saber leer y escribir es un factor potencial que

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

puede haber influido en la aparición de esta patología, ya que disminuye la posibilidad de acceso a información escrita y publicitaria en donde pudieran informarse y por tanto conocer los factores de riesgo para desarrollar CACU y reconocer los síntomas de alarma, similar a lo encontrado por Enf. Concepción Pérez en el 2011, en la que la mayoría eran de escolaridad baja.

En relación a la edad de la primera menstruación y el inicio de la vida sexual activa se encontró que el 46% de los pacientes tuvieron su primer episodio menstrual en el intervalo de edad de 12-15^a y el 99% de las pacientes iniciaron su vida sexual antes de los 18 años. Estos dos datos son de suma importancia para el desarrollo de patología cervical ya que como es bien sabido el riesgo de NIC aumenta 26 veces en las mujeres que iniciaron vida sexual en el primer año posterior a la menarca ya que la exposición a los mutágenos se sabe que es más fácil que desvíen hacia la vía neoplásica las células si éstas se encuentran en una metaplasia activa. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Miguel Sarduy, Ysis M. y Col. en el año 2009. y por Montero, Bosque y Col. en su estudio “Tratamiento y Seguimiento de las lesiones Pre-malignas del cuello uterino” en diciembre 2008.

Con respecto a la paridad y la edad del primer embarazo de las pacientes en estudio, se encontró que el 45% de las pacientes eran multíparas y el 97% de las pacientes tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años. Aún no se han determinado las razones fisiológicas de esta relación; sin embargo, se ha considerado que los cambios hormonales relacionados con el embarazo, como el estado de inmuno-supresión fisiológica que este induce y los traumatismos cervicales en el momento del parto pudiesen tener alguna función. Estos resultados guardan relación con los encontrados Omier, D. y Taylor, E. en el año 1992 realizado en Corn Island y Laguna de Perlas y Zeledón Contreras es su estudio realizado en año 2007 en el Hospital Fernando Vélez Paiz.

En relación al hábito de fumar el 75% de las pacientes en estudio tenían hábito de fumar, sin embargo el 100% de estas pacientes desarrollaron una lesión intraepitelial cervical en el resultado final de la biopsia. Como es bien sabido el tabaquismo activo o pasivo es un factor de riesgo para desarrollar patología cervical, el humo del cigarrillo contiene mutágenos tales como la nicotina, el alquitrán y la cotinina que predisponen a una

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

transformación neoplásica de las células cervicales normales. Contario a lo encontrado por Enf. Concepción Pérez en el 2011, en la que la minoría tenía el hábito de fumado.

Además de que el consumo de cigarrillos se encuentra relacionado con una disminución de las células de Langerhans que son las células presentadoras de antígeno. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Miguel Sarduy, Ysis M. y Col. en su estudio publicado en el año 2009.

Con lo que se refiere al uso de anticonceptivos hormonales, el 86% de las pacientes si los usaban por más de 5 años. Ya está descrito en la literatura internacional la relación del uso de gestágenos y la alteración de la calidad del moco cervical con la subsecuente predisposición a infecciones cervicales que favorecerán la aparición de lesiones premalignas de cérvix. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Miguel Sarduy, Ysis M. y Col. en su estudio publicado en el año 2009 y están descritos en el libro de Ginecología Oncológica 4 Edición año 2006 por Berek Jonathan.

En relación al Número de compañeros sexuales se encontró que el 57% de los pacientes tenían más de 4 compañeros sexuales. Como bien sabemos a mayor número de compañeros sexuales mayor será el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual y así mismo de desarrollar una lesión pre-maligna de cérvix. Estos resultados guardan relación con los encontrados por Zeledón Contreras es su estudio realizado en año 2007 y por Ruiz, Silva y Col. en el año 1999.

En lo que concierne a Enfermedades de transmisión sexual el 68% de los pacientes presentaban infección por VPH o condiloma y un 54% refirieron haber tenido antecedentes de ITS. En la literatura internacional ya se definió la correlación de la infección por el virus del Papiloma Humano de alto riesgo y el desarrollo de lesiones pre-malignas de cérvix y cáncer cervical que es alrededor del 99.7%. Estos resultados guardan relación con los encontrados por Luis Carlos Zeferino, Aloisio José Bedone y Col. en su estudio “Duración de la Neoplasia Intra-Epitelial hacia Carcinoma Invasor de Cuello Uterino en relación a edad y diagnóstico” en 1998, así como en el libro de Ginecología Oncológica 4 Edición año 2006 por Berek Jonathan.

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

En lo que respecta a la correlación entre citología e histológica se observó que hay mayor número de casos con NIC II con 26% según el resultado citológico el cual no se correlaciona con el resultado histológico ya que la mayoría fueron diagnosticadas con NIC III asociado al virus del papiloma humano en un 35%, lo cual coincide con la literatura consultada, en la que la citología es de baja sensibilidad y especificidad en comparación a el resultado histológico, según el libro de Ginecología Oncológica 4 Edición año 2006 por Berek Jonathan.

Con respecto al tratamiento recibido el 85% de las pacientes se les realizó conización cervical, con manejo diagnóstico y terapéutico de las lesiones de alto grado, 6% de las pacientes se les realizó histerectomía total abdominal, 5% histerectomía radical y un 4% se les realizó quimioterapia y radioterapia. Los cual coincide con la literatura consultada ya que en la norma y protocolo de las CaCu esta descrito este tipo de abordaje para las lesiones de alto grado.

