



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

Facultad de Ciencias Médicas

Monografía para optar el Título de Doctor en Medicina y Cirugía
“SOBREVIVENCIA DE LAS PACIENTES CON CANCER CERVICOUTERINO EN
ETAPA II B Y III B SERVICIO DE ONCOLOGIA HOSPITAL BERTHA CALDERON
ROQUE PERIODO 2014-2019.”

Autor:

Br. María del Socorro Flores

Tutor Metodológico:

Dr. José Ángel Méndez

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Managua, Enero 26 del 2022

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme los conocimientos básicos y necesarios ya que sin El en mi vida esto no fuera posible.

A mi familia por motivarme a cada día que pasa a ser mejor profesional a confiar en cada día más en mí y hacerme saber todos los días que ellos estarán en cada momento de mi vida y aunque las pruebas sean duras y difíciles estarán para mí.

A mi Abuela mi gran mujer que siempre desde pequeña me cuidó y me enseñó desde lo más simple hasta lo complejo y que aunque duele que ella no esté a mi lado sé que hoy ella se siente orgullosa de mí como yo de ella porque todo esto por ella.

A una persona que fue fundamental e incondicional en mi carrera que también sin él este sueño no se hubiera podido realizar siempre confío siempre hubo palabras de ánimo, de fuerza anécdotas que contar para saber que aunque haya días de tormenta también hay días que el sol brilla más.

A mi tutor monográfico que confió en mí para poder desarrollar este tema y que sus sabios consejos y conocimientos nunca faltaron.

DEDICATORIA

Primeramente a Dios por permitirme llegar a este punto de mi carrera, por darme la inteligencia y sabiduría necesaria y poder estar cada vez más cerca de un final pero que abre las puertas a un futuro lleno de proyectos profesionales en los que El será el que guiara cada paso a dar.

A mi Mama, una mujer que me ha enseñado a luchar ante las adversidades y que no hay que darse por vencidos una mujer con una seguridad y confianza en mi que hace que cada día luche con más fuerzas y pueda cumplir mis sueños que desde pequeña quise y que cada vez se hacen realidad.

En especial a una Mujer que para mí era mi fortaleza mi roca mi abuela que no pudo verme pero que sé que desde donde este ella está a mi lado y que nunca me dejara sola.

A todas las personas que confiaron en mí y que aún confían en personas que he conocido a lo largo de la carrera y que han sido de fundamental apoyo en mi vida profesional.

OPINION DEL TUTOR.

Las patologías que diezmasan la calidad de vida incluso llevar a la muerte a la mujer son eventos muy preocupantes para la salud pública. En Nicaragua contamos con suficiente estadística especialmente en el Hospital de Referencia Nacional de la Mujer como es el Bertha Calderon en el cual se abordan y se maneja la patología del cáncer ginecológico.

Siempre será de vital importancia manejar datos fidedignos sobre el cáncer cervicouterino y su incidencia sobre la muerte de la mujer ya que esto permitirá emitir orientaciones tanto en el diagnóstico oportuno como el manejo especializado con el firme propósito de disminuir la alta incidencia de muerte-

En este esfuerzo investigativo, la investigadora a puesto todo su esfuerzo como futura profesional de salud desde el punto de vista humano y técnico lo cual ha permitido conocer como anda la situación en estado avanzado del cáncer cervicouterino en paciente que acuden al Hospital Bertha Calderon.

Reciba la investigadora mis más altas muestras de reconocimiento a ese gran esfuerzo realizado.

Atentamente: Msc.MD Jose de los Angeles Mendez

Tutor Monográfico

RESUMEN

El cáncer cervicouterino es uno de las enfermedades que más afecta a las mujeres sin importar edad, religión, escolaridad pero que lamentablemente son pocas las que le dan seguimiento o que acuden a la revisión ginecológica posterior a la realización del Pap o de otro examen que sea predictor de esta enfermedad. Este estudio monográfico se enfoca en los estadios II B y III B ya que el índice de supervivencia es muy bajo porque la detección de estos estadios es tarde y una vez terminado el tratamiento no todas acuden a su control por lo que ese es otro factor que hace que la supervivencia sea baja. Los principales datos socioeconómicos las edades 40 a 50 años los más afectados la zona rural la baja escolaridad el estado civil (acompañadas) y amas de casa las afectadas; con datos Gineco-obstétricos con inicio de vida sexual menores de 16 años con más de 3 parejas sexuales más sin ningún método de planificación poca realización de Pap poco conocimiento de infecciones vaginales y que por lo tanto no tienen el tratamiento. Como resultado de este estudio podemos llegar a la conclusión que entre mas temprano sea detectado la presencia del Cáncer mas es el índice de supervivencia de las pacientes que padecen dicha patología.

Palabras claves: Supervivencia, Frecuencia, Estadio.

CAPITULO I. GENERALIDADES

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
DEDICATORIAS.....	3
RESUMEN.....	5
1.1. Introducción.....	7
1.2. Antecedentes.....	9
1.3. Justificación.....	12
1.4. Problema.....	13
1.5. Objetivos.....	14
1.6. Marco Teórico.....	15

CAPITULO II. DISEÑO METODOLOGICO

2.1. Tipo de estudio.....	27
2.2. Universo.....	27
2.3 Muestra/ Criterios de inclusión y exclusión.....	27
2.4. Técnicas y procedimientos.....	28
2.5. Plan de tabulación.....	28
2.6. Enunciado de variables.....	29
2.7. Operacionalizacion de variables.....	30
2.8. Aspectos Éticos.....	33

CAPITULO III.

3.1. Resultados.....	34
3.2. Discusión.....	42
3.3 Conclusiones.....	43
3.4. Recomendaciones.....	44

CAPITULO IV. BIBLIOGRAFIA

4.1 Bibliografía.....	46
------------------------------	-----------

CAPITULO V. ANEXOS

5.1 Instrumentos de recolección de datos.....	49
5.2. Tablas, graficas.....	52

INTRODUCCION

El cáncer es una importante y cada vez mayor causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Cada año se diagnostica cáncer de cuello uterino a 493 000 mujeres en el mundo y 275 000 mueren por año a causa del mismo y más del 80% ocurren en países en vía de desarrollo. (UICC International Union against Cancer, Switzerland.2010)

Es una neoplasia maligna epitelial que se origina en esta parte del órgano a expensas del epitelio escamoso y glandular. Las mujeres más afectadas fluctúan entre los 30 y 54 años sin embargo, también se presentan casos en menor rango en mujeres de 20 y 24 años. A diferencia de otros tumores el cáncer de cuello uterino se puede prevenir, eso quiere decir que puede detectarse lesiones pre- invasoras que de no ser tratadas se convierten en un cáncer invasor.(American Society of Clinical Oncology, 2017)

La clasificación del cáncer cervico uterino según la FIGO es:

Estadio I: El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

Estadio II: El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

Estadio II B: El cáncer ha crecido fuera del cuello uterino y el útero, y se ha propagado a los tejidos próximos al cuello uterino (parametrio).

No se ha propagado a ganglios linfáticos adyacentes.

No se ha propagado a lugares distantes.

Estadio III: El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

Estadio III B: El cáncer ha invadido las paredes de la pelvis y/o está bloqueando uno o ambos uréteres causando problemas con los riñones (condición llamada hidronefrosis).

Estadio IV: El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

Lo que se puede determinar en la clasificación y en base a los estadios tomados como referencia Estadio II B y III B que si se llegan a diagnosticar y dar seguimiento el índice de sobrevida en 5 años será de buen pronóstico a diferencia de la mujer que es diagnóstica y que no se da seguimiento por decisión propia o bien porque no fue atendida ya que desconocía que tenía esta patología, a como se detallara a lo largo del estudio con tablas estadísticas que pueden determinar en porcentaje cuanto es el índice de sobrevivencia en ese periodo.

ANTECEDENTES.

Internacionales

En un artículo publicado el 2017 por American Society of Clinical Oncology (ASCO) realizado un estudio en Estados Unidos en base a datos anuales que tienen este tipo de cáncer revelo que la tasa de supervivencia de 5 años indica el porcentaje de mujeres que sobrevive al menos 5 años una vez detectado el cáncer. Si el cáncer se ha diseminado a una parte distante del cuerpo, la tasa de supervivencia de 5 años es de 17 %, concluyendo que la estimación no muestre los resultados de un mejor diagnóstico o tratamiento disponible durante menos de 5 años calculando que este año se producirán 4170 muertes a causa de esta enfermedad. (American Society of Clinical Oncology, 2017).

En otro artículo publicado en el 2016 por American Cancer Society donde se publicó la estadística en la séptima edición del manual de estadificación de la AJCC en 2010 recopilada la información por la Base de Datos Nacional sobre Cáncer en personas diagnosticadas con cáncer entre 2000 y 2002 detalla que la tasa de supervivencia de 5 años para las mujeres con cáncer de cuello uterino en etapa 0 es aproximadamente 93%. Para el cáncer en etapa IIB, la tasa de supervivencia a 5 años es aproximadamente 58%. La tasa de supervivencia a 5 años para los cánceres de cuello uterino en etapa IIIA es alrededor del 35%. Para el cáncer en etapa IIIB, la tasa de supervivencia a 5 años es aproximadamente 32% (American Cancer Society, 2016)

En un estudio realizado en el año 2012 publicado por Junta Editorial de Cancer.Net, acerca de Estadística de vida de pacientes con cáncer cervicouterino a tomando como objetivo estimar la probabilidad acumulada de sobrevida a cinco años. Las pacientes a las cuales se les detectó carcinoma in situ al momento del diagnóstico, presentaron una probabilidad acumulada de sobrevida de 98,8%, mientras que a aquellas a quienes se les detectó un carcinoma invasor, fue del 68,3%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. La probabilidad acumulada de sobrevida para las pacientes diagnosticadas con carcinoma de células escamosas

fue de un 89%, mientras que para aquellas diagnosticadas con adenocarcinoma fue de un 80%.

Nacionales

En el año 2011 en un estudio publicado por Castro y Col donde se realizó una investigación descriptiva de cohorte retrospectiva el cual tenía por objetivo describir las tasas de supervivencia y libre enfermedad a los 5 años en las pacientes con Cáncer Cervico uterino atendidas en el Instituto Oncológico Nacional, entre Enero 2006 y Julio 2011 donde se revelo que la supervivencia del el Estadio II B es 15.95 % y el estadio III B 18.2%. La estirpe histológica predominante fue el carcinoma de células escamosas (85.2%) seguido del adenocarcinoma (10.2%). Las tasas de supervivencia global y libre enfermedad a los 5 años fueron de 74 % y 70 % en todos los estadios clínicos y tipo de tratamiento agrupados, y fue mayor para el estadio clínico I (85% y 80%) seguido del II (76% y 81%) respectivamente. (Castro y Col, 2011).

