



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES-UNAN Managua**



**MAESTRIA EN EPIDEMIOLOGÍA
2018 - 2020**

**Informe final de tesis para optar al título de
Master en Epidemiología**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON CÁNCER
CERVICOUTERINO, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE,
TEGUCIGALPA, HONDURAS, DE ENERO A NOVIEMBRE 2019.**

**Autora:
Maris Jeaneth Corrales Chavarría
Licenciada en Enfermería**

**Tutor:
MSc. Francisco Mayorga
Docente e investigador**

Managua, Nicaragua, septiembre 2022

CONTENIDO

RESUMEN.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
I.INTRODUCCION.....	1
II.ANTECEDENTES	2
III.JUSTIFICACIÓN	3
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
V.OBJETIVOS.....	5
VI.MARCO TEORICO	6
VII.DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
VIII.RESULTADOS	20
IX.CONCLUSIONES	38
X.RECOMENDACIONES	39
XI.BIBLIOGRAFIA	40
XII.ANEXOS	43

RESUMEN

Objetivo: Caracterizar clínicamente a las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Diseño: Se realizó estudio descriptivo, transversal, cuantitativo donde se revisaron 37 expedientes clínicos. Se utilizó instrumento de investigación para detallar la caracterización sociodemográfica y ginecológica de las mujeres con cáncer cervicouterino, características clínicas y tratamiento utilizado, la recolección de datos y tabulación fueron realizadas por la investigadora en los meses de noviembre de 2019 a febrero de 2020.

Resultados: La edad fue de 18 a 75 años con una media 35.2 años, la edad más afectada fue de 58-67 años en el 30.5% (11); estado civil: unión libre en el 44.4% (16); nivel educativo en primaria en el 55.6% (21); ama de casa en el 83.3% (31); inicio de vida sexual activa de 15 a 18 años en el 25.0% (9); 1 pareja sexual en el 50.0% (18); 3 a 4 embarazos en el 50.0% (18); última citología realizada hace más de un año en el 33.3% (12); uso de anticonceptivos orales en el 8.3% (3); reporte de citología para NIC II y NIC III en el 11.1% (4); diagnóstico histopatológico de cáncer epidermoide escamoso en el 65.5% (24); características clínico-ginecológicas: hemorragias irregulares en el 21.6% (7); tratamiento: radioterapia en el 64.9% (23) de los casos.

Conclusiones: El cáncer cervicouterino siendo una patología frecuente en mujeres en edad fértil, es descuidada por factores socioeconómicos, culturales y demográficos avanzando a estadios críticos de la enfermedad, aplicando tratamientos sistémicos para la resolución de la enfermedad.

Palabras clave: cáncer cervicouterino, manifestaciones clínicas, tratamiento

Correo electrónico del autor: corraleschavarria08@gmail.com

DEDICATORIA

Acto que dedico a Dios todopoderoso por darme sabiduría y permitir culminar mis estudios.

A mis padres Jorge Corrales y Vicenta Chavarría por su apoyo incondicional en todos los aspectos.

A mis hermanos Suyapa, Jorge, por estar conmigo siempre.

A mis hijos Daniel, Arturo, Oscar, Jackie y Eunice, y mi esposo Rutilio por su gran apoyo, dedicación y amor que me brindaron en este proceso.

MARIS JEANETH CORRALES CHAVARRIA.

AGRADECIMIENTOS

A Dios todo poderoso por darme cada instante de vida con salud y recibiendo sus bendiciones en todos los aspectos.

A mis padres, hijos, hermanos, esposo, tía, nueras, primos por el apoyo incondicional en todo el tiempo que duró este proceso de estudio.

A todos mis docentes porque nos transmitieron sus conocimientos con el propósito de prepararnos ante la vida para beneficio de mi país.

A mis compañeros de Maestría por el apoyo brindado y por pasar lindos momentos inolvidables.

A mi Asesor de tesis el Magister Francisco Mayorga Marín por su apoyo permanente, aprendí mucho de usted maestro. Muchas gracias.


CARTA AVAL DEL TUTOR

Por este medio hago constar que luego de haber acompañado en las diferentes etapas del proceso de elaboración de tesis, el informe final de investigación de tesis se encuentra conforme a lo que establece la guía metodológica para elaborar tesis de posgrado del CIES-UNAN Managua. Así como el cumplimiento del reglamento del sistema de estudios de posgrado y educación continua SEPEC- UNAN-MANAGUA. Aprobado por el Consejo Universitario en sesión ordinaria No. 21-2011, del 07 de octubre 2011. De acuerdo al capítulo II sección primera, Artículo 97, inciso D y título II, Artículo 107. Inciso G. los cuales hacen referencia de la aprobación del tutor o director de tesis como requisito para proceder con el acto de defensa.

A continuación, se detallan los datos generales de la tesis:

- Nombre del programa de Maestría: Maestría en Epidemiología
- Sede y cohorte: 2018-2020 Ocotol
- Nombre del Maestrando: Maris Corrales Chavarria
- Nombre del tutor: M.Sc. Francisco José Mayorga Marín
- Título de la tesis: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES CON CÁNCER CERVICOUTERINO, HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE, TEGUCIGALPA, HONDURAS, DE ENERO A NOVIEMBRE 2019.