XI. Conclusiones

1. El perfil sociodemográfico de las pacientes en estudio era, mujeres jóvenes en edad reproductiva, con bajo nivel escolar, de religión católica y de procedencia urbana.
2. Los principales factores de riesgo de las pacientes en estudio fueron; la menarca entre los 12-15 años, inicio de vida sexual temprana antes de los 18 años, primer parto antes de los 20 años, uso de anticonceptivos hormonales, la multiparidad, más de 4 compañeros sexuales y el hábito de fumar.
3. No hay correlación entre el reporte citológico y el reporte histológico ya que hubo mejor diagnóstico con la biopsia teniendo esta mayor especificidad.
4. La lesión intraepitelial cervical que se encontró con mayor frecuencia fue NIC III asociada VPH. La Conización cervical fue el método de elección terapéutica para el manejo de LIE de alto grado (NIC II – NIC III), seguido de histerectomía y quimioterapia y/o radioterapia en cáncer invasor

XII. Recomendaciones

1. Concientizar al personal de salud acerca de la importancia del papanicolaou, a través de sesiones docentes informativas con el fin de disminuir las oportunidades perdidas en la toma de citología cervical y así aumentar la captación de mujeres ingresadas, además de familiares y visitantes de los diferentes áreas del hospital Alemán Nicaragüense.
2. Promoción del uso del condón para disminuir las infecciones de transmisión sexual a través de charlas por el personal médico y de enfermería a las pacientes que acuden a la consulta externa, sala de espera y el área de hospitalización.
3. Realizar en el mismo momento de realizar la toma de la citología, inspección visual con ácido acético para detección de lesiones acetoblancas y toma de biopsia de forma inmediata.
4. Garantizar la ubicación geográfica de las pacientes con lesiones de alto grado a través de la red de salud para brindar el abordaje de tratamiento adecuado en dependencia del caso.

XIII. Bibliografía

1. Arguello, A. (11 de marzo de 2014). *El cancer una amensa para nuestras mujeres. el nuevo diario*, pág. 4B.
2. Beer, M. (2007). *El manual de Merk. España: Elsevier.*
3. Berek, J. (2011). *Ginecología de novax. Barcelona . España: assistant Rebecca.*
4. Castaldo, K. (2011). *Cancer Cervico Uterino. Italia: Gali.*
5. Cespedes, G. (2013). *Frecuencia de neoplacias en las mujeres. Chile: Monsalver.*
6. Hacker, B. (2010). *Ginecologia y Obstetricia. lima: Morley.*
7. Parazinni, V. (2012). *Ginecologia Oncologica . Barcelona : Bocciolone.*
8. Rigol, O. (2009). *Obstetricia Y Ginecologia. Habana Cuba: Ciencias Médicas.*
9. Scott, J. R. (2009). *Tratado de Obstetricia y Ginecología (10 ed.). México: MacGraw Hill.*
10. Sevilla. (2015). *Epidemiologia Ginecologíca . Buenos Aires: Chen MD.*
11. Siegel, j. (2016). *Cancer Statistics. Buenos aires : J clin.*
12. Smith, R. (2009). *Ginecología Y Salud de la mujer . España: Elsevier.*
13. Alina Moré Vega Msc; *Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello realizado en el Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril". Sagua la Grande. Villa Clara, Cuba, en enero y diciembre de 2013*

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

14. *Claudia Janeth Uribe Pérez, M.D.***, Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino junio 28/2004 de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Rev Colomb Obstet Ginecol* vol.55 no.2 Bogotá Apr./June 2004
15. *Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix tesis doctoral Diana Estela Callejas Monsalve Universidad de Alcalá 2011.*
16. *Caracterización de la respuesta inmunitaria-inflamatoria en el cuello uterino en pacientes con displasias de cérvix tesis doctoral Diana Estela Callejas Monsalve Universidad de Alcalá 2011.*
17. *Ministerio de Salud Documento: normas técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervico uterino 1era edición - Managua: ministerio de salud, 2006 130 p: fot, ilustr. isbn: 99924-911-4-0.*
18. *Montané Céspedes, Papiloma virus humano. Asociación a neoplasia intraepitelial cervical en mujeres del municipio Boyeros Rev haban cienc méd v.9 n.4 Ciudad de La Habana oct.-nov. 2010*
19. *Karen Urbina Campuzano Dra. Correlación entre diagnósticos citológico, colposcópico e histológico por conización de lesiones cervicales intraepiteliales de alto grado. Clínica de patología cervical, Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, 01 de mayo de 2012 al 31 de mayo de 2014*
20. *Ricardo Ortiz Serrano, Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino M.D.junio 25/2004 –: junio 28/2004*
21. *Ministerio de Salud Documento: normas técnica de prevención, detección y atención del cáncer cervico uterino 1era edición - Managua: ministerio de salud, 2006 130 p: fot, ilustr. isbn: 99924-911-4-0.*

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

XIV. Anexo

XIV.ANEXOS



Ficha de recolección de información

El estudio comportamiento epidemiológico de la lesiones de alto grado y cáncer invasor en usuarias atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense, enero 2014 – enero 2016, es con fines investigativos. Te solicitamos contestar el siguiente cuestionario, es anónima y estrictamente confidencial. La información que nos brinde será de mucha ayuda, le agradecemos su colaboración. Marque con X o complete según convenga.

1. Edad _____
2. 2 Procedencia: Urbana: _____ Rural: _____
3. Estado civil: Soltero _____, Casado _____, Divorciado _____, Viudo _____
4. Relación de hecho: _____
5. Religión: Católica: _____ Evangélica: _____ Testigo de Jehová: _____
Otra: _____
6. N° de hijos _____
7. Ingresos promedios económicos en el hogar _____
8. Paciente referido _____
9. Gestas _____ partos _____ abortos _____ cesáreas _____
10. Paciente fallece de cáncer de cérvix _____
11. Hallazgos del papanicolao _____
12. Resultado de Colpo-biopsia realizada: _____
13. Tipo de tratamiento indicado ante los hallazgos del papanicolao _____

Marcar factores de riesgo

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

14. VPH: _____
15. Virus Herpes Simple tipo II: _____
16. HIV-SIDA: _____
17. Primera relación sexual antes de los 18 años: _____
18. Primer embarazo antes de los 20 años: _____
19. Nunca citología CERVICAL: _____
20. Antecedente de ITS: _____
21. Tabaquismo: _____
22. Uso de anticonceptivos orales más de 5 años: _____

14.1 Características sociodemográficas de las pacientes en estudio que acuden a la clínica de lesiones tempranas del Hospital Alemán Nicaragüense.