Según la Oficina Nacional de Estadísticas Sanitarias (ONES), en Nicaragua la tasa de mortalidad por cáncer cérvico uterino (CaCu) para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 MEF. Estudios epidemiológicos muestran que la mortalidad de las mujeres con cáncer de cuello uterino aumenta 1,8 veces después de los 35 años en estadio II, 19% en estadio III y 0% además se encontró que la mortalidad aumenta dos veces si hay infiltración del cuerpo uterino; 2,2 veces más, si hay invasión vascular, 1,8 veces si hay hasta dos nódulos linfáticos positivos y 4,7 veces si son más.10 (ONES, 2011).

Según la Norma Técnica De Prevención, Detección Y Atención Del Cáncer Cérvico Uterino publicado en el año por el Ministerio de Salud de Nicaragua detallo que nuevos estudios clínicos aleatorios en fase III, han mostrado que existe una ventaja en cuanto a la supervivencia en general, cuando se emplea una terapia a base de cisplatino administrada conjuntamente con radioterapia. El riesgo de mortalidad por cáncer cervical disminuyó en un 30% para quedar en 50% mediante el uso concurrente de quimio radiación. Sobre la base de estos resultados, se debe tomar

seriamente en consideración la incorporación del uso de la quimioterapia a base de cisplatino con quimioterapia de forma concurrente. (Norma Técnica De Prevención, Detección Y Atención Del Cáncer Cérvico Uterino, 2006)

JUSTIFICACION

El cáncer de cuello uterino es el segundo más frecuente en mujeres después del cáncer de mama. La población femenina originaria de Latinoamérica es considerada como de Alto Riesgo para desarrollar cáncer cervico -uterino debido a los múltiples determinantes personales como: Herencia, raza, nutrición, edad y patrones de conducta.

Los estadios que se tomaron como referencia en este estudio investigativo son el II B y III B cuya forma de aparecer es más agresiva ya que se empieza la diseminación hasta la afectación de órganos vecinos.

El propósito de este estudio es para poder realizar a tiempo la temprana detección del virus de Papiloma Humano siendo el precursor para que dicha enfermedad aparezca y así disminuir su incidencia y poder aumentar el índice de sobrevivencia en nuestras mujeres nicaragüenses.

Al igual que la pertinencia es considerando que la causa de muerte en las mujeres ha venido cambiado con respecto a la edad siendo una relevancia mundial ya que es de gran utilidad el diagnostico precoz y no llegar a un estado de difícil manejo o que las probabilidades de vida son pocas.

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

La detección temprana es para evitar muertes en mujeres jóvenes ya que el cáncer cervico uterino se ha convertido en una epidemia mundial lo que lleva a un índice de muerte alto en mujeres jóvenes y de vida sexual activa y un bajo índice de sobrevivencia a las pacientes que ya son detectados cuando están en estado de diseminación y ya existe la presencia de daño a órganos vecinos.

Es por eso que nos planteamos:

¿Cuál es la sobrevivencia de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B del servicio de Oncología del Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo 2014 – 2019?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la sobrevivencia de las pacientes con Cáncer cervico uterino en etapa II B y III B servicio de Oncología Hospital Bertha Calderón Roque periodo 2014-2019?

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. Describir los datos sociodemográficos de las pacientes en estudio.
2. Identificar los datos gineco-obstreticos de las pacientes en estudio.
3. Describir el índice de sobrevida de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B.

MARCO TEORICO

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado y proliferación anormal de las células. De los diferentes tipos de cáncer que afectan a las mujeres, el de cuello uterino (CCU) es una de las enfermedades más frecuentes. Esta patología aparece en la unión escamo-celular entre el epitelio columnar del endocervix y el epitelio escamoso de la ectocervix, donde ocurren los cambios metaplásicos.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y la selección del tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el Cáncer (si se encuentra en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general de la paciente.

Se han resuelto muchas interrogantes sobre la etiología del cáncer cervico uterino y actualmente se encuentran en desarrollo nuevas alternativas tanto de detección como terapéuticas y de prevención primaria (vacunas preventivas), que se irán incorporando de acuerdo a los estudios de costo-efectividad que se realicen, para ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportuno, eje fundamental del Programa de Prevención y Control del Cáncer Cérvico uterino. (Cendales, R. 2009).

Etiología

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

Otros tipos de carcinoma como el carcinoma adeno-escamoso, carcinoma adenoide quístico y carcinoma metastásico constituyen el restante 3-5% de casos. Las técnicas de detección oportuna han disminuido la mortalidad principalmente debidas al carcinoma de células escamosas; sin embargo, la prevalencia del adenocarcinoma no ha tenido un impacto significativo por la realización de Papanicolaou. Ortiz-Barboza, A. (18 de Oct. de 2005).

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.

Fisiopatología

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

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

Epidemiología

El cáncer cervico uterino es el segundo cáncer más frecuente de distribución mundial que se presenta en la población femenina, con una estimación de 530 232 casos nuevos, de los cuales aproximadamente el 86 % (453 531 casos) se presenta en los países en desarrollo. De acuerdo con estimaciones de la OMS en 2008,² la tasa estandarizada a nivel mundial es de 15.2 x 100 mil mujeres, solo por debajo del cáncer de mama (38.9 x 100 mil mujeres). En los países de América Latina el Cáncer Cervico uterino es el segundo cáncer más común en mujeres. Los países con tasas de incidencia mayores de 30 x 100 mil mujeres son Guyana (44.7), Nicaragua (39.9), Honduras (37.8), El Salvador (37.2 x 100 mil), Bolivia (36.4),

Paraguay (35.0), Perú (34.5), Venezuela (31.4) y Guatemala (30.5). Solo Chile y Puerto Rico presentan tasas menores de 15 x 100 mil mujeres (14.4 y 7.5, respectivamente). Las muertes por Cáncer Cervico Uterino ocupan el tercer lugar de la mortalidad por cáncer en la mujer en el mundo, con un total de 31 712 defunciones,2 lo cual representa el 8.22 % de las muertes ocurridas por neoplasias malignas, con una tasa de mortalidad estandarizada de 7.8 x 100 mil mujeres. Las tasas de mortalidad son coincidentes con la incidencia reportada para países en el área de las Américas. Las tasas de mortalidad más elevadas por arriba de 20 x 100 mil mujeres se observaron en Jamaica, Guyana y Nicaragua, mientras que las más bajas, menores a 7 defunciones x 100 mil mujeres se reportaron en Uruguay, Chile y Puerto Rico (6.8, 6.6 y 2.8 respectivamente). (Cendales, R. 2009).

Factores De Riesgo Para Desarrollar Cáncer Cérvico Uterino.

- ✓ Inicio de vida sexual antes de los 18 años
- ✓ Antecedentes personal de enfermedad de transmisión sexual
- ✓ Infección cérvico vaginal por virus del papiloma humano
- ✓ Múltiples parejas sexuales
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Desnutrición
- ✓ Pacientes con inmunodeficiencia
- ✓ Nunca haberse practico un estudio citológico.

Signos y Síntomas Del Cáncer Cervico Uterino

La mayoría de las mujeres no tienen signos ni síntomas de pre cáncer. En muchas mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio temprano, los síntomas generalmente pueden verse. En mujeres con cáncer avanzado y metastásico, los síntomas pueden ser más graves dependiendo de los tejidos y órganos a los que se ha diseminado la enfermedad.

Cualquiera de los siguientes podría ser un signo o síntoma de cáncer:

- ✓ Sangrado transvaginal
- ✓ Dolor en bajo vientre
- ✓ Presencia de masa pélvica
- ✓ Manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación
- ✓ Sangrado menstrual que es más prolongado y abundante que lo habitual
- ✓ Sangrado después del coito, el lavado genital o el examen pélvico
- ✓ Mayor secreción vaginal
- ✓ Dolor durante las relaciones sexuales
- ✓ Sangrado después de la menopausia
- ✓ Dolor de espalda y/o pélvico persistente y sin razón aparente

Diagnóstico

Es más probable que el cáncer de cuello uterino que se detecte de forma temprana se pueda tratar con éxito.

Las pruebas de detección incluyen las siguientes:

Prueba del Virus del Papiloma Humano

Sirve para detectar infecciones debidas a los tipos de VPH que pueden causar cáncer e identificar a las mujeres en riesgo de cáncer cérvico uterino. Esta prueba se basa en la detección de VPH y los tipos de bajo y de alto riesgo en muestras vaginales, y o cervicales. Estas muestras se pueden tomar durante un examen ginecológico en el centro de salud. Las muestras se envían a un laboratorio para ser procesadas. La prueba de ADN para VPH incluye el análisis de las células extraídas del cuello del útero para detectar la infección por uno de los distintos tipos de VPH que presentan más probabilidades de producir cáncer de cuello uterino. Esta prueba puede ser una opción para las mujeres de 30 años o más, o para las mujeres más

jóvenes que obtengan un resultado anormal en el Papanicolaou.) (Marquiño, D. W. 2019. OPS-OMS Nicaragua.

PAPANICOLAOU.

Durante el Papanicolaou, el médico raspa y cepilla células del cuello del útero, y luego las examina en un laboratorio para detectar anomalías.

El Papanicolaou permite detectar células anormales en el cuello del útero, incluidas las células cancerígenas y células que muestran cambios que aumentan el riesgo de cáncer de cuello uterino. (ASCO: American Society of Clinical Oncology. © 2005-2018).

COLPOSCOPIA

El médico puede realizar una colposcopia para visualizar las áreas anormales en el cuello del útero. La colposcopia también se puede utilizar para guiar una biopsia del cuello uterino. Se utiliza un instrumento especial denominado colposcopia. La colposcopia magnifica las células del cuello uterino y de la vagina, como lo haría un microscopio. Le permite al médico obtener una vista en aumento e iluminada de los tejidos vaginales y del cuello del útero. Ortiz-Barboza, A. (18 de Oct. de 2005).

INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVAA)

La Inspección visual con ácido acético es un método para detectar cambios tempranos en las células que son visibles cuando se usa un espéculo para inspeccionar el cérvix a simple vista después de aplicar una solución diluida de ácido acético, durante un examen ginecológico. Los resultados son inmediatos.