Dado en la ciudad de Managua, Nicaragua, a los 14 días del mes de octubre del año 2022.

Atte. 
MSc. MPH. Francisco Mayorga Marín
Salubrista-Epidemiólogo
Docente Investigador CIES-UNAN- Managua

I.INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino es un problema frecuente de salud pública en los países en vías de desarrollo, especialmente en América Latina, siendo la segunda causa de muerte en mujeres entre los 35 a 64 años de edad. El 90% de las muertes por esta causa ocurre en países de ingresos bajos a medianos. (Fernandez, 2020)

Según datos estadísticos de la secretaria de salud de Honduras (SESAL) la tasa de cáncer cervicouterino es de 29.4 por mil habitantes con 991 casos por año, lo que implica acciones concretas e inmediatas que están siendo abordadas por la SESAL con el apoyo de OPS/OMS. Hasta diciembre de 2018 se lograron hacer la prueba de VPH unas 69,690 mujeres en los establecimientos de salud de la región metropolitana del distrito central, el paraíso, resultando positivas el 14.4% (10,044 positivas al VPH), esto implica un mayor riesgo, pero también una gran oportunidad para la prevención primaria. (OPS Honduras, 2018)

La mayor concentración poblacional, deficientes vías de comunicación y escasos recursos médicos explican el predominio de cáncer cervicouterino en las regiones sanitarias de Honduras. El limitado volumen de biopsias malignas diagnosticadas en el instituto hondureño de seguridad social (IHSS) es afectado por la escasa toma de biopsias en la institución, también influenciado por el extravío de los archivos en el IHSS en san pedro sula. (Bueso Ramos, Castillo Hernandez, & Alvarado, 1983)

El siguiente estudio evaluará la caracterización clínica de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino que asistieron al Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras de enero a noviembre de 2019.

II. ANTECEDENTES

(Ruiz, y otros, 2017) El cáncer cervical (CC) es una enfermedad prevenible, siendo un problema frecuente de salud pública. En Latinoamérica y el Caribe, el CC ocupa el segundo lugar entre las neoplasias más comúnmente diagnosticadas en mujeres. En el Perú, es el cáncer más frecuente en mujeres, con 4636 casos nuevos y 1715 muertes anuales.

(Rodríguez Gudiel & Carolina Bustillo, 2020) Se publicó una revisión sobre la citología cervical como método de tamizaje, haciendo énfasis en la técnica de toma de la misma y proporción de una guía para la interpretación adecuada del informe citológico, introduciendo el sistema de Bethesda, el cual es en la actualidad la guía utilizada para describir los resultados.

(Rodríguez Gudiel & Carolina Bustillo, 2020) Gran cantidad de evidencia implica a la infección por VPH como agente causal en el desarrollo del cáncer cervicouterino; mientras que la mayoría de las infecciones resuelven sin consecuencias a largo plazo, las infecciones persistentes pueden llevar a una lesión precursora de alto grado de las cuales alrededor del 30% pueden progresar a cáncer invasor, en periodos prolongados de 30 años.

(Rodríguez Gudiel & Carolina Bustillo, 2020) La Secretaría de Salud de Honduras (SESAL) actualizó el protocolo de detección, pautas del manejo y referencia de pacientes con lesiones cervicales asociadas a virus papiloma humano (VPH), permitiendo estrategias que amplíen la cobertura a regiones de difícil acceso, evaluación por médico especialista, realización de estudios de anatomía patológica y estrategia de vacunación contra VPH a niñas menores de 12 años, estrategia que inició en mayo de 2016.

III. JUSTIFICACIÓN

Este trabajo aspira a establecer el perfil clínico de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe (HESF). Se necesita generar mayor conciencia en la población femenina respecto a la realización del tamizaje cervical, el diagnóstico y manejo de lesiones precursoras de bajo grado, alto grado y los factores de riesgo asociados a esta patología en específico.

Se necesitan mayores estudios para poder precisar el diagnóstico de las neoplasias malignas específicas en cada región sanitaria de Honduras, logrando detectar los factores de riesgo asociados hacia esta enfermedad de carácter prevenible en la población femenina.

Este estudio pretende crear interés en la comunidad científica para continuar con las investigaciones sobre las características clínicas y sociodemográficas predominantes en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, logrando la detección oportuna de la enfermedad mediante el tamizaje cervical y pruebas de detección del VPH; aplicando el manejo oportuno a lesiones intraepiteliales de bajo grado y alto grado mediante técnicas no invasivas para la resolución de esta patología en estadios tempranos de la enfermedad y poder mejorar la aplicación de tratamientos sistémicos en el manejo de pacientes con estadios avanzados de cáncer cervicouterino. Logrando aportar conocimientos de interés en específico para lanzar políticas públicas que mejoren la calidad de vida de las pacientes afectadas y la población en general.