Tabla 1

Grupo etáreo de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones tempranas del hospital Alemán Nicaragüense.

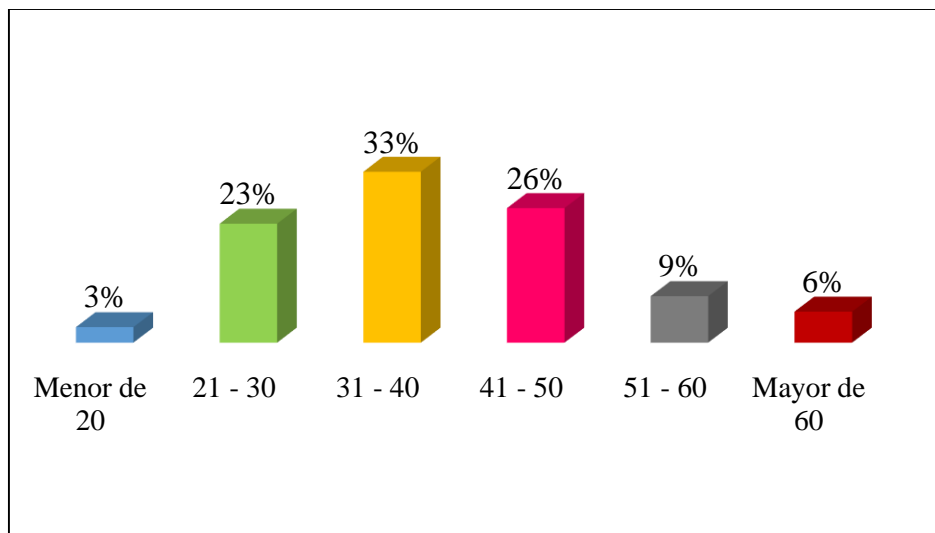
Edades	Numero	Porcentaje
Menor de 20	3	3%
21 – 30	23	23%
31- 40	33	33%
41 – 50	26	26%
51 – 60	9	9%
Mayor 60	6	6%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 1:

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Grupo etáreo de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones tempranas del Hospital Alemán Nicaragüense.



Fuente: Tabla 1

Tabla 2

Procedencia de las pacientes en estudio atendido en la clínica de lesiones temprana del hospital Alemán Nicaragüense

Procedencia	Numero	Porcentaje
Rural	24	24%
Urbana	76	76%
Total	100	100%

Grafico 2

Procedencia de las pacientes en estudio atendido en la clínica de lesiones temprana del hospital a Alemán Nicaragüense

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

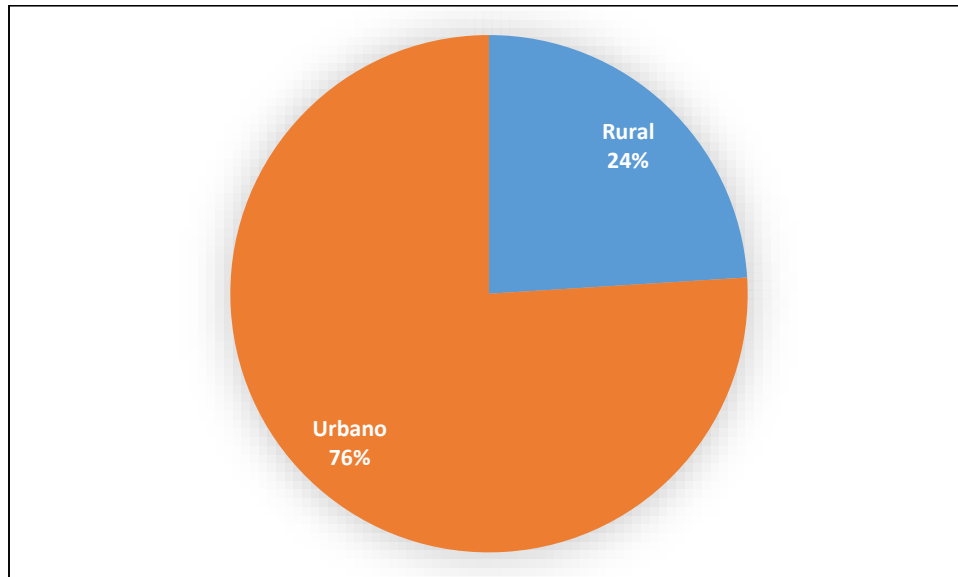


Tabla 3

Estado civil de las pacientes en estudio atendidas en la clínica de lesiones temprana del hospital Alemán Nicaragüense

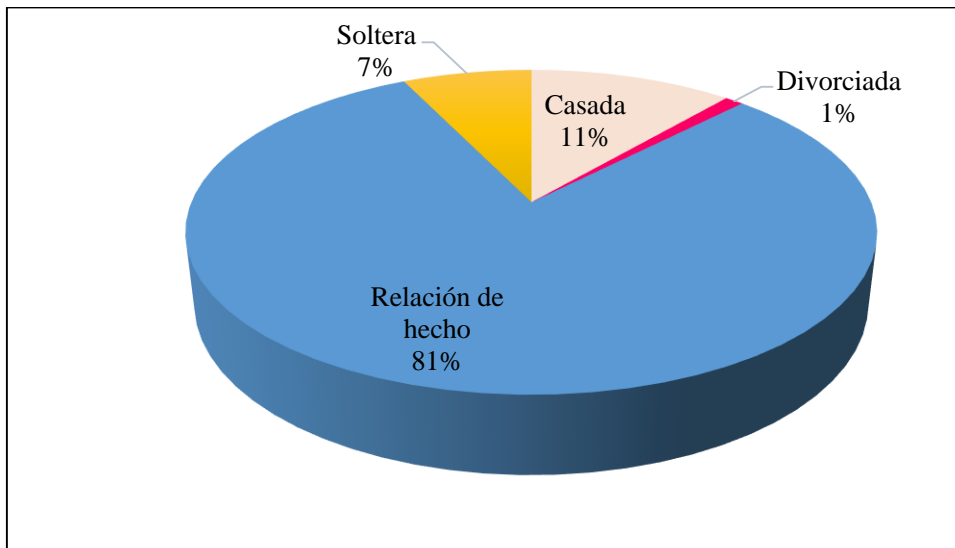
Estado civil	Número	Porcentaje
Soltera	7	7%
Casada	11	11%
Divorciada	1	1%
Relación de hecho	81	81%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 3

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Estado civil de las pacientes en estudio atendidas en la clínica de lesiones temprana del hospital Alemán Nicaragüense



Fuente: tabla 2

Tabla 4

Ingreso económico de las pacientes en estudios atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense.