ESTADIOS DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

Una vez detectado (diagnosticado) el cáncer cervico uterino, se harán más pruebas para determinar si las células cancerosas se han diseminado a otras partes del cuerpo. Este proceso se conoce como clasificación por estadios.

La planificación terapéutica y la evaluación del pronóstico requieren de una evaluación detallada del estado general de salud de la paciente y de la determinación del estadio clínico del cáncer invasor. La clasificación más difundida para el carcinoma cérvico uterino, elaborado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Se trata básicamente de un sistema de clasificación clínica basado en el tamaño del tumor y la extensión del cáncer en la pelvis. El grado de crecimiento del cáncer se evalúa tanto clínicamente como mediante diversos estudios para determinar el estadio de la enfermedad, del I al IV. El estadio I representa un tumor limitado al cuello uterino, en tanto que el estadio IV corresponde a la fase de crecimiento en la cual el cáncer se ha diseminado por metástasis en los órganos distantes.

Estadio 0: Ca in situ o intra-epitelial

CARCINOMA INVASOR

Estadio I: carcinoma estrictamente confinado al cuello uterino

I A: Carcinoma preclínico de cuello uterino, se diagnostica solo por microscopio.

Todas las lesiones observables son lesiones I B , incluso con invasión superficial.

I a 1: La invasión medida no es > 33 mm y no > 7 mm extensión.

I a 2: extensión de la invasión estroma de 3-5 mm de profundidad, y con extensión horizontal < 7 mm (lesiones mayores deben considerarse estadio I b)

Estadio I b: lesión de mayor dimensión que el estadio IA1, ya que se observe clínica o no.

I b 1: lesiones clínica no < 4 cm.

I b 2: lesiones clínica > 4 cm

Estadio II: El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino pero no la pared pélvica.

II A: No hay afección obvia parametrial.

II a 1: lesión clínicamente visible ≤ 4.0 cm en su mayor dimensión.

II a 2: lesión clínicamente visible ≥ 4.0 cm en su mayor dimensión.

Estadio III: El carcinoma se extiende hacia la pared pélvica.

III A: El tumor involucra el tercio inferior de la vagina sin que se extienda a la pared pélvica.

III B: extensión a la pared pélvica. (Marquiño, D. W. 2019. OPS-OMS Nicaragua.)

Detección Temprana Del Cáncer Cervico Uterino.

La mejor manera de encontrar temprano el cáncer de cuello uterino consiste en hacerse las pruebas de Papanicolaou regularmente (que puede combinarse con una prueba para el virus del papiloma humano o VPH). A medida que las pruebas de Papanicolaou se convirtieron en pruebas de rutina en este país, encontrar las lesiones pre invasivas (pre cánceres) del cuello uterino se volvió mucho más común que encontrar el cáncer invasivo. Estar alerta ante cualquier señal y síntoma de cáncer de cuello uterino también puede ayudar a evitar retrasos innecesarios en el diagnóstico. La detección en las primeras etapas mejora mucho las probabilidades de un tratamiento exitoso y puede prevenir que cualquier cambio en las células del cuello uterino se convierta en canceroso. Ortiz-Barboza, A. 18 de Oct. de 2005).

OPCIONES DE TRATAMIENTO PARA EL CÁNCER CERVICO UTERINO SEGÚN LA ETAPA

La etapa (estadio) en que se encuentra el cáncer cervical es el factor más importante al elegir un tratamiento. Sin embargo, otros factores también pueden afectar sus opciones de tratamiento, incluyendo la localización exacta del cáncer en el cuello uterino, el tipo de cáncer (de células escamosas o adenocarcinoma), su edad, su estado de salud general, y si desea tener hijos.

Etapa 0 (carcinoma in situ)

Aunque el sistema de clasificación por etapas el carcinoma in situ como la forma más temprana de cáncer de cuello uterino, los médicos a menudo lo consideran como un pre cáncer. Esto se debe a que las células cancerosas en el carcinoma in

situ sólo están en la capa de la superficie del cuello uterino (no han crecido hacia las capas más profundas de las células).

Las opciones de tratamiento estándar del cáncer de cuello uterino *in situ* son las siguientes:

1. Conización.
 - Conización con bisturí tradicional (escalpelo).
 - Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).
 - Terapia láser.
2. Histerectomía para pacientes en edad posreproductiva.
3. Radioterapia interna para pacientes inoperables desde el punto de vista médico.

La histerectomía es el tratamiento estándar para pacientes con adenocarcinoma *in situ*. La enfermedad que se origina en el conducto endocervical a veces es más difícil de extirpar por completo mediante un procedimiento de conización. Se puede ofrecer la conización a pacientes con adenocarcinoma *in situ* seleccionadas que deseen conservar su capacidad reproductiva. La histerectomía es el tratamiento estándar para pacientes con adenocarcinoma *in situ*. La enfermedad que se origina en el conducto endocervical a veces es más difícil de extirpar por completo mediante un procedimiento de conización. Se puede ofrecer la conización a pacientes con adenocarcinoma *in situ* seleccionadas que deseen conservar su capacidad reproductiva.

En las etapas del II B hasta el IV A incluye el Tratamiento Farmacológico.

La evaluación pre-terapéutica es principalmente con la finalidad de distinguir a los pacientes con estadio hasta IIA que pueden ser tratados mediante cirugía combinada con quimioterapia-radioterapia, de aquellos con enfermedad avanzada (estadio IIB o mayor, con invasión a parametrios) que deben ser tratados mediante

radioterapia o en combinación con quimioterapia. La precisión del estadiaje se ha incrementado con la TC (53%) y la RM (86%), cuando es comparada con los criterios clínicos (47%).

Quimio-radiación: La quimioterapia puede ser cisplatino o cisplatino y fluorouracilo. La radioterapia incluye tanto radiación externa como braquiterapia. (ASCO: American Society of Clinical Oncology. (© 2005-2018).

En base al Tratamiento no Farmacológico

Radioterapia:

En los pacientes a partir del estadio IB 2, II A 2 (tumor mayor de 4 cm), III A, III B y IV A el estándar de tratamiento es de radioterapia pélvica más quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia. La otra opción es radioterapia pélvica (teleterapia) + braquiterapia Punto A con dosis de 85-90Gy.

La quimio-radiación concurrente se considera el tratamiento estándar para pacientes con cáncer cervical localmente avanzado. El régimen de quimioterapia es la administración intravenosa de cisplatino semanal durante el curso de EBRT.

El Centro de Cáncer emitió una alerta en 1999 de que todos los pacientes con el cáncer cervical avanzado deben recibir CCRT. Estos estudios demostraron que CCRT tuvo una supervivencia significativa ventaja de 10% –15% a los 5 años después del tratamiento en comparación con radioterapia sola. Un meta análisis posterior mostró máximo beneficio de la quimio-radiación del 6% en el estadio IB2 (ahora denominado IB3) para Etapa IIB y solo un 3% de beneficio en pacientes en esta etapa.

Concurrente la quimio- radioterapia también redujo la recurrencia local y distante, y mejora de la supervivencia libre de enfermedad.

Una infusión semanal de cisplatino (40 mg / m²). Semanal con hidratación adecuada) durante 5 a 6 ciclos durante la terapia con haz externo es una régimen de quimioterapia concurrente de uso común. Para pacientes quienes no pueden recibir quimioterapia con platino, los regímenes basados en 5-fluorouracilo son una alternativa aceptable. (Cendales, R. (2009)

La irradiación es limitada. Se está explorando la quimioterapia adyuvante adicional después de la quimio -radioterapia concurrente en un control internacional aleatorizado prueba (prueba OUTBACK). (Marquiño, D. W. (2019). OPS-OMS Nicaragua.)

SEGUIMIENTO POST-TRATAMIENTO

En una revisión sistemática de 17 estudios retrospectivos que dieron seguimiento mujeres tratadas por cáncer cervical, el tiempo medio de recurrencia osciló entre 7 y 36 meses después del tratamiento primario. Por lo tanto un seguimiento clínico más cercano en los 2 a 3 años posteriores al tratamiento puede ser importante. Se recomiendan las visitas de seguimiento médico cada 3-4 meses para los primeros 2–3 años, luego 6 meses hasta los 5 años, y luego anualmente para vida. En cada visita, se lleva la historia y el examen clínico.

La imagen de rutina no está indicada. Circunstancias especiales, tales como ganglios linfáticos pélvicos altos afectados, puede justificar la imagen de intervalo del abdomen para evaluar la progresión potencialmente curable de la enfermedad. En La revisión sistemática, se detectó enfermedad recurrente asintomática.

Examen físico (29% –71%), radiografía de tórax (20% –47%), TC (0% - 34%), y citología de bóveda vaginal (0% –17%).

La citología no mejora significativamente la detección de enfermedad precoz. Los pacientes deben regresar a la evaluación anual basada en la población después de 5 años de supervivencia libre de enfermedad. (Cáncer, L. S. (5 de February de 2019).

CONCEPTO ACTUAL DE LA SUPERVIVENCIA DE CÁNCER CERVICO UTERINO EN CINCO AÑOS.

Las tasas de supervivencia proporcionan una idea del porcentaje de personas con el mismo tipo y etapa de cáncer que siguen vivas durante cierto tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Estas tasas no pueden indicar cuánto tiempo usted vivirá, pero pueden ayudarle a tener un mejor entendimiento de cuán probable es que su tratamiento sea eficaz.

Una tasa relativa de supervivencia compara a las mujeres que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer de cuello uterino con aquellas en la población general.

Por ejemplo, si la tasa relativa de supervivencia a 5 años para una etapa específica de cáncer de cuello uterino es 90%, esto significa que las mujeres que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 90% de probabilidades, en comparación con las mujeres que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.

La Sociedad Americana contra el cáncer obtiene la información de la base de datos del Programa de Vigilancia, Epidemiología y Resultados Finales (SEER*), mantenida por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI), para proporcionar estadísticas de supervivencia para diferentes tipos de cáncer. (Ortiz-Barboza, A.18 de Oct. de 2005).

La base de datos de SEER lleva un registro de las tasas relativas de supervivencia a 5 años para el cáncer de cuello uterino en los Estados Unidos, basándose en cuán lejos se ha propagado el cáncer. Sin embargo, la base de datos no agrupa a los cánceres según el sistema de estadificación TNM (etapa 1, etapa 2, etapa 3, etc.).

En cambio, divide a los grupos de cánceres en etapas localizadas, regionales y distantes:

- **Localizado:** no hay signos de que el cáncer se haya propagado fuera del cuello uterino o del útero. Esto incluye a cánceres en etapa I.
- **Regional:** el cáncer se ha propagado fuera del cuello uterino y del útero hacia estructuras cercanas. Esto incluye principalmente a los cánceres en etapa II, III y IVA.
- **Distante:** el cáncer se ha propagado a partes distantes del cuerpo, como a los pulmones, el hígado o a los huesos. Para el cáncer de cuello uterino, esto incluye a cánceres en etapa IVB.