Esperando que este trabajo de investigación sea útil para que las autoridades competentes logren tomar decisiones adecuadas en base a los resultados obtenidos, al contar con un perfil clínico adecuado de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, permitiendo tomar medidas oportunas para reducir los costos en tratamiento y disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad en la población femenina.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la organización mundial de la salud (OMS), el cáncer cervicouterino (CaCu) es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer. Se calculó que en 2018 hubo 570,000 nuevos casos, que representaron el 7.5% de la mortalidad femenina por cáncer. De las cuales aproximadamente 311,000 defunciones por CaCu se registraron cada año, más del 85% de estas defunciones se producen en los países en vías de desarrollo, existiendo un acceso limitado a estas medidas preventivas. A menudo el cáncer cervicouterino se detecta en fases más avanzadas ya con sintomatología clínica evidente. Además, el acceso al tratamiento en la fase avanzada de la enfermedad es limitado, por lo que la tasa de mortalidad es más alta.

En Honduras el CaCu representa el 50% de los tumores malignos que afectan a la población femenina, con tasas de incidencia y mortalidad de 30.6 y 17.2 por 100,000 habitantes, (alrededor de 900 casos y 410 defunciones anualmente). Es el más frecuente de todos los tipos de cáncer atendidos en la institución pública con el 27.1% (379) de los casos; el estadio clínico al diagnóstico correspondió al 37.9% a cáncer local, el 22.5% a cáncer diseminado, el 20.34% a cáncer in situ, y un 19% no reportado.

Con todo lo anterior se considera de vital importancia saber ¿Cómo se caracterizan clínicamente las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino que acudieron al Hospital de Especialidades San Felipe en el periodo comprendido de enero a noviembre de 2019?

Asimismo, dar respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe desde enero a diciembre de 2019?
2. ¿Cuál son las características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino?
3. ¿Cuál es el tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe en el período de estudio?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar clínicamente a las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en Hospital de Especialidades San Felipe de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de cérvix atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe. Enero a noviembre 2019.
2. Establecer las características clínicas en los pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino.
3. Determinar el tipo de tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, en el período de estudio.

VI. MARCO TEORICO

Definición

El cáncer de cuello uterino es una causa de muerte alarmante en las mujeres a nivel mundial. La historia del cáncer de cérvix inicia en la década de los 70 donde el científico alemán Harald zur Hausen retomó la hipótesis de que el cáncer de cérvix era producido por un virus de transmisión sexual, debido a este descubrimiento en la actualidad se dispone de vacunas capaces de evitar un número importante de infecciones relacionadas con el cáncer de cuello de útero. (Solano Mora, Solano Castillo, & Gamboa Ellis, 2020)

Hoy en día, el cáncer cervicouterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo, cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiados. No obstante, los programas de prevención en América Latina y el Caribe han tenido poco o ningún éxito. (Merle J, 2004)

Epidemiología

El crecimiento acelerado de la población, el aumento de la edad y la transición epidemiológica son factores determinantes para el incremento del cáncer en todo el mundo. La incidencia se ha incrementado a 18.1 millones de casos nuevos en el año 2020, según del Informe de GLOBOCAN 2018, con estimaciones de (IARC). Las tasas de incidencia más altas se observan en América del Norte, el norte y el oeste de Europa (especialmente en Dinamarca y los Países Bajos) y Australia/Nueva Zelanda, con Hungría encabezando la lista. Con un estimado de 570,000 casos y 311,000 muertes en 2018 en todo el mundo, esta enfermedad se ubica como el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia y la cuarta causa principal de muerte por cáncer en las mujeres. El cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad detrás del cáncer de mama en entornos con IDH más bajo; sin embargo, es el cáncer más comúnmente diagnosticado en 28 países. El cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia más común en mujeres de América Latina, con estimaciones de 72,000 casos anuales. La incidencia en la región es de 24.3 casos por 100,000 mujeres, países por

arriba son: Bolivia, Guyana, Paraguay, Jamaica, Belice, Surinam, Venezuela, Perú, Nicaragua y Guatemala. La mortalidad estimada en la región presenta una tasa de 11.9 defunciones por 100,000 mujeres. Países por arriba de la tasa de la región son: Jamaica (33.5), Bolivia (31.7), Guaymas (28.8), Belice (27.0), Paraguay (26.6), Surinam (23.8), Nicaragua (22.1), Honduras (20.9), Haití (20.7), Guatemala (19.5). (C.P., 2019)

En Honduras el cáncer constituyó la quinta causa de muerte en 1989 sin embargo la verdadera incidencia y mortalidad son difíciles de precisar ya que hasta en el 50% las causas de muerte son mal definidas en los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en hospitales estatales. Tampoco se ha llevado un control estricto de las enfermedades neoplásicas. Solo hasta recientemente contamos con un registro de tumores auspiciado por el Ministerio de Salud Pública (MSP). El cáncer de cérvix es una enfermedad curable cuando se detecta en forma temprana, pero continúa causando estragos en nuestra población femenina, detectándose la mayoría de los casos en forma avanzada. En la mujer el cáncer del cuello uterino ocupó la mayor frecuencia seguida por cáncer de piel y de mama con un porcentaje de 53.6%, 8.7%, y 6.4% respectivamente del total de número de casos. (Sanchez, Duarte, & Mojica, 1992)