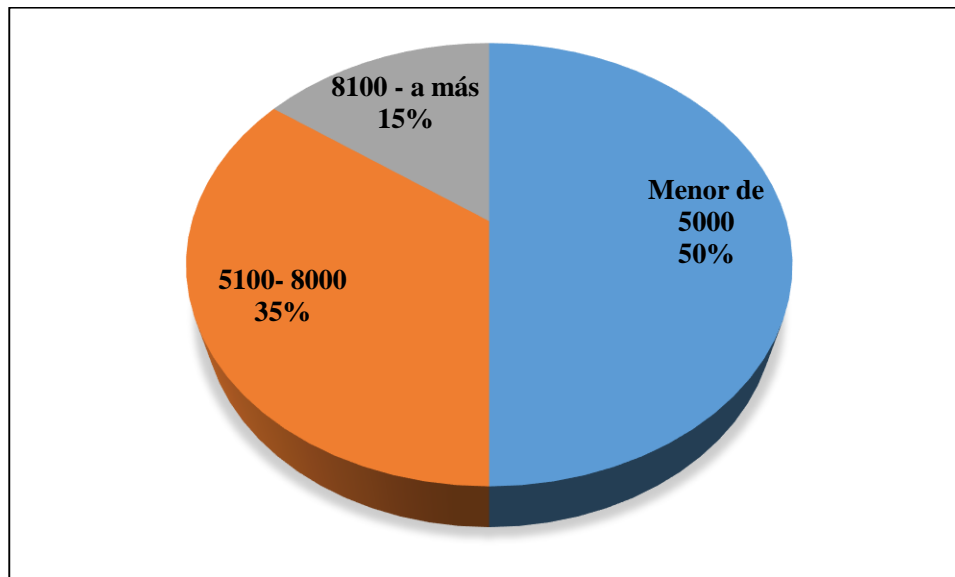
Ingresos económicos	Numero	Porcentaje
Menor de 5,000 C\$	50	50%
5,100 – 8, 100 C\$	35	35%
8,100 a más	15	15%
Total	100	100%

Fuentes: Encuesta

Grafico 4

Ingreso económico de las pacientes en estudios atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense.

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

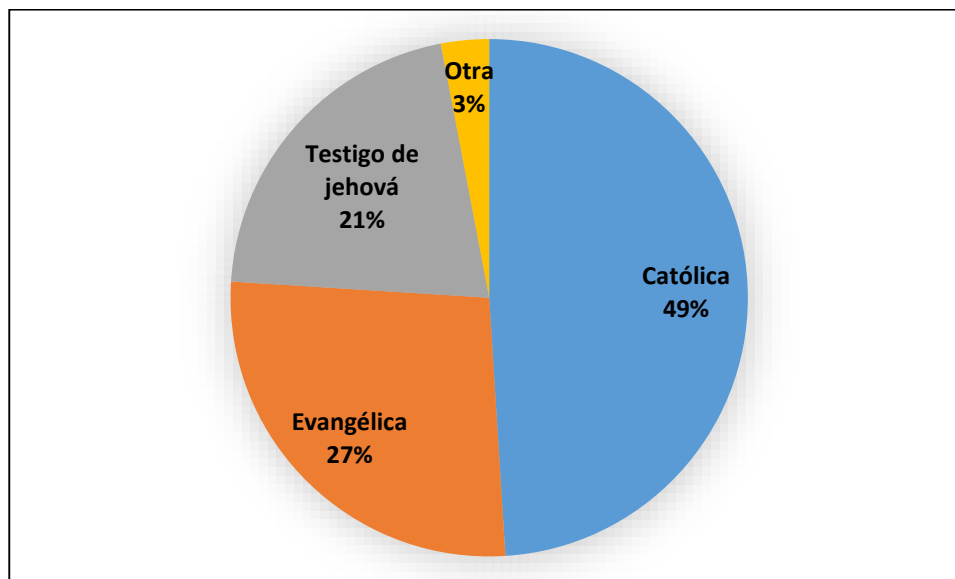
Religión de las pacientes en estudio atendidas en la clínica de lesiones temprana del hospital Alemán Nicaragüense.

Religión	Numero	Porcentaje
Católica	49	49%
Evangélica	27	27%
Testigo de Jehová	21	21%
Otro	3	3%
Total	100	100%

Grafico 5:

Religión de las pacientes en estudio atendidas en la clínica de lesiones temprana del hospital Alemán Nicaragüense.

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”



Fuente: Anexo tabla 5

Tabla 6

Nivel de escolaridad de las pacientes atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense.