Tasas relativa de supervivencia a 5 años del cáncer Cervico uterino.

Localizado	92%
Regional	56%
Distante	17%
Todas las etapas SEER combinadas	66%

La supervivencia y el control local son mejores si el compromiso del parametrio es unilateral en lugar de bilateral. En los estudios de modelos de atención de pacientes en estadios IIB y IIIB, se indica que la supervivencia depende de la extensión de la enfermedad; el compromiso unilateral de la pared pélvica pronostica un mejor desenlace que el compromiso bilateral.

La sobrevida está fuertemente influenciada por el factor socioeconómico, lo que refleja la importancia del acceso a programas organizados de detección precoz y tratamiento.

Según FIGO la supervivencia de CACU en etapa II B con óptimo tratamiento es de 65% y en la etapa III es de 30%.

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo De Estudio:

Es un estudio, descriptivo, de corte transversal.

Área De Estudio:

En área de estudio fue el Hospital Bertha Calderón Roque del servicio de Oncología

Periodo De Estudio:

Tiempo comprendido entre el año 2014-2019.

2.2 Universo

Toda paciente con diagnóstico de cáncer cervico uterino en estadio II B y III B que fuera dada de alta y este en seguimiento para un total de 116 mujeres.

2.3 Muestra

Toda paciente con diagnóstico de cáncer cervico uterino en estadio II B y III B que fuera dada de alta y este en seguimiento total de 116 mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Tipo Y Método De Selección De La Muestra

Aleatorio por conveniencia.

Criterios de Inclusión

- Toda paciente con expediente completo.

Criterios de Exclusión

- Toda paciente con expediente incompleto.

Fuente de información.

Primaria

2.4 Técnica y Procedimiento

Se realizó un cuestionario para poder ser aplicado y obtener la información en base a expedientes de mujeres que han sido diagnosticadas y tratadas con el tema en estudio.

2.5 Procesamiento

Metodo Kaplan Meier y correlacion de Cox.

2.6 Plan de Analisis

Los datos fueron procesados y analizados en el software SPSS versión 22.0

La información se digitalizo por una sola persona, la cual realizo una limpieza de la base en búsqueda de datos perdidos o no valido y análisis cruzados de las variables. Primero se calculó la frecuencia de las variables sociodemográfica posteriormente los datos Gineco obstétricos y para finalizar el estado de supervivencia en cinco años.

2.7 ENUNCIADO DE VARIABLES.

1. Describir los datos sociodemográficos de las pacientes en estudio.

Edad

Procedencia

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

2. Identificar los datos gineco-obstetricos de las pacientes en estudio.

Menarca

IVSA

Numero de compañeros sexuales

Gestas

Paras

Aborto

Cesáreas

PAP

Planificación familiar

3. Describir el índice de sobrevida de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B.

Años de tratamiento en base al estadio, frecuencia y sobrevida

1 a 2 años

1 a 3 años

4 a 5 años

2.8 OPERALIZACION DE VARIABLES

Objetivo N°1: Describir los datos socio-económicos de las pacientes en estudio

Variables	Definición	Indicador	Valor / Escala
Edad	Tiempo trascurrido desde el nacimiento	Años	<20 21-30 31-40 41-50 >51 años
Procedencia	Área geográfica donde reside la paciente	Origen	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por la paciente.	Nivel	Primaria Secundaria Universidad Analfabeta
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Condición de pareja	Soltera Casada Acompañada Unión estable
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza el individuo para generar ingresos.	Tipo	Ama de casa Negocio propio Estudiante Asalariada

Objetivo N°2: Identificar los datos socioeconómicos de las pacientes en estudio

Menarca	Edad que inicia su primera menstrual	Años	12 a 14 años 15 a 17 años
IVSA	Inicio de vida sexual activa	Años	<16 16 – 20 >20
N° de compañeros sexuales	Cantidad de número de parejas sexuales que ha tenido la paciente	Número	1 2 > 3
Gestas	Número de veces que la paciente ha estado embarazada	Número	Nuligesta Primigesta Bigesta Multigesta
Paras	Numero de parto vaginales que ha tenido la paciente	Número	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara
Aborto	Expulsión del feto ≤ 22 semanas de gestación y menor de ≤ 500 gramos	Número	Si No
Cesáreas	Intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el feto, vivo o muerto.	Número	Si No
Planificación familiar	Estrategia que permite a las parejas decidir por sí misma tener o no el número de hijos que desean así como el momento oportuno para tenerlo.	Tipo de método	Si (inyectable, oral, DIU, condón otros) No planifica
PAP anterior	Examen de citología cervical anterior al actual.	Resultado	Normal Anormal No se hizo

Objetivo N°3: Mencionar los factores de supervivencia de las pacientes en estudio

Variables	Definición	Indicador	Valor / Escala
Síntomas	Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.		
Etapa	Período determinado de un proceso como la evolución de una enfermedad o el desarrollo o crecimiento de un organismo, así como el grado de extensión de algunas enfermedades		
Prueba diagnóstica	Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).	Resultado Categoría	Negativo Indeterminado Neoplasia intraepitelial cervical grado 1 Inflamación Inflamación + infección Ascus – Agus Nic 1 Nic 1 + HPV

2.9 ASPECTOS ÉTICOS

Todos los procedimientos llevados a cabo (ejecución y recolección de datos mediante encuesta, análisis de datos y discusión), respetados la declaración de Helsinsky. La información dada es de carácter confidencial y los resueltos podrán ser discutidos en una reunión científica, pero de una manera anónima para mantener la confidencialidad de la información.

Teniendo en cuenta el respeto a las pacientes que fueron objetos de estudio, no se consideraron los nombres en el formulario y llenado de instrumentos, sino que, se le asignó un código el cual solo fue conocimiento de los autores del estudio. Se le solicito la autorización por escrito a la institución para la revisión de los expedientes clínicos y formato de solicitud

RESULTADO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El grupo de edad entre los 41 a 50 años el 42.2% es la población femenina que más presenta Cáncer cervico uterino de las pacientes estudiadas seguido por el grupo de mayor de 51 años con un porcentaje de 26.7% seguido del grupo de 31 a 40 años con un porcentaje de 21.6 % siendo el menor grupo el de las edades de 21 a 30 años con un porcentaje de 9.5%.

Lo que destaca que sigue siendo una mayor incidencia entre las edades de 41 a 50 años las más afectadas por lo que no se detecta a tiempo esta enfermedad a parte que su actividad sexual la convierte en un alto riesgo de padecer algún tipo de lesión o anormalidad en el cuello uterino. (Ver gráfico 1).

El 54.3% de las pacientes en estudio son del área rural y el 45.7% del área urbano no siendo de mucha diferencia significativa de un 8.6% lo que podemos decir que tanto la población rural como la urbana presenta la misma posibilidad de presentar cáncer cervico uterino. Siendo el Hospital Berta Calderón Roque una unidad de salud de referencia nacional y donde se concentra el 50% de la población nicaragüense al igual que atiende los casos que son referidos directamente al programa de oncología para el inicio del tratamiento. La procedencia es un indicador importante de la necesidad de accesibilidad a los servicios de salud ya que podemos observar que ambas áreas presentan casi el mismo porcentaje de procedencia y la población opta por no acudir a la unidad cuando presenta los síntomas hasta que se ven complicadas con su problema de salud.

El 43.1% de las pacientes solo estudio la primaria, el 34.5% son analfabetas y un 22.4% pudo terminar la secundaria. Podemos analizar que la falta de estudio y de realización profesional es uno de los mayores problemas que presenta nuestras pacientes, ya que al no tener los conocimientos básicos es muy fácil caer en lo desconocido y no poder interpretar las señales que manda nuestro cuerpo cuando está mal ya que la mujer al no conocer nada sobre esta enfermedad lo ve algo normal y cuando ya presenta más complicaciones acude a la unidad de salud.

Con respecto al estado civil de las pacientes en estudio el 45.7% son acompañadas, el 32.8% son casadas y un 21.6% son solteras. En la actualidad tanto la población femenina como masculina no optan al matrimonio como una institución de la familia ya que se es más fácil el tener un compañero que un esposo por la cuestión socio-económica y cultural pero a la vez eso hace que exista más la promiscuidad al no tener una relación seria y estable, a diferencia de la pacientes casadas que presenten la enfermedad ya que por atender su vida familiar no se cuidan ellas misma y no acuden de inmediato cuando empiezan a presentar los síntomas y aún más la diferencia de las pacientes que son solteras que presentan dicha patología por descuido personal.

El 87.1% son amas de casa y apenas un 12.9% tienen negocio propio.

Lamentablemente en Nicaragua aún existe el machismo principal causa por la que la mujer no acude a un centro de atención médica y es ahí donde se empieza la manifestación de los síntomas con más rapidez y cuando el hombre mira que la necesidad de atención es urgente accede a que la mujer vaya cuando el cáncer ya está avanzado.

El 76.7% de las pacientes la menarca se presentó entre los 12 y 14 años mientras que un 23.3% se presentó entre los 15 a 17 años siendo una menarca tardía. En los últimos años el Tratado de Ginecología y Obstetricia de Danfort refleja que existe poca evidencia que la edad de la menarca y sus características sean un factor predisponente para la aparición del Cáncer Cervico Uterino.

Se observó que el 49.1% de las pacientes iniciaron su vida sexual menor de los 16 años mientras que un 42.2% son entre los 16 y 20 años y apenas un 8.6 son mayor de 20 años. Según Robert E Briston el inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años de edad o inicio de la vida sexual activa IVSA evidencian su vinculación con el riesgo de las lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino. Y este es uno de los factores de riesgo que presenta la mujer para tener Cáncer Cervico uterino.