Fisiopatología

Para que ocurra la infección y se produzca el cáncer de cuello uterino el VPH debe estar presente. Las mujeres sexualmente activas tienen un alto porcentaje de desarrollar la infección por VPH. Pero, el 90% aproximadamente de las infecciones por VPH desaparecen por sí solas en aproximadamente meses a pocos años y no dejan secuelas. En promedio, solo el 5% de las infecciones por VPH resultara en el desarrollo de lesiones grado 2 o 3 de CIN. Solo el 20% de las lesiones CIN 3 progresan a cáncer cervical invasivo dentro de los 5 años, y solo el 40% de las lesiones CIN 3 progresan a cáncer cervical invasivo con 30 años. Se han involucrado otros factores en el proceso de carcinogénesis, porque solo una pequeña proporción de las infecciones por VPH progresa al cáncer. La posibilidad de existir una posible interacción directa entre los anticonceptivos orales y la infección por VPH no ha sido contradicha. De todas maneras, el uso de anticonceptivos orales durante o más de 5 años se ha asociado con un mayor

riesgo de CA útero, y el mayor riesgo puede darse a mayor eventos de infección por VPH en las mujeres sexualmente activas. (Arevalo, Arevalo Salazar, & Villarroel Subieta, 2017)

La susceptibilidad genética es menor del 1% de los cánceres cervicales. Las mujeres con un pariente biológico en primer grado con CA tienen un riesgo relativo de 2 veces de desarrollar un tumor. Los genes del antígeno leucocitario humano (HLA) están implicados de diversas maneras. Algunas anomalías de los genes HLA se asocian con un mayor riesgo de infección por VPH progresando al cáncer; otros con un efecto protector. El Receptor de Quimiocina-2 (CCR2) de genes en el cromosoma 3p21 y el Fas gen en el cromosoma 10q24.1 también pueden influir en la susceptibilidad genética al cáncer cervical, mediante la interrupción de la respuesta inmunológica al VPH. Los cambios genéticos en varias clases de genes se han relacionado con el cáncer cervical. Los factores TNFa-8, TNFa-572, TNFa-857, TNFa-863 y TNF G-308A se han asociado con una mayor incidencia de cáncer de cuello uterino. Polimorfismos en otro gen implicado en la apoptosis y la reparación de genes, Tp53, se han asociado con un aumento de la tasa de infección por VPH progresando a cáncer de cuello uterino. El gen CASP8 (también conocido como FLICE o MCH5) tiene un polimorfismo en la región promotora que se ha asociado con un menor riesgo de cáncer cervical. Las modificaciones epigenéticas también pueden estar implicadas en el cáncer cervical. La metilación es el mejor entendido y probablemente el mecanismo más común del modelado epigenético del ADN en el cáncer. Los patrones aberrantes de metilación del ADN se han asociado con el desarrollo del cáncer de cuello uterino y pueden albergar pistas importantes para el desarrollo del tratamiento. Los VPH que infectan el cuello uterino humano se dividen en dos grandes categorías de riesgo: Los tipos de bajo riesgo (por ejemplo, HPV 6 y 11) están asociados con condilomas y un número muy pequeño de lesiones epiteliales escamosas de bajo grado (SIL), pero nunca se encuentran en el cáncer invasivo. Los tipos de alto riesgo (por ejemplo, VPH 16) varían en la prevalencia de acuerdo con el estado de la enfermedad cervical. Tras la integración en el genoma humano, la alineación del ADN de alto riesgo del VPH coloca los genes E6 y E7 en una posición de replicación mejorada. E7 se une e inactiva la proteína Rb mientras que E6 se une a p53 y dirige su degradación, y la pérdida funcional de los genes TP53 y RB conduce a resistencia a la apoptosis, causando el crecimiento celular no censurado después del daño del ADN. Esto

finalmente resulta en la progresión a la malignidad. (Arevalo, Arevalo Salazar, & Villarroel Subieta, 2017)

Factores de Riesgo

Aunque los factores de riesgo para la persistencia y progresión a cáncer no se han determinado con precisión, se identifican evidencias de algunos potenciales cofactores. Estos pueden agruparse en tres categorías:

Cofactores ambientales o exógenos: incluyendo consumo de tabaco, uso a largo plazo de anticonceptivos orales, alta paridad y coinfección con otras enfermedades de transmisión sexual.

Cofactores virales: tales como infección por tipos específicos del HPV, coinfección con otros tipos del HPV, variantes del HPV, carga viral e integración viral.

Cofactores del huésped: incluyendo hormonas endógenas, factores genéticos y otros factores relacionados con la respuesta inmunológica, embarazo a término en edades tempranas. Las mujeres con dietas bajas en frutas y verduras pueden tener un riesgo mayor de CCU. (Marañón Cardonne, Mastrapa Cantillo, Flores Barroso, Vaillant Lora, & Landazuri Llago, 2017)

En los últimos años, la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes ha motivado que un grupo de países desarrollados cambien en el programa de detección precoz la edad de inicio y la periodicidad del PAP. Los cambios han sido por la disminución de la edad de la primera relación sexual y debido a un mayor conocimiento de la etiología del HPV y su significación en el CCU. (Martinez Martinez Pinillo, y otros, 2010)