Nivel de escolaridad	Numero	Porcentaje
Alfabeta	27	27%
Primaria completa	58	58%
Bachillerato	10	10%
Profesional	5	5%
Total	100	100%

Grafico 6

Nivel de escolaridad de las pacientes atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

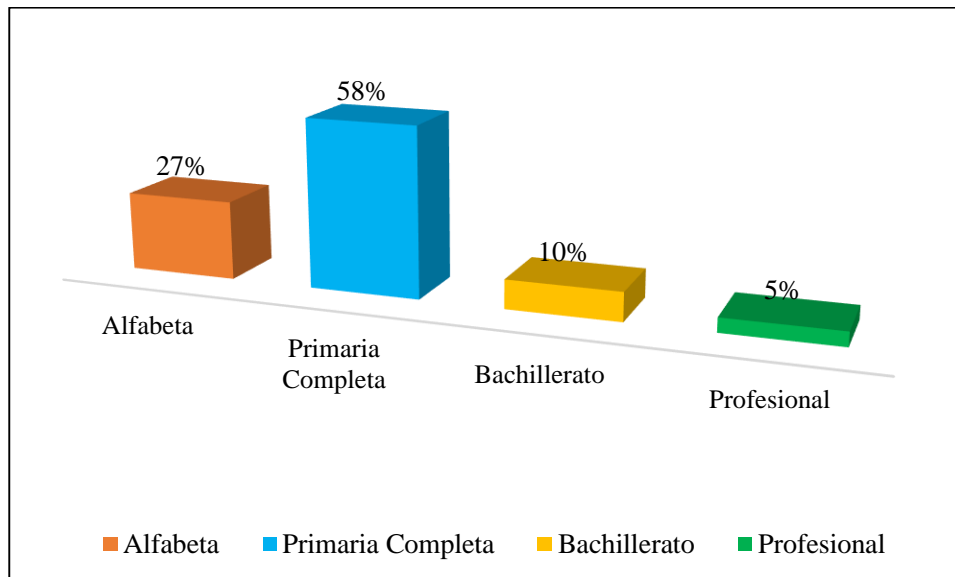


Tabla 7

Número de hijos de las pacientes en estudio atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense.

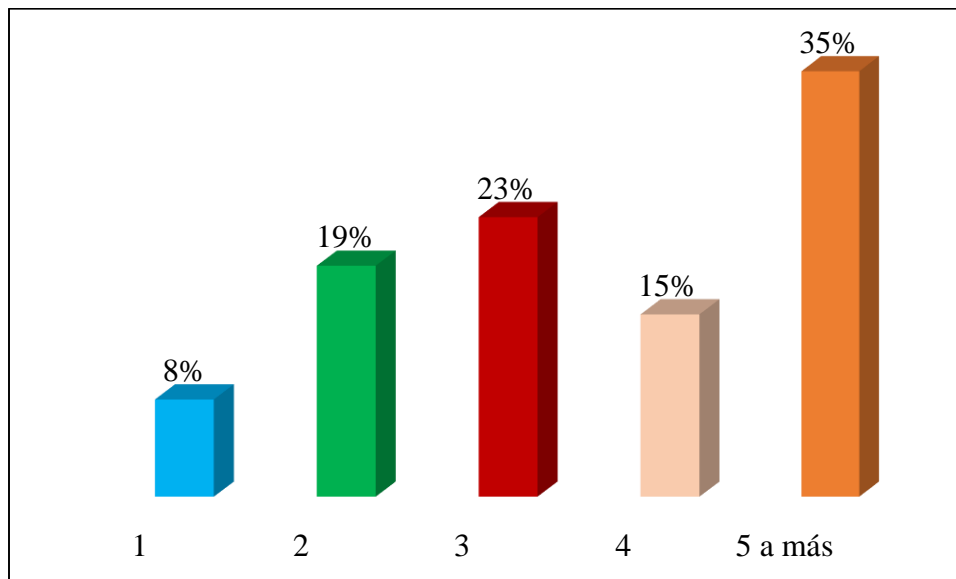
Número de hijos	Numero	Porcentaje
1	8	8%
2	19	19%
3	23	23%
4	15	15%
5 a más	35	35%
Total	100	100%

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Fuente: Encuesta

Grafico 7

Número de hijos de las pacientes en estudio atendidas en la clínica de lesiones temprana del Hospital Alemán Nicaragüense.



Fuente: tabla 7

11. 2 Factores de riesgo que presentan las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense

Tabla 8

Inicio de la menarca de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense

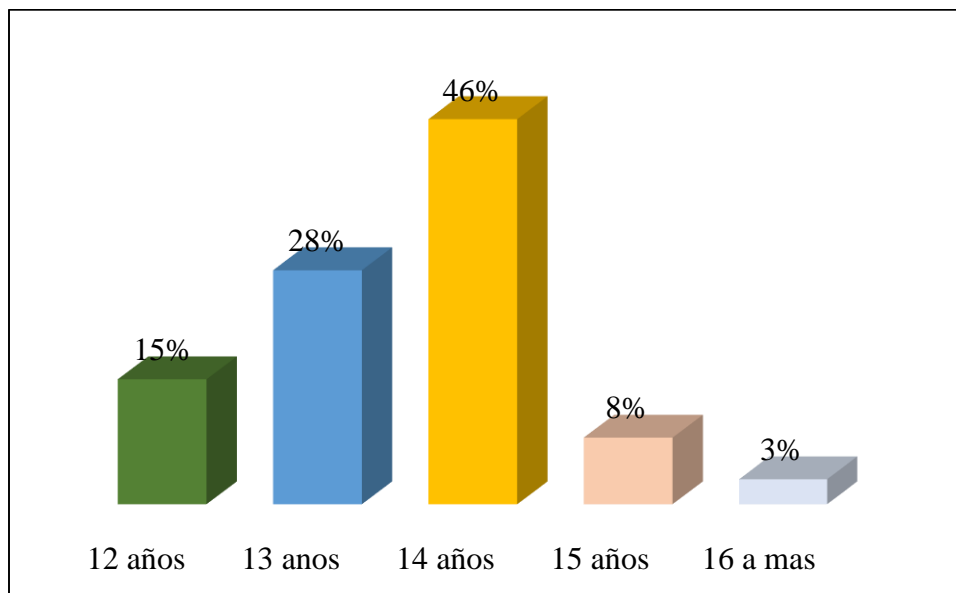
Inicio de menarca	Numero	Porcentaje
12 años	15	15%
13 años	28	28%
14 años	46	46%
15 años	8	8%
16 a mas	3	3%
Total	100	100%