Tomando como muestra 116 pacientes se observó que un 51.7% tuvieron más de 3 compañeros sexuales, un 46.6% tuvieron 2 compañeros sexuales y un 1.7% tiene solo 1 compañero sexual; siendo estos datos un poco alarmante ya que uno de los factores de riesgo que presenta la mujer para tener Cáncer Cervico Uterino es tener múltiples compañeros sexuales, generalmente este factor junto con el de un inicio de vida sexual activa antes de los 18 años son factores que se relaciona, ya que el iniciar temprano sexualmente hace más propensa a la mujer a tener varias parejas sexuales a lo largo de su vida.(Ver gráfico 2)

En cuanto al número de gestaciones que tuvieron las pacientes el 83.6% tienen más de 3 hijos, un 15.5% tienen 2 hijos y apenas un punto.9 % tienen solo 1 hijo. El número de embarazos de la población estudiada es alarmante. Según Zarama y Cois el número de embarazos llegados a término puede ser un elemento favorecedor del desarrollo del cáncer del cuello ya que la mujer durante el embarazo tiene cierto grado de inmunodepresión; por tanto, mientras más veces una mujer haya estado inmunodeprimida durante periodos de 9 meses, más probabilidades tendrán de desarrollar cáncer. Algunas de las pacientes en la historia clínica referían que habían tenido hasta 16 partos, cumplían con estos parámetros referían que en su lugar donde residen no habían farmacia, otras referían que su pareja no se ponían preservativos. En la embarazada debido al grado de inmunodepresión que la caracteriza y a las lesiones que tenga del cuello le conducen a la ectopia, considerada como una lesión pre maligna.

La paridad se encuentra en un 50% en las gran multíparas, un 47.4% en multíparas y un 2.6% son primípara. Según la Alliance for Cervical Cáncer Prevention, en sus estudios las mujeres con tres o cuatro embarazos de término tenían un riesgo 2.6 veces más alto de aparición de cáncer cervico uterino que aquellas que nunca habían dado a luz; las mujeres con más de siete partos o más, presentan un riesgo 3.8 veces más.

El 28.4% de las pacientes tuvieron aborto de las cuales un alto porcentaje de 71.6% no tuvieron aborto. Las mujeres con un aborto se enfrentan a un riesgo relativo de 2.3 de cáncer cervical, en comparación con las mujeres que no han abortado, y las mujeres con dos o más abortos encaran un riesgo relativo de 4.92. (Ver gráfico 3)

El 85.3% de las pacientes en estudio no les realizaron cesárea y un 14.66% si les realizaron cesárea, lo que ayuda a evitar que la mujer sufra trauma cervical.

Un 47.4% no planifica siendo esta una situación muy alarmante, un 19% el método que utiliza es el oral, 18.1% utiliza condón y en menor porcentaje 15.5% es inyectable. Cuando la mujer no utiliza ningún método de planificación es una preocupación no solo para ella sino a nivel familiar, nivel socio-económico y cultural ya que puede quedar embarazada cuando ella menos lo piensa y caemos en el factor de riesgo de tener cierta cantidad de compañeros sexuales, de hijos sin percatar que es ella la principal afectada al no planificar, al igual que se expone a contraer cualquier infección vaginal sin destacar el VPH o el VIH. Al igual que el otro ítem aún se mantiene el machismo y esto es parte de ello, sin olvidar que hay religiones que no permite que la mujer utilice algún método o se cancele para dejar de tener hijos. También hay que destacar que el uso de los métodos orales está siendo ocupado en este caso por un 18.1% donde el uso de estos gestagenos orales está asociado con un riesgo mayor de cáncer cervical; sin embargo, este riesgo mayor puede ser causado porque las mujeres activas sexualmente tienen un riesgo más elevado de infección por los virus del papiloma humano, los cuales causan prácticamente todos los cánceres cervicales o de cuello uterino, las mujeres que usan gestagenos orales durante periodos largos tienen un riesgo dos veces mayor que las que no usan.

De las 116 pacientes en estudio 40.5% no se realizó el PAP, un 34.5% obtuvo resultados normales a diferencia un 25% que obtuvo un resultado anormal. El no realizarse el PAP en algún momento de la vida nos debe de preocupar y alarmar cada vez más. La prueba de Papanicolaou es la prueba que se usa con mayor

frecuencia para detectar los cambios prematuros en las células que pueden derivar en cáncer de cuello uterino. El obtener un resultado anormal o negativo es una fuerte señal de que debemos de estar pendientes de esa parte de nuestro cuerpo, asistir al médico, cumplir las indicaciones que nos mande el médico para evitar el futuras complicaciones. Algunas mujeres creen que pueden dejar de hacerse las pruebas de detección una vez que dejan de tener hijos, pero esto no es cierto. Estas mujeres deben continuar con sus chequeos.

Las mujeres de 21 a 29 años deben hacerse la prueba de Papanicolaou cada 3 años. A partir de los 30 años, el método preferido de detección consiste en una prueba de Papanicolaou combinada con una prueba de VPH cada 5 años. A esto se le llama prueba conjunta y debe continuar hasta los 65 años.

Otra opción razonable para las mujeres de 30 a 65 años consiste en realizar solamente la prueba de Papanicolaou cada 3 años. Las mujeres que han presentado resultados anormales en las pruebas necesiten hacerse una prueba de seguimiento con una prueba de Papanicolaou (algunas veces con una prueba de VPH) en 6 meses o un año.

De las infecciones vaginales asociadas al Cáncer Cervico Uterino un 36.21% no sabe si ha tenido o tiene alguna infección vaginal, 30.17% refiere no tener ninguna infección, 15.52% presento Gonorrea, un 12.07 presento Herpes y un 6.03% Clamidia. Esto también se relaciona a que no se realicen el PAP y desconozcan si tienen o no alguna infección. Aunque se presentó en un pequeño porcentaje en relación a las otras infecciones la Clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad.

La frecuencia que presenta las infecciones vaginales son 37.93% no sabe si tiene o no infecciones, 28.45% refiere que no ha tenido ninguna infección a lo largo de su vida, un 17.24% refiere que frecuentemente ha presentado infección 15.52% a veces presenta infección y un 0.86% siempre ha tenido infecciones vaginales. Esto

lo podemos asociar con el ítem anterior ya que no es mucha la diferencia cuando la paciente no sabe cuándo tiene o no alguna infección vaginal o bien cuando refiere no tener ninguna de las infecciones.

En un 100% ninguna de las pacientes en estudio pudo acudir a tiempo a la unidad de salud, ya que todas se encontraban en estadio avanzados. Esto lo podemos asociar a muchas causas siendo las de principal relevancia las mencionadas anteriormente.

De los síntomas que más presentaron las pacientes en estudio es un 35.34% sangrado transvaginal y dolor en bajo vientre, 12.9% sangrando menstrual prolongado, 12.1% dolor de espalda y /o pélvico sin razón aparente, 11.2% mayor secreción vaginal, 10.3% sangrado después de la menopausia, 7.8% sangrado después del coito, lavado genital o el examen pélvico, 6.9% manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación, 2.6% dolor durante las relaciones sexuales y un punto 9 masa pélvica. Muchas de las pacientes refieren que antes de presentar estos síntomas tuvieron mareos, vómitos, falta de apetito pero lo asociaban a enfermedad gastro intestinal y algunas hasta embarazos.

Un 86.21% le diagnosticaron el Cáncer Cervico Uterino con Biopsia, un 12.07% con PAP y un 1.72% con Colposcopia. La prueba de más uso es la Biopsia debido a que los síntomas que presentan los pacientes tiene que ser una prueba que no de un diagnostico errado, el PAP un poco bajo pero ayuda a la detección cuando la mujer se lo realiza de manera consciente y puntual, y la colposcopia que es un estudio más dirigido para la paciente. (Ver gráfico 4)

El año en que más se diagnosticó Cáncer Cervico Uterino es el 2015 con un porcentaje de 25.9%, seguido de 2014 y 2016 con un 22% ambos años tienen la misma incidencia, el 2017 con un porcentaje de 10.3% el año 2013 con un porcentaje de 8.6 el 2018 con 6.9% y el 2010 y 2011 con un porcentaje de 2.6% ambos con la misma incidencia. En el año 2015 se presentó más la incidencia del Cáncer Cervico uterino no descartando los otros años hasta el 2018 se contabilizo

menor incidencia no obstante no podemos obviar que existen otros tipos de cáncer que también pueden afectar no solo a la mujer sino a la población en general.

La duración del cáncer entre los 3 a 5 años fue del 47.41%, seguido de los 5 a 7 años con un porcentaje de 24.14% un 20.7% fue entre los 2 años y medio y un 7.8 entre los 1 y 2 años. El cáncer es una enfermedad que se cura con paso del tiempo y bajo tratamiento lo dificultoso de esta enfermedad es como no se detecta a tiempo el tratamiento es prolongado hasta agotar el último recurso.

El 68.1% sigue bajo tratamiento a los 4 o 5 años que una vez diagnosticada, un 16.4% sigue en tratamiento a los 1 -2 años de diagnóstico y un 15.5 a los 1 a 3 años, cabe mencionar que esto se relaciona con el año en que fue diagnosticado, puesto que en cuanto se le detecta el Cáncer Cervico Uterino no reciben el tratamiento ya que primero se le tienen que realizar pruebas previas para el inicio del tratamiento. (Ver gráfico 5)

Un alto porcentaje el 59.48% aún sigue siendo tratada con el medicamento relacionado con el año del diagnóstico, como se pudo observar en el ítem y se observara en las (gráfica 6) estas pacientes se le diagnosticaron recientemente por lo que es comprensible que aun estén bajo seguimiento. El 39.66 ya fue dada de alta pero se le sigue llevando un control periódico para evitar recurrencias destacando así que estas personas han sobrevivido después de 5 años al Cáncer y en un menor pero un porcentaje lleno de ánimo y esperanzas para estas mujeres el 0.86% tienen sobrevivido de 1 a 2 años.

Es de relevancia saber el antecedente familiar de las pacientes para descartar origen genético. De las pacientes en estudio un 81.03% sus familiares no presentan ningún tipo de cáncer por lo que es beneficioso tanto para ellas como para las futuras generaciones. Solamente un porcentaje de 18.97% de las pacientes refieren que sus familiares presentaron cáncer dentro los cuales la mayor incidencia de los familiares es otro tipo de Cáncer con un 8.6%, seguido del Cáncer de Estomago con un porcentaje de 7.8%, luego el Cáncer de Colon y Faringe con un punto 9 % de incidencia en los familiares.

De las 116 pacientes estudiadas se observó más la frecuencia de Cáncer Cervico Uterino en Estadio III B con un porcentaje de 76.72% y un 23.28% en estadio II B. Lamentablemente se está diagnosticando cuando el estadio III B y es suficientemente grande como para bloquear los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga). El uréter derecho es bloqueado por el cáncer. El bloqueo puede hacer que el riñón se agrande o deje de funcionar. A diferencia del estadio II B el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los tejidos que rodean el útero.