Desde 1977, investigadores de Asia, Europa, Latinoamérica y Norteamérica han confirmado los hallazgos epidemiológicos de Winkelstein. Se condujo una serie de estudios casos-contróles sobre cáncer In Situ e invasivo del cuello uterino (CU), donde los autores concluyen que las fumadoras tienen un riesgo más elevado de padecer CaCu, inclusive después de controlar el fuerte efecto del VPH y otros cofactores que intervienen en la progresión del CaCU, al comparar con el riesgo en la no fumadoras; ellos sugieren

que el CaCu tipo epidermoide se agregar a la lista de los canceres asociados al cigarrillo pero no así, el adenocarcinoma. (Nuñez Troconis, 2017)

Estadificación

El actual sistema de la tipificación clínica del CaCU en pacientes diagnosticadas por estudio histopatológico se basa en la clasificación oficial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Sin embargo, este sistema ha tenido errores del 25% en estadios tempranos y de hasta 90% en estadios tardíos de la enfermedad. Esto ha dado como resultado el empleo extraoficial de modalidades de Imagen como la Tomografía Computarizada (TC), con el fin de evaluar el estado ganglionar y otros parámetros tomográficos que podrían traducirse en lesiones avanzadas de la enfermedad que empeoran el pronóstico y que no están siendo consideradas por el sistema de la FIGO. (Motta Ramirez, Sanchez, Garcia Chavez, Laguna Sanchez, & Loera Cruz, 2006)

ESTADÍO I: El carcinoma está estrictamente confinado al cérvix (extensión al cuerpo debe ser desatendida) IA Carcinoma invasivo que puede ser diagnosticado solamente por microscopía, con invasión más profunda $\leq 5\text{mm}$ y en su más grande extensión $\geq 7\text{mm}$. IA1 Invasión estromal medida de $\leq 3\text{mm}$ en profundidad y extensión de $\leq 7\text{mm}$. IA2 Invasión estromal medida de $> 3\text{mm}$ y no $> 5\text{mm}$ con una extensión no $> 7\text{mm}$. IB Lesiones clínicamente visibles limitadas al cérvix uterino o cánceres preclínicos mayores que un estadio IA. IB1 Lesión clínicamente visible $\leq 4.0\text{cm}$ en su mayor dimensión. IB2 Lesión clínicamente visible $> 4.0\text{cm}$ en su mayor dimensión. (Chairman, 2009)

ESTADÍO II: El carcinoma cervical invade más allá del útero, pero no a la pared pélvica o al tercio inferior de vagina. IIA Sin invasión parametrial. IIA1 Lesión clínicamente visible $\leq 4.0\text{cm}$ en su mayor dimensión. IIA2 Lesión clínicamente visible $> 4.0\text{cm}$ en su mayor dimensión. IIB Con invasión parametrial obvia. (Chairman, 2009)

ESTADÍO III: El tumor se extiende a la pared pélvica y/o involucra el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o riñón no funcionante. IIIA El tumor involucra el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica. IIIB Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionante. (Chairman, 2009)

ESTADÍO IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o ha involucrado (probado por biopsia) la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema bulloso, como tal, no permite que un caso sea asignado a un Estadio IV. IVA Diseminación del crecimiento a órganos adyacentes. IVB Diseminación a órganos distantes. Todas las lesiones macroscópicamente visibles aún con invasión superficial son asignadas a los carcinomas estadio IB. La invasión está limitada a una invasión estromal medida con una profundidad máxima de 5.00mm y una extensión horizontal de no >7.00mm. Profundidad de invasión no debe ser >5.00mm tomados desde la base del epitelio del tejido original superficial o glandular. La profundidad de invasión siempre debe ser reportada en mm, aún en aquellos casos con “temprana (mínima) invasión estromal” (-1mm). En la examinación rectal, no hay espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. (Chairman, 2009)

Carcinoma Adenoescamoso

El adenocarcinoma es el segundo tumor en frecuencia que asienta a nivel del cuello uterino (10-15 frente al 85-90% del carcinoma escamoso o epidermoide). Su pronóstico suele ser peor que el del carcinoma epidermoide. Se produce a partir del epitelio cilíndrico del cuello uterino. Su aspecto es papilar y su frecuencia ha ido aumentando en los últimos años. Es un tumor menos frecuente que la variedad epidermoide a ese nivel, pero parece tener un pronóstico peor. Existe una variedad de adenocarcinoma con mejor pronóstico que suele afectar a mujeres jóvenes: el adenocarcinoma papilar villoglandular de cérvix. (Vela Flores, Turrado Sanchez, Piñeiro Vidal, & Correa Orban, 2013)

Carcinoma Micro invasor

El concepto de carcinoma microinvasivo fue introducido en 1947 por Mestwerdt, e incluía todas las lesiones neoplásicas cervicales con profundidad de invasión menor de 5 mm, medida desde la membrana basal. En 1985 la FIGO redefinió este concepto como un carcinoma preclínico invasivo diagnosticado solo al microscopio. Burghardt diferenció tres periodos latentes en la historia natural del cáncer microinvasivo:

I: entre la aparición del NIC y la primera ruptura del estroma cervical.

II: entre la primera brecha de la membrana basal y la formación de brotes reconocidos.