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Fuente: Encuesta

Grafico 8

Inicio de la menarca de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense



Fuente: Tabla 8

Tabla 9

Inicio de vida sexual activa antes de los 18 años de edad de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana Hospital Alemán Nicaragüense

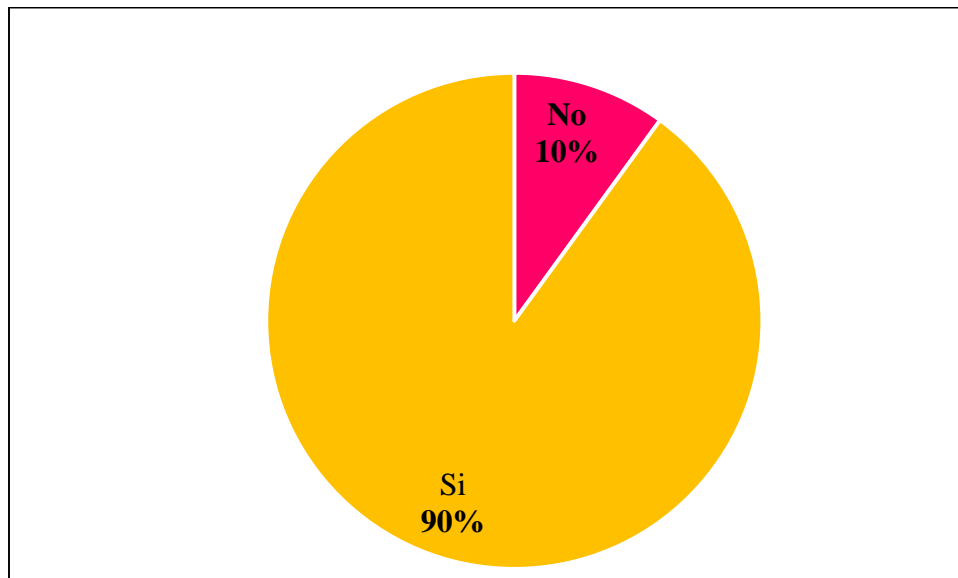
sexo antes 18	Frecuencia	Porcentaje
No	1	1.%
Si	99	99.%
Total	100	100.%

Fuente: Encuesta

Grafico 9

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Inicio de vida sexual activa antes de los 18 años de edad de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana Hospital Alemán Nicaragüense



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

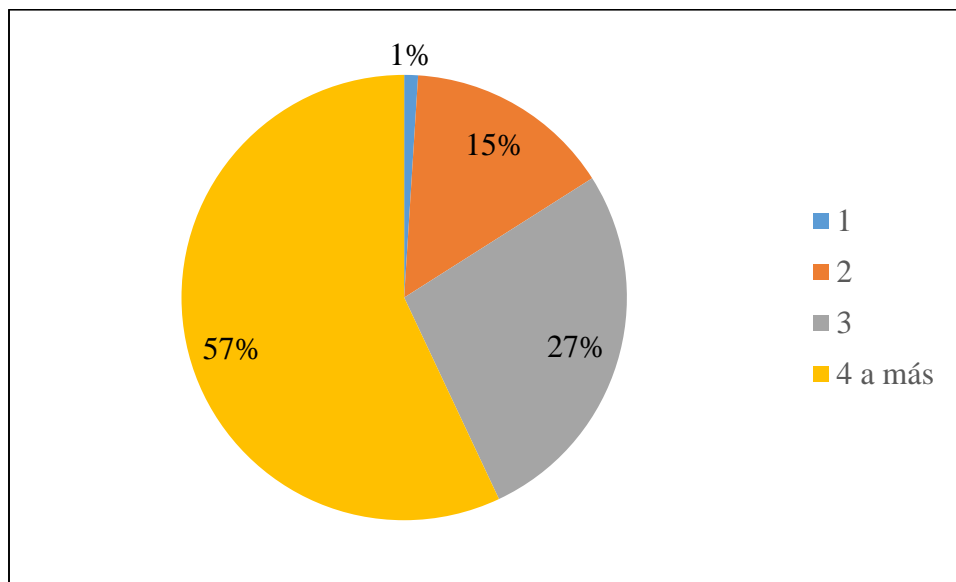
Número de parejas sexuales de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense

número de parejas sexuales	Numero	Porcentaje
1	1	1%
2	15	15%
3	27	27%
4 a más	57	57%
Total	100	100%

Fuente: encuesta

Grafico 10

Número de parejas sexuales de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense



Fuente; tabla 10

Tabla 11

Embarazo antes de los 20 años de edad en las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense

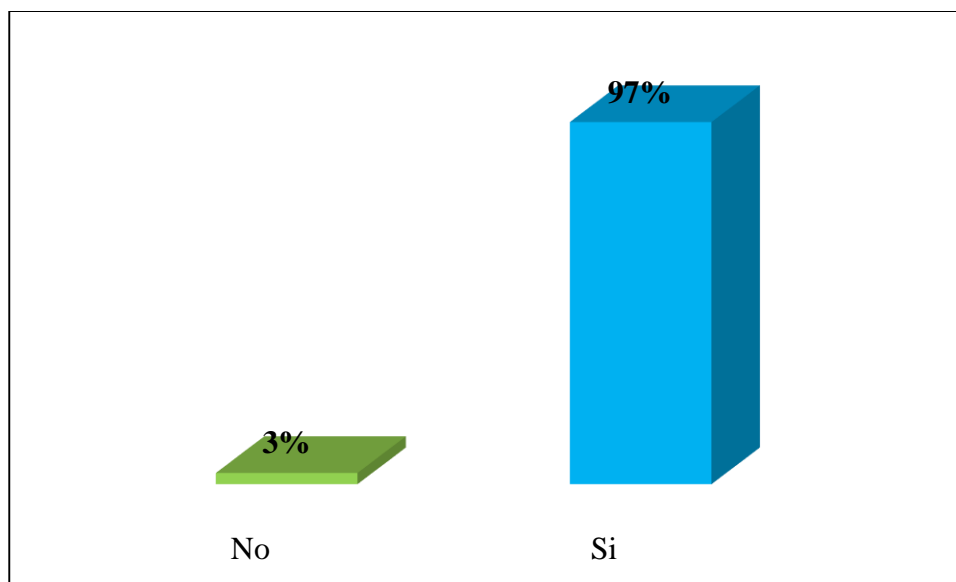
Embarazo antes de los 20	Numero	Porcentaje
No	3	3%
Si	97	97%
Total	100	100%

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Fuente: Encuesta

Grafico 11

Embarazo antes de los 20 años de edad en las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense.