Sin embargo a pesar que diagnostique en esos estadios la sobrevida de 5 años de estos pacientes es de 39.66% en general cuando se diagnostica oportunamente. (Ver gráfico 7)

La frecuencia del estadio II en comparación con la frecuencia del estadio III es de 27 con respecto a 89 pacientes en el estadio III lo que significa que a pronta detección de estadio mayor el predominio con respecto al tratamiento. (Ver gráfico 8 Y 9).

Con respecto al estadio II entre menor es el estadio mayor es el índice de sobrevida y entre mayor es el estadio menor es el índice de sobrevida de las pacientes que padecen esta enfermedad. (Ver gráfico 10 Y 11).

DISCUCION

Los resultados obtenidos por los estudios nacionales e internacionales tomados como referencia en donde prevalece la tasa de sobrevida de las pacientes con cáncer cervico uterino en un periodo de cinco años son comparables al resultado obtenido en la elaboración de este estudio, teniendo en cuenta el tiempo y el estadio son indicadores de mayor pronóstico para obtener un resultado donde se evidencie que a prontitud de tiempo sea diagnosticada la paciente mayor va hacer la sobrevida.

Un punto en común que nos delimita es cuando las pacientes no se realizan las pruebas diagnósticas que nos prevén el futuro y su oportuno manejo y que por lo tanto limita que sea atendida, otro factor limitante es la falta de acceso a la unidas hospitalaria y que por temor al diagnóstico no acuden a las unidades; no todas las mujeres corren con la misma suerte de ser tratadas oportunamente por lo que hace que aumente el descenso y no la sobrevida en el periodo estimado.

A diferencia de un punto a favor y en común entre los estudios de referencia y la elaboración de dicho tema en estudio es cuando las pacientes una vez diagnosticadas se someten al tratamiento continuo da la pauta para que la sobrevida aumente y puedan pasar esta difícil etapa de su vida, sin perder el seguimiento ya sea en unidades de atención primaria o bien en las consultas externas del segundo nivel de atención.

Tomando en cuenta que los principales factores que ayudan a que las pacientes acudan sea una pronta y positiva respuesta al tratamiento, no obstante la importancia de tener la suficiente confianza y claridad para todas sus dudas e interrogantes y así poder sobrellevar no solo el ámbito de la salud sino también la parte moral de las pacientes.

CONCLUSIONES

1. En relación a datos sociodemográficos presenta mayor relevancia las edades de 41 a 50 años, procedencia rural, nivel de primaria, estado civil acompañada con ocupación de ama de casa.
2. Dentro de los datos Gineco-Obstetricos son entre las edades de 12 a 14 años que presento menarca de prevalencia con inicio de vida sexual siendo las menores de 16 años con más de 3 parejas sexuales más de 3 gestaciones y siendo la mayoría gran múltipara predominando la cesárea y sin ningún método de planificación.
3. En conclusión podemos determinar con este estudio realizado en el Hospital Bertha Calderón Roque en base la revisión de expedientes clínicos que entre más temprano sea diagnosticado el estadio más alto será el índice de sobrevida a diferencia que entre más tarde sea diagnosticado más tarde será tratada la paciente y por lo tanto la sobrevivencia será en un menor porcentaje.

RECOMENDACIONES

Dirección y Sub-Dirección y Atención Primaria junto al Personal del Salud que le da seguimiento a las pacientes con Cáncer Cervico uterino:

- ✓ Promover la salud en nuestra población femenina señalándoles la importancia y eficacia del de Papanicolau, para la detección precoz de lesiones precursoras de cáncer cervicouterino, por medio de charlas educativas llevadas a cabo en las diferentes unidades de salud y educación en salud en la comunidad.
- ✓ Dentro de las charlas a impartir pueden abordar estos temas destacando la importancia de cada uno de ellos:
 - Retrasar el inicio de la actividad sexual hasta el fin de la adolescencia o después
 - Limitar el número de parejas sexuales
 - Practicar relaciones sexuales con protección mediante preservativos y barreras bucales
 - Evitar las relaciones sexuales con personas que obviamente presentan verrugas genitales u otros síntomas
 - Dejar de fumar
 - Fortalecer la educación sexual a nivel primario para mejorar las consejerías en cuanto a la planificación familiar.

Autoridades del Hospital Bertha Calderón Roque:

Médicos de Bases y Oncólogos del Hospital Bertha Calderón Roque.

- ✓ Coordinar de forma estricta con su personal de apoyo un seguimiento estricto a pacientes a través del trabajo de terreno aquellas pacientes que fueron dadas de alta y que acuden a su seguimiento.

- ✓ Crear un mecanismo de formación y educación a la población de la Consulta Externa de Oncología junto a la Sub-Dirección docente en referencia al tema brindando a diario educación sobre la importancia de la realización de sus exámenes y acudir a su control de seguimiento.
- ✓ Para las mujeres que tienen un alto riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, se recomienda realizar las pruebas de detección a una edad más temprana y con una frecuencia mayor que en el caso de las mujeres que tienen un riesgo promedio de sufrir cáncer de cuello uterino.

○ BIBLIOGRAFÍA

ASCO: American Society of Clinical Oncology. (© 2005-2018). Recuperado el 15 de Enero de 2019, de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/estad%C3%ADsticas>.

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER <https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cuello-uterino-cervix/pronostico>

Cáncer, L. S. (5 de February de 2019). Tasas de supervivencia para el cáncer de cuello uterino según la etapa. (permissionrequest@cancer.org.) Recuperado el 13 de Febrero de 2019, de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/supervivencia.html>

Cendales, R. (2009). Supervivencia de pacientes con cáncer de cuello uterino tratadas en el Instituto Nacional de Cancerología. (C. Pardo, Ed.) Biomedica, Vol. 29 Núm. 3 (2009), 437-447. doi:<https://doi.org/10.7705/biomedica.v29i3.2>

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

Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de EE. UU.
Actualización: 5 de Abril de 2021

Manual de Normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. Nº 6. Organización Panamericana de la Salud. 2015.

Marquiño, D. W. (2019). OPS-OMS Nicaragua. Recuperado el 20 de Enero de 2019, de Coordinador de Prevención y Control de Enfermedades: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=647-boletin-informativo-sobre-cancer&Itemid=235

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

Ortiz-Barboza, A. (18 de Oct. de 2005). Sobrevida en pacientes con pacientes de cancer de Cervix. (L. C. Commons, Ed.) Acta Médica Costarricense, vol.47 n.4. Recuperado el 12 de Febrero de 2019, de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022005000400006

Organización Panamericana de la Salud. Una breve sinopsis de la situación del cáncer cervical en América Latina y el Caribe. PAO 2001. Disponible en: [http://www.PAHO.Org/English/hdwl/cervical cáncer](http://www.PAHO.Org/English/hdwl/cervical%20cancer).

Prevención del Cáncer Cervicouterino. Alliance for Cervical Cancer Prevention ACCP de la Organización Panamericana de la salud. Mayo 2014.

Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela *versión impresa* ISSN 0048-7732
Rev Obstet Ginecol Venez v.68 n.2 Caracas jun. 2017, Seguimiento y sobrevida de pacientes con carcinoma invasor del cuello uterino.

ANEXOS



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – Managua
Facultad de Ciencias Médicas
Recinto Universitario Rubén Darío



Hoja de Recolección de Datos

Índice de sobrevida de pacientes con cáncer cérvico uterino en etapa II B y III B del servicio de Oncología del Hospital Berta Calderón Roque en el periodo 2014-2019

N°

I. Datos generales

Edad: <20 21-30 31-40 41-50 >51 años

Procedencia: Urbano Rural

Escolaridad: Primaria Secundaria Universidad Analfabeta

Estado Civil: Soltera Casada Acompañada Unión estable

Ocupación: Ama de casa Negocio propio Estudiante Asalariada

II. Características Gineco- Obstétricas

Menarca: 12 a 14 años 15 a 17 años

IVSA: <16 16 – 20 >20

N° de compañeros sexuales: 1 2 > 3

Gesta: Nuligesta Primigesta Bigesta Multigesta

Paras: Nulípara Primípara Multípara Gran multípara

Aborto: Si No

Cesárea: Si No

Planificación Familiar: Oral DIU Inyectable Condó Otros

No planifica

PAP Anterior: Normal Anormal No se hizo

Patologías asociadas.

Ha presentado usted una de las siguientes enfermedades:

- Sífilis Gonorrea Clamidia Herpes Hepatitis B Hepatitis C
 VIH

Frecuencia presenta estas infecciones vaginales?

- Nunca A veces Frecuentemente Siempre

Antecedentes Personal

Antecedente de cáncer cervico uterino Sí No

¿Qué tipo de cáncer ha tenido? Mama Colon Estomago Faringe
 Otro

¿Se le detecto a tiempo? Sí No

Ha presentado alguno de estos síntomas:

- Sangrado transvaginal mas dolor en bajo vientre
- Manchas de sangre o sangrado leve entre o después de la menstruación
- Sangrado menstrual que es más prolongado y abundante que lo habitual
- Sangrado después del coito, el lavado genital o el examen pélvico
- Mayor secreción vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sangrado después de la menopausia
- Dolor de espalda y/o pélvico persistente y sin razón aparente
- Masa pélvica

Prueba diagnóstica cáncer cervico uterino según expediente

PAP Colposcopia Biopsia

¿En qué estadio le diagnosticaron el Cáncer Cervico uterino?

II B III B

¿Qué año le diagnosticaron el Cáncer cervico uterino?

¿Una vez diagnosticado el cáncer con que fue tratado?

Medicamento Cirugía Radioterapia y quimioterapia Tratamiento Paliativo

¿Cuánto tiempo le duro el cáncer?

1 a 2 años 2 años y medio 3 a 5 años 5 a 7 años

¿Cuánto tiempo lleva bajo tratamiento?

1 a 2 años 1 a 3 años 4 a 5 años

¿Cuánto tiempo lleva de alta y está bajo seguimiento?

1 a 2 años 1 a 3 años 4 a 5 años

Antecedente Familiar

¿Algún familiar ha tenido cáncer cervico uterino? Sí No

¿Qué tipo de cáncer ha tenido? Mama Colon Estomago Faringe

Otro

¿Qué tratamiento recibió?

Cirugía Radioterapia Quimioterapia Tratamiento Paliativo

“Sobrevivencia de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B servicio de Oncología, Hospital Bertha Caldero Roque periodo 2014-2019”

Tabla N° 1 (a) Datos sociodemográficos de las pacientes en estudio en Frecuencia y Porcentaje.