III: cuando estos pequeños brotes se establecen como entidades capaces de fomentar extensión. (Mora, Ruiz Camero, Miranda, & Rodriguez, 2010)

Virus del Papiloma Humano (VPH)

El VPH ahora se conoce como la mayor causa de cáncer del cuello del útero (cérvix). Algunos tipos de VPH se conocen como virus de “bajo riesgo” porque raramente se convierten en cáncer; éstos incluyen los VPH-6 y VPH-11. Los tipos de virus de papiloma humano que pueden llevar al desarrollo de cáncer se conocen como “tipos asociados con el cáncer”. Los tipos de virus más importantes de papiloma humano, transmitidos sexualmente, asociados con el cáncer en hombres y mujeres incluyen los VPH-16, VPH-18, VPH-31 y VPH-45. Estos tipos de VPH asociados con el cáncer causan crecimientos que normalmente parecen planos y son casi invisibles, comparados con las verrugas causadas por los VPH-6 y VPH-11. (Sanchez Hernandez, Huerta Pineda, Rivera Tapia, & Rosales Perez, 2005)

Diagnostico

Las pruebas de diagnóstico sistemático de la infección por el VPH pueden ser clasificadas en microscópicas (citología), visuales (colposcopia), y moleculares (PCR, hibridación, secuenciación, etc.). Gutiérrez (2011) afirma: “La citología cervical no es una técnica diagnóstica, las evidencias científicas coinciden en que posee una sensibilidad y especificidad limitada 50-60% en la detección de lesión NIC II/III, debido a que únicamente reporta si hay algún cambio citopatológico en las células, pero no confirma si la anomalía citológica es provocada por la presencia de algún genotipo de VPH en particular, específicamente los relacionados con cáncer cervicouterino. (Bermudez Perez, Cabezas Rovel, Garcia Rosales, & Gaitan Velasquez, 2015)

Ultrasonido

El ultrasonido es un método de imagen que juega un papel limitado en la etapificación del cáncer cervical. En principio utilizando el ultrasonido transabdominal para la evaluación de condiciones patológicas secundarias dadas por la invasión del tumor a estructuras vecinas, como, por ejemplo, la presencia de hidronefrosis. Quedando en muchos sentidos limitado como estudio de evaluación en las pacientes que padecen cáncer cervicouterino, es por eso que esta modalidad de imagen no es recomendada

para el estadiaje del cáncer cervical. (Chavaro Vicuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, Maruchi Garron, & Perez Zuñiga, 2009)

Tomografía Computarizada

La Tomografía Computarizada es a menudo usada en la estadificación preoperatoria y en la planificación del tratamiento del cáncer cervical. Para esta evaluación es necesario realizar el estudio con medio de contraste oral e intravenoso. (Chavaro Vicuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, Maruchi Garron, & Perez Zuñiga, 2009)

Resonancia Magnética

La Resonancia Magnética es considerada el estudio de imagen con mayor precisión para la evaluación del cáncer cervical debido a su excelente resolución de los tejidos blandos. La RM también tiene una gran efectividad tomando en cuenta el costo, ya que puede sustituir a varias modalidades de imagen. Los dos tipos de antenas más comúnmente usadas en la imagen pélvica son la antena de gradiente estándar para el cuerpo y las antenas de superficie. El papel que juega la RM en la evaluación del cáncer cervical incluye: la evaluación preoperatoria de la extensión local del tumor, así como el involucro de los nódulos linfáticos, el monitoreo de la respuesta al tratamiento y la detección de recurrencia. (Chavaro Vicuña, Arroyo Hernandez, Alcazar, Maruchi Garron, & Perez Zuñiga, 2009)

Prevención

A nivel nacional, conviene que el método integral de prevención y control del cáncer cervicouterino sea multidisciplinario. Como semejante enfoque tiene varios componentes clave que comprenden desde la educación comunitaria, la movilización social, la vacunación, la detección y el tratamiento hasta los cuidados paliativos, es importante incluir a representantes de diversas disciplinas y programas nacionales de salud tales como los de inmunización, salud reproductiva, control del cáncer y salud de los adolescentes. La vacunación contra el VPH no sustituye las actividades de detección de la presencia de cáncer cervicouterino. En los países donde se introduzca la vacuna contra el VPH, se deberán desarrollar o fortalecer programas de detección. (World Health Organization, 2013)

Vacunación VPH

Los tipos de VPH vinculados al cáncer de cuello uterino han sido denominados por consenso 'VPH de alto riesgo' y los que no están vinculados, de bajo riesgo. En los diferentes continentes del mundo encontramos que aproximadamente 70% de los cánceres de cuello uterino están vinculados al VPH-16 y VPH-18. Por otro lado, si incluimos además los otros 5 tipos más comunes de VPH (31, 33, 45, 52 y 58), nos referimos a 90% de los cánceres de cuello uterino. Esto motivó que la primera generación de vacunas, bivalente y tetravalente, sean diseñadas contra el VPH-16 y VPH-18, diferenciándose la segunda por su alta protección contra las verrugas genitales. Actualmente, ya se cuenta con una segunda generación, conocida como vacuna nonavalente, con protección de 90% contra el cáncer de cuello uterino, siendo ideal conseguir la prevención del 100%. Sin embargo, 90% de protección representaría la disminución de una gran carga de enfermedad. (Galdos Kajatt, 2018)