Fuente: tabla 11

Tabla 12

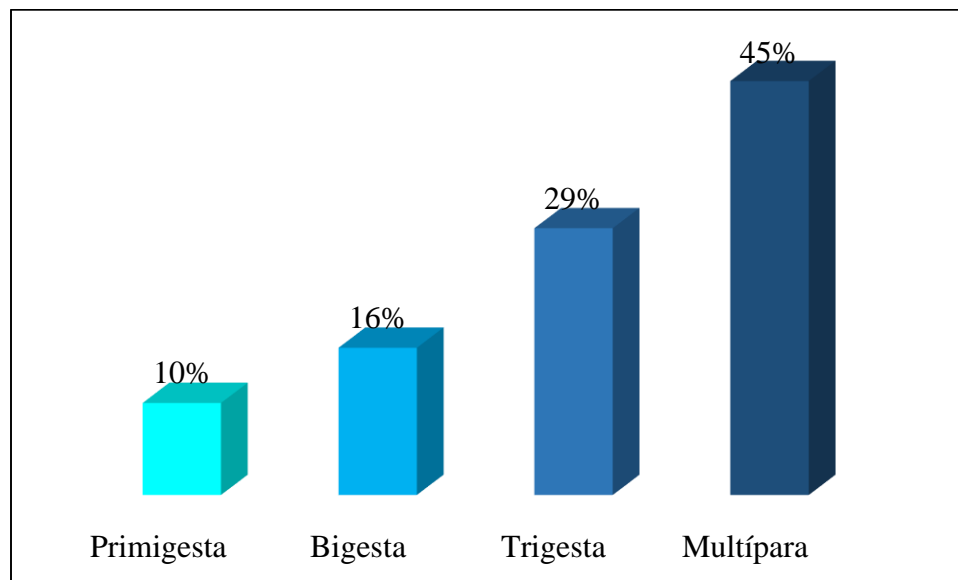
Número de gestas de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense

Gestas	Numero	Porcentaje
Primigesta	10	10%
Bigesta	16	16%
Trigesta	29	29%
Multípara	45	45%
total	100	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 12

Número de gestas de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense



Fuente: tabla 12

Tabla 13

Otros factores de riesgo de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense

Otros factores de riesgo	Si		No		Total
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje	
uso de tabaco	75	75%	25	25%	100%
uso de Anticonceptivos orales	86	86%	14	14%	100%

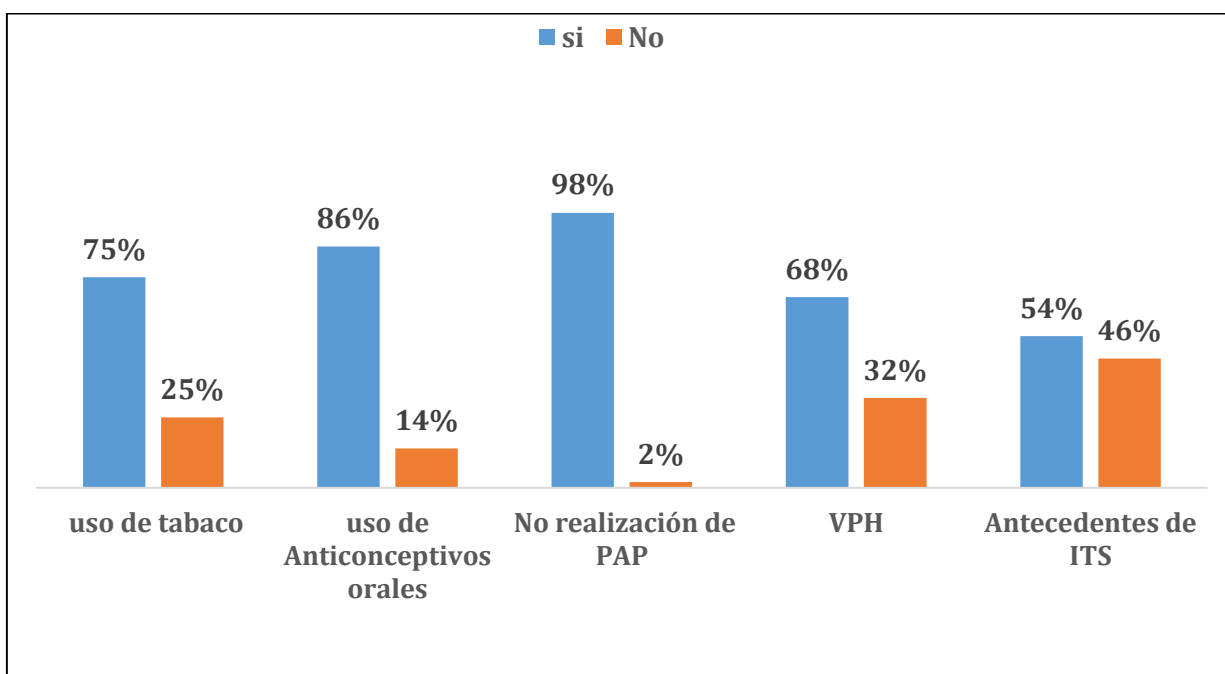
“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

No realización de PAP	2	2%	98	98%	100%
VPH	68	68%	32	32%	100%
Antecedentes de ITS	54	54%	46	46%	100%

Fuente: Encuesta

Grafico 13

Otros factores de riesgo de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense.