N° 116		
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
21 A 30 años	11	9.5
31 a 40 años	25	21.6
41 a 50 años	49	42.2
Mayor de 50 años	31	26.7
TOTAL	116	100%
PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Urbano	53	45.7
Rural	53	54.3
TOTAL	116	100%
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Primaria	50	43.10
Secundaria	26	22.41
analfabeta	40	34.48
TOTAL	116	100%
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Soltera	25	21.6
Casada	38	32.8
Acompañada	53	45.7
TOTAL	116	100%
OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Amada de casa	101	87.1
Negocio propio	15	12.9
TOTAL	116	100%

Fuente: Expedientes clínicos.

“Sobrevivencia de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B servicio de Oncología, Hospital Bertha Caldero Roque periodo 2014-2019”

Tabla N° 2 (a) Datos Gineco-obstétricos de las pacientes en estudio en Frecuencia y Porcentaje N°116

MENARCA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
12 A 14 años	89	76.7
15 a17 años	27	23.3
TOTAL	116	100%
IVSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Menor de 16 años	57	49.1
16 a 20 años	49	42.2
Mayor de 20 años	10	8.6
TOTAL	116	100%
NUMERO DE PAREJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1	2	1.7
2	54	46.6
Más de 3	60	51.7
TOTAL	116	100%
NUMERO DE GESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
1	2	1.7
2	54	46.6
Más de 3	60	51.7
TOTAL	116	100%
NUMERO DE PARIEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Primípara	3	2.6
Múltipara	55	47.4
Gran múltipara	58	50.0
TOTAL	116	100%
NUMERO DE CESAREA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Si	17	14.7
No	99	85.3
TOTAL	116	100%
PLANIFICACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Oral	22	19
Inyectable	18	15.5
Condón	21	18.1
No planifica	55	47.4
TOTAL	116	100%

Sobrevivencia de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B servicio de Oncología, Hospital Bertha Caldero Roque periodo 2014-2019”

Tabla N° 2 (b) Datos Gineco-obstétricos de las pacientes en estudio en Frecuencia y Porcentaje

N°116

REALIZACION PAP	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Normal	40	34.5
Anormal	29	25
No se hizo	47	40.5
TOTAL	116	100%
INFECCIONES VAGINALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Ninguna	35	30.2
Gonorrea	18	15.5
Clamidia	7	6.0
Herpes	14	12.1
No sabe	42	36.2
TOTAL	116	100%
FRECUENCIA DE INFECCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
A veces	18	15.5
Frecuentemente	20	17.2
Siempre	1	.9
Nunca	33	28.4
No sabe	44	37.9
TOTAL	116	100%

Fuente: Expediente clínico.

Sobrevivencia de las pacientes con cáncer cervico uterino en etapa II B y III B servicio de Oncología, Hospital Bertha Caldero Roque periodo 2014-2019”

Tabla N° 3 Índice de sobrevida de las pacientes en estudio en Frecuencia y Porcentaje

AÑOS DE TRATAMIENTO	ESTADIO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 años	4	14.8
1 a 3 años	6	22.2
4 a 5 años	17	62.9
TOTAL	27	100%

AÑOS DE TRATAMIENTO	ESTADIO III	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 años	9	10.1
1 a 3 años	25	28.0
4 a 5 años	55	61.7
TOTAL	89	100%

AÑOS DE TRATAMIENTO N° 27	ESTADIO II SOBREVIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 años	2	20%
1 a 3 años	2	30%
4 a 5 años	1	17%

AÑOS DE TRATAMIENTO N° 89	ESTADIO III SOBREVIDA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 a 2 años	7	77.6%
1 a 3 años	8	53%
4 a 5 años	3	5.4%

Fuente: Expediente Clínico

Tabla 1

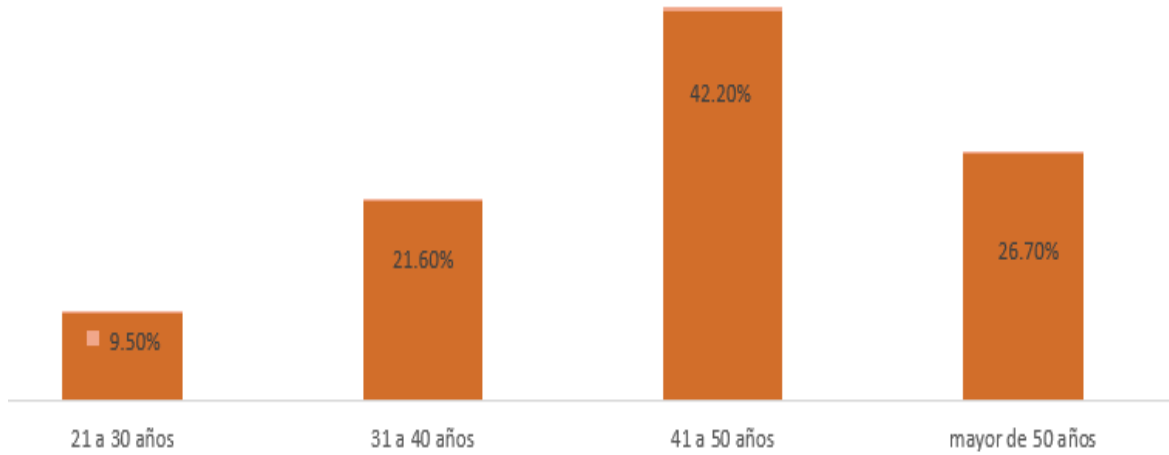
Distribución porcentual de la edad de pacientes con diagnóstico de CACU. Servicio de Oncología, Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
21 a 30 años	11	9.5
31 a 40 años	25	21.6
41 a 50 años	49	42.2
Mayor de 50 años	31	26.7
Total	116	100

Fuente: Expediente Clínico

Grafico # :1

Distribución porcentual de la edad de pacientes con diagnóstico de CACU.
Servicio de Oncología, Hospital Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019



Fuente: Tabla 1

Tabla 2

Inicio Vida Sexual Activa de las pacientes con diagnóstico de CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>IVSA</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Menor de 16 años</i>	<i>57</i>	<i>49.1</i>
<i>16-20 años</i>	<i>49</i>	<i>42.2</i>
<i>Mayor de 20 años</i>	<i>10</i>	<i>8.6</i>
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 2

Inicio Vida Sexual Activa de las pacientes con diagnóstico de CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019



Fuente: Tabla 2

Tabla 3

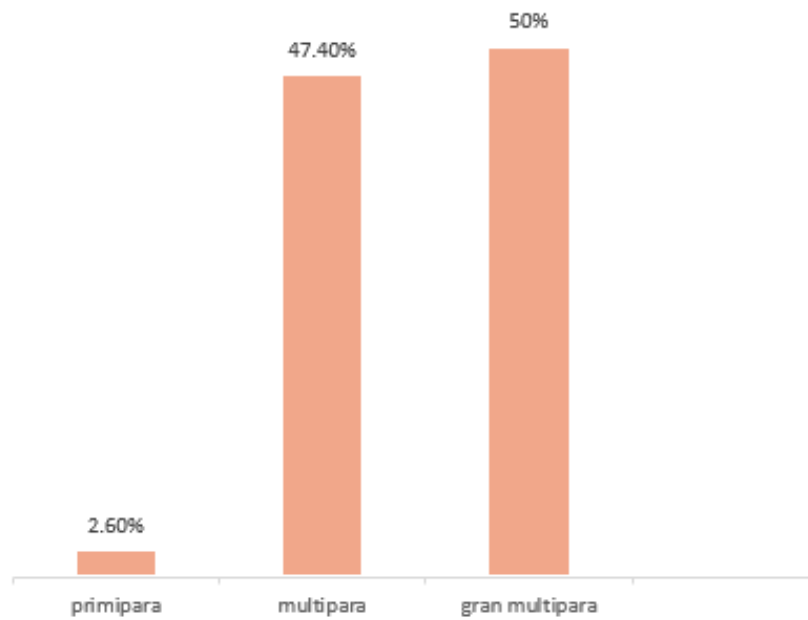
Número de paridad de las pacientes con diagnóstico de CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>N° de paridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>Primípara</i>	3	2.6
<i>Multípara</i>	55	47.4
<i>Gran multípara</i>	58	50.0
<i>Total</i>	116	100

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 3

Número de paridad de las pacientes con diagnóstico de CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.



Fuente: Tabla 3

Tabla 4

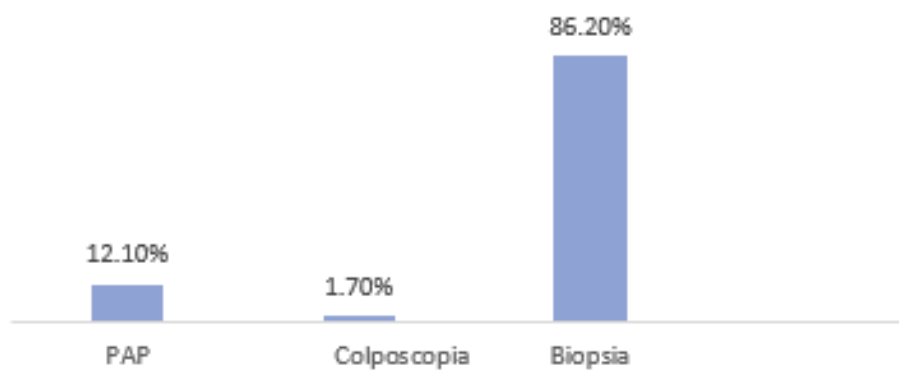
Prueba con que les diagnosticaron a las pacientes CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Prueba Diagnóstica</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>PAP</i>	<i>14</i>	<i>12.1</i>
<i>Colposcopia</i>	<i>2</i>	<i>1.7</i>
<i>Biopsia</i>	<i>100</i>	<i>86.2</i>
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 4

**Prueba con que les diagnosticaron a las
pacientes CACU del Servicio de Oncología,
Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el
periodo 2014-2019.**



Fuente: Tabla 4

Tabla 5

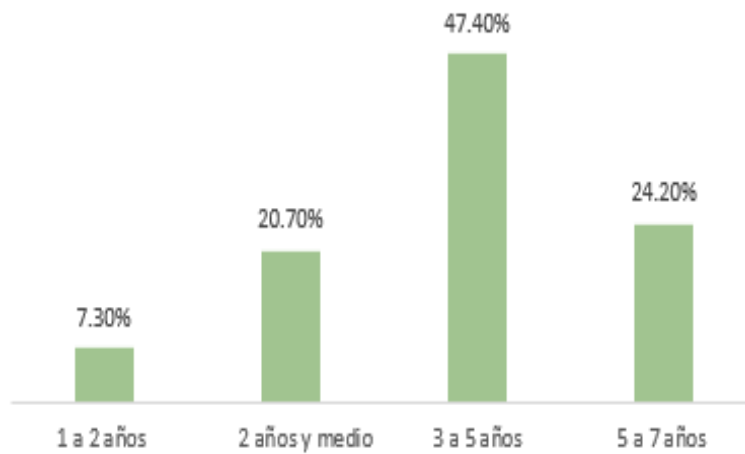
Duración del CACU de las pacientes del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Duración del CACU</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>1 a 2 años</i>	<i>9</i>	<i>7.3</i>
<i>2 años y medio</i>	<i>24</i>	<i>20.7</i>
<i>3 a 5 años</i>	<i>55</i>	<i>47.4</i>
<i>5 a 7 años</i>	<i>28</i>	<i>24.2</i>
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 5

Duración del CACU de las pacientes del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.