Tratamiento

Una vez efectuado el diagnóstico por citología, colposcopia y biopsia dirigida por colposcopia, las opciones de manejo para NIE de bajo grado varían ampliamente en el mundo, destaca la simple observación hasta terapias excisionales. Pacientes con NIE de bajo grado persistentes debieran ser tratadas, principalmente con el uso de terapias ablativas ambulatorias. Las guías de manejo para NIE de alto grado están bien establecidas. Se recomienda curetaje endocervical de no existir lesión visible en el ectocérvix. En toda paciente con NIE de alto grado confirmado por biopsia debe realizarse conización con bisturí frío o electroconización para excluir enfermedad invasora. En mujeres con cáncer invasor, se requieren test adicionales para establecer la etapa de la enfermedad. El tratamiento depende primariamente de la extensión de la lesión, y también de factores como la edad, el deseo de conservar la fertilidad y presencia de otras condiciones médicas. Virtualmente todas las pacientes con etapa IA1 sin compromiso de espacios vasculares se curan con histerectomía tipo I, o, si existe deseo de preservación de fertilidad, por conización si los márgenes están libres de enfermedad. El tratamiento recomendado para la etapa IA2 es la histerectomía radical tipo II con linfadenectomía pélvica. Como alternativa a la cirugía, las etapas IA se podrían tratar con radioterapia intracavitaria exclusiva. En los demás estadios iniciales (IB1 y IIA), los resultados

terapéuticos son buenos con cirugía (histerectomía radical tipo III con linfadenectomía pélvica) y con radioterapia pélvica externa e intracavitaria, con porcentajes de control a 5 años de 70 a 90%, siendo la primera el tratamiento de elección en mujeres jóvenes, sin obesidad ni enfermedad grave asociada. Estudios recientes de fase III randomizados que incluyeron pacientes con cáncer cervicouterino localmente avanzado, etapas IB2-IVA, y pacientes con enfermedad en etapa IB1 o IIA con linfonodos pélvicos metastásicos demostraron beneficios significativos en la supervivencia con el uso combinado de quimioterapia con cisplatino y radiación postcirugía primaria, con una reducción de la mortalidad de 30-50%. En base a estos estudios la recomendación actual es quimioradioterapia en todos los casos en que exista indicación para usar radioterapia en el tratamiento del cáncer cervicouterino. (Serman, 2002)

Promoción

La promoción de la salud es una disciplina que se entrelaza a otras ciencias ofreciendo los recursos necesarios para que la población ejerza un mayor control sobre su salud, dado por el establecimiento de las políticas de salud, creación de espacios y ámbitos propicios en la localidad, reforzamiento de la acción comunitaria con la participación de las redes sociales u organizaciones de masas, desarrollo de las aptitudes personales, a través de las oportunidades que ofrece la educación para la salud y reorientación de los servicios de salud con el programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer uterino, consultas de patología de cuello, laboratorios de anatomía patológica, entre otras. (Martinez Perez, De la Concepcion Cardenas, & Perez Gonzalez, 2014)

Por tal motivo, las acciones deben enfocarse a reducir la incidencia del cáncer cérvico uterino, mediante acciones dirigidas a fomentar estilos de vida sanos, pues los estudios epidemiológicos de las lesiones premalignas del cuello uterino han demostrado una fuerte asociación entre la práctica sexual y la aparición de tumores malignos y de estos aspectos promocionales es que adolecen los programas educativos en la prevención de factores de riesgo del cáncer cérvico uterino, según informes de la OPS. (Martinez Perez, De la Concepcion Cardenas, & Perez Gonzalez, 2014)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a. Tipo de estudio

Estudio descriptivo, de corte transversal.

b. Área de estudio

El estudio fue realizado en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre de 2019.

c. Universo

El universo del estudio estuvo constituido por 1698 pacientes atendidas en el servicio de oncología con diagnóstico de cáncer cervicouterino del Hospital de especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras en el periodo comprendido de enero a noviembre de 2019.

d. Muestra:

La muestra estuvo comprendida por 314 pacientes, pero solo se constituyó por 37 pacientes atendidas con diagnóstico de cáncer cervicouterino en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras en el periodo comprendido de enero a noviembre de 2019.

e. Unidad de análisis

Todas las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe.

f. Criterios de selección

Criterios de inclusión

Todas las pacientes con expediente y diagnostico histopatológico confirmado de cáncer cervicouterino que fueron valoradas en el servicio de oncología de adultos, del Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo de enero a noviembre del 2019.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 18 años de edad, pacientes que no tenían expediente médico con diagnóstico de cáncer cervicouterino en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe (HESF), Tegucigalpa, Honduras.

Caracterización de variables

Objetivo 1. Se identificó las características sociodemográficas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe. Enero a noviembre del 2019.

- Edad
- Procedencia
- Residencia
- Nivel educativo
- Estado civil
- Ocupación
- Datos ginecológicos

Objetivo 2. Se estableció las características clínicas que presentaron las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe. Enero a noviembre del 2019.

- Flujo vaginal
- Hemorragias irregulares
- Hemorragia poscoital
- Hemorragia posmenopáusica
- Hemorragia perimenopausica anormal
- Alteraciones de la micción
- Dolor de espalda
- Dolor en hemiabdomen inferior
- Pérdida de peso
- Fístula vaginal.