Fuente: tabla 13

11.3 Establecer la correlación de los resultados de la citología cervical con colpobiopsia realizadas a las pacientes en estudio.

Tabla 14

Resultado Citológico y resultado colposcópico de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense.

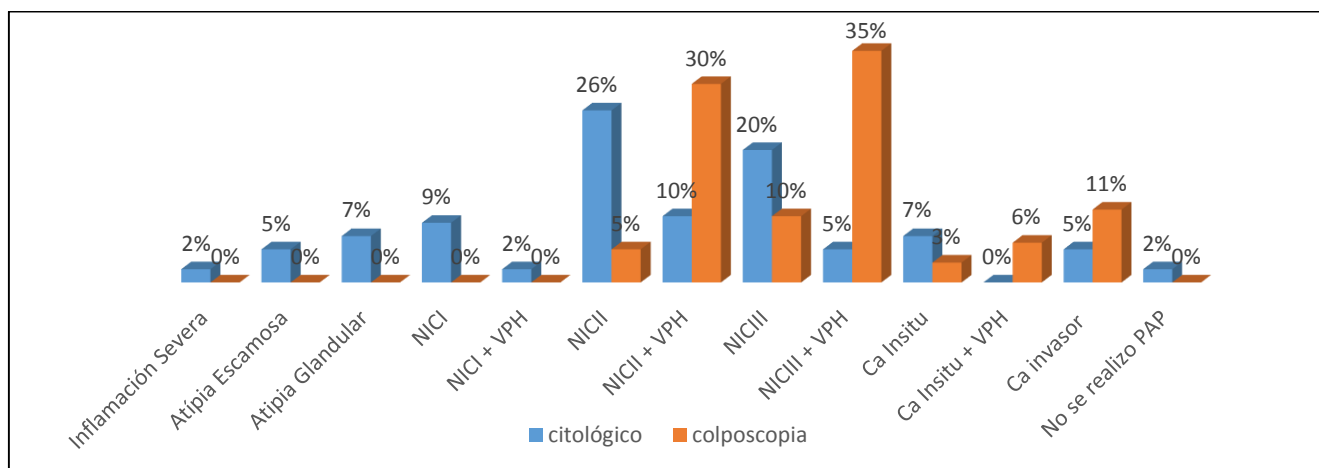
Resultado Citológico			Resultado Histológico		
Diagnostico	Número	Porcentaje	Diagnóstico	Número	Porcentaje
Inflamación Severa	2	2%			

“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Atípi Escamosa	5	5%			
Atípi Glandular	7	7%			
NICI	9	9%			
NICI + VPH	2	2%			
NICII	26	26%	NICII	5	5%
NICII + VPH	10	10%	NICII + VPH	30	30%
NICIII	20	20%	NICIII	10	10%
NICIII + VPH	5	5%	NICIII + VPH	35	35%
Ca Insitu	7	7%	Ca Insitu	3	3%
Ca Insitu + VPH	-	-	Ca Insitu + VPH	6	6%
Ca Invasor	5	5%	Ca Invasor	11	11%
No se realizó PAP	2	2%			
Total	100	100%	Total	100	100%

Grafico 14

Resultado citológico y resultado histológico de las pacientes que acuden a la clínica de lesiones temprana, Hospital Alemán Nicaragüense.



11.4 Mencionar la frecuencia y el tratamiento brindado a las pacientes diagnosticada con lesiones de alto grado y cáncer invasor.

Tabla 15

Tratamiento brindado a las pacientes diagnosticadas con lesiones de alto riesgo y Ca invasor de las pacientes que acudieron a la clínica de lesiones tempranas del hospital Alemán Nicaragüense

Tratamiento indicado	Numero	Porcentaje
Conización cervical	85	85%

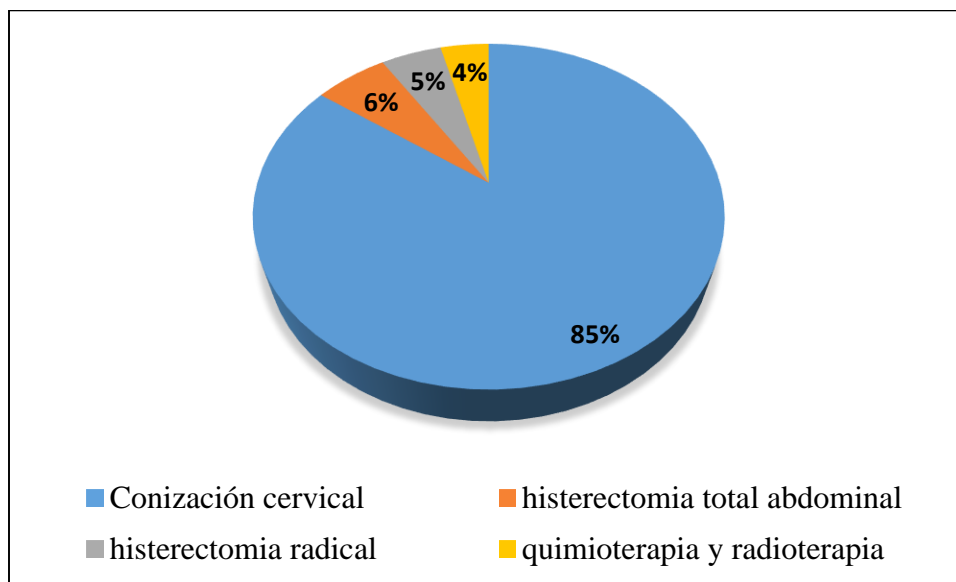
“Comportamiento epidemiológico de las lesiones de alto grado y Ca invasor cervicouterino”

Histerectomía total abdominal	6	6%
Histerectomía radical	5	5%
quimioterapia y radioterapia	4	4 %
Total	100	100 %

Fuente: Encuesta

Grafico 15

Tratamiento brindado a las pacientes diagnosticadas con lesiones de alto riesgo y Ca invasor que acudieron a la clínica de lesiones tempranas del hospital Aleman Nicaragüense.



Fuente: Encuesta