Fuente: Tabla 5

Tabla 6

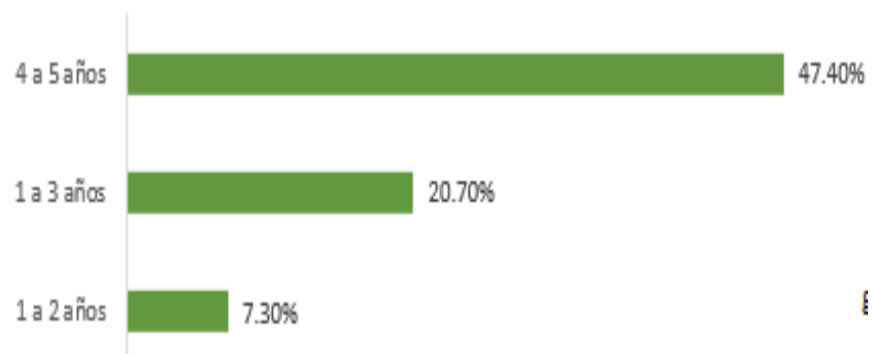
Años de Tratamiento de las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Años de tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>1 a 2 años</i>	<i>9</i>	<i>7.3</i>
<i>1 a 3 años</i>	<i>24</i>	<i>20.7</i>
<i>4 a 5 años</i>	<i>55</i>	<i>47.4</i>
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 6

Años de Tratamiento de las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.



Fuente: Tabla 6

Tabla 7

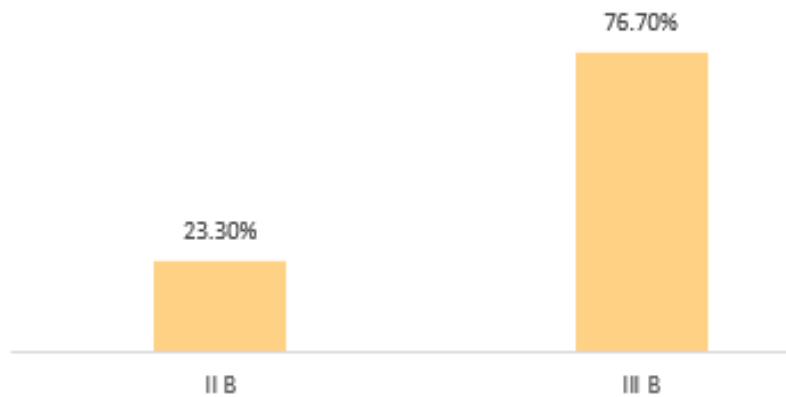
Estadios que más presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Estadio</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>II B</i>	<i>27</i>	<i>23.3</i>
<i>III B</i>	<i>89</i>	<i>76.7</i>
<i>Total</i>	<i>116</i>	<i>100</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 7

Estadios que más presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019



Fuente: Tabla 7

Tabla 8

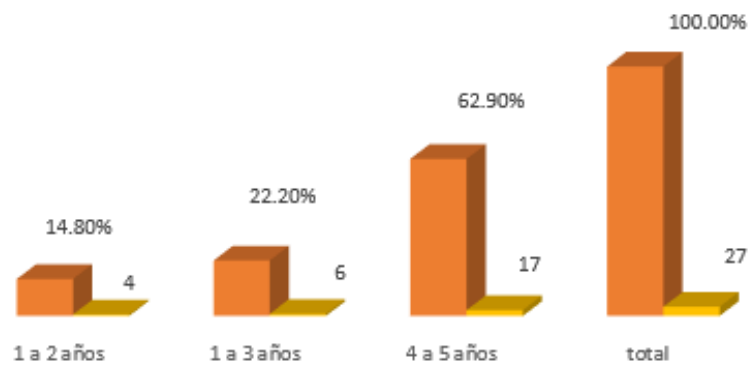
Índice de Frecuencia del estadio II que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Año de tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>1 a 2 años</i>	<i>4</i>	<i>14.8</i>
<i>1 a 3 años</i>	<i>6</i>	<i>22.2</i>
<i>4 a 5 años</i>	<i>17</i>	<i>62.9</i>
<i>Total</i>	<i>27</i>	<i>100%</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 8

Índice de Frecuencia del estadio II que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.



Fuente: Tabla 8

Tabla 9

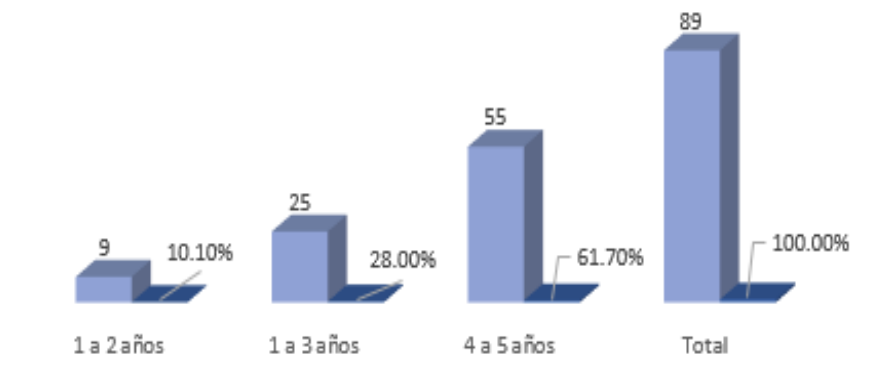
Índice de Frecuencia del estadio III que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Año de tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>1 a 2 años</i>	<i>9</i>	<i>10.1</i>
<i>1 a 3 años</i>	<i>25</i>	<i>28.0</i>
<i>4 a 5 años</i>	<i>55</i>	<i>61.7</i>
<i>Total</i>	<i>89</i>	<i>100%</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 9

Índice de Frecuencia del estadio III que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.



Fuente: Tabla 9

Tabla 10

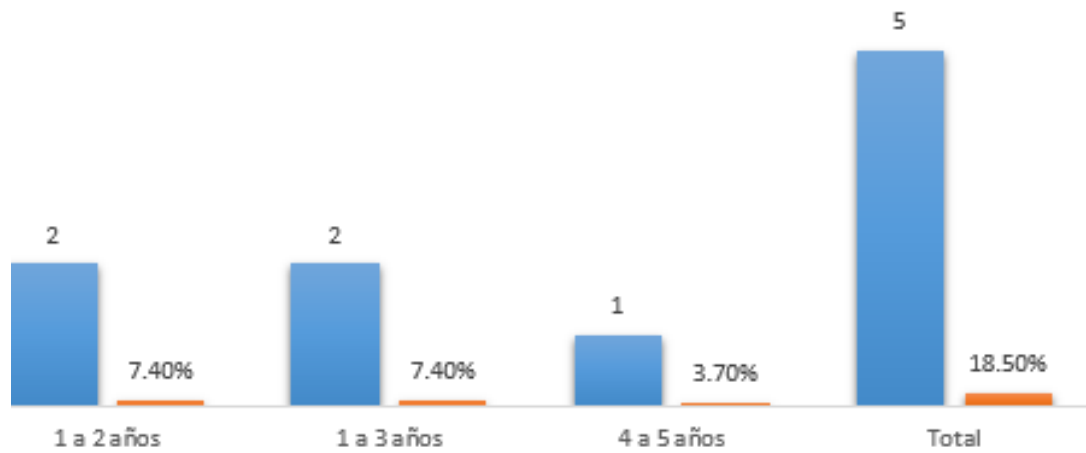
Índice de Sobrevida del estadio II que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019.

<i>Año de tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>1 a 2 años</i>	<i>2</i>	<i>7.4</i>
<i>1 a 3 años</i>	<i>2</i>	<i>7.4</i>
<i>4 a 5 años</i>	<i>1</i>	<i>3.7</i>
<i>Total</i>	<i>5</i>	<i>18.5%</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 10

Índice de Sobrevida del estadio II que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019



Fuente: Tabla 10

Tabla 11

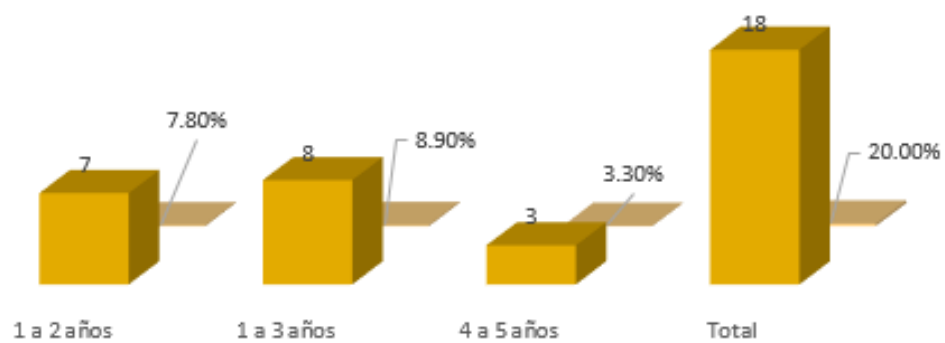
Índice de Sobrevida del estadio III que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019

<i>Año de tratamiento</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
<i>1 a 2 años</i>	<i>7</i>	<i>7.8</i>
<i>1 a 3 años</i>	<i>8</i>	<i>8.9</i>
<i>4 a 5 años</i>	<i>3</i>	<i>3.3</i>
<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>20%</i>

Fuente: Expediente Clínico

Grafico 11

Índice de Sobrevida del estadio III que presentaron las pacientes diagnosticadas con CACU del Servicio de Oncología, Hospital Escuela Bertha Calderón Roque en el periodo 2014-2019



Fuente: Tabla 11

Fuente: Expediente Clínico