Objetivo 3. Se determinó el tipo de tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe. Enero a noviembre del 2019.

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Conización
- Sin tratamiento

g. Fuente de información

La fuente de información fue secundaria, se realizó a través de la revisión de los expedientes del servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe.

h. Técnica y procedimiento de recolección de datos.

La técnica de recolección de datos se realizó a través de revisión de los expedientes de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino del servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, en el periodo comprendido de enero a noviembre de 2019.

i. Instrumento de recolección de información:

La recolección de la información se realizó mediante el vaciado de datos en un instrumento de recolección diseñado para tal fin (ver anexos), el cual reflejó los datos de interés del estudio.

El instrumento constó de los siguientes apartados:

- I. Características sociodemográficas
- II. Características clínicas
- III. Tipo de tratamiento

j. Procesamiento de la información

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa de microsoft word 2016, microsoft excel 2016 y el programa Epi Info versión 7 (Database and Statistics software for public health professionals, CDC, Atlanta, Georgia, EUA).

Los resultados se presentaron como frecuencias, porcentajes y cruce de las variables estudiadas. El análisis se realizó tomando en consideración los intervalos de confianza (IC) de 95%, considerando una significancia estadística con valores de $p < 0.05$. Se analizaron los siguientes factores edad, inicio de vida sexual, número de parejas, ITS, partos, partos eutócicos, uso de anticonceptivos, menarquia, menopausia, última citología entre otros.

k. Consideraciones éticas

Se solicitó autorización al jefe del comité de ética del Hospital de Especialidades San Felipe. Además, se adjuntó la autorización con firma y sello del comité antes mencionado. La información recolectada de los expedientes se realizó con previo consentimiento informado de las autoridades. Se mantuvo el anonimato omitiendo los nombres de las pacientes involucradas en el estudio.

l. Trabajo de campo

Se solicitó permiso al jefe del servicio de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe. La información se recolectó en un periodo de 3 meses, se coordinó con el departamento de archivo de la institución; quienes proporcionaron los expedientes con la información necesaria, los cuales fueron revisados por la investigadora.

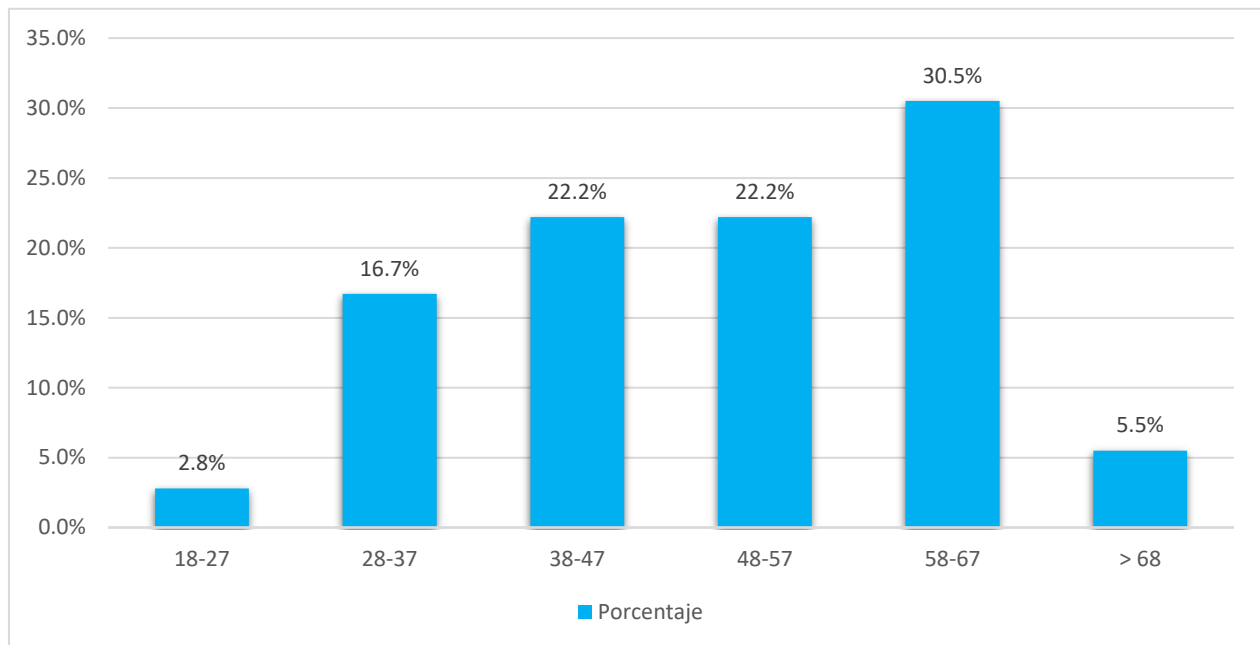
m. Limitantes

Poca colaboración y limitado acceso a los expedientes clínicos por parte del personal administrativo del Hospital de Especialidades San Felipe, al momento de realizar la recolección de datos, mediante la evaluación de los expedientes clínicos de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, del servicio de oncología de adultos.

VIII. RESULTADOS

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe. Enero a noviembre 2019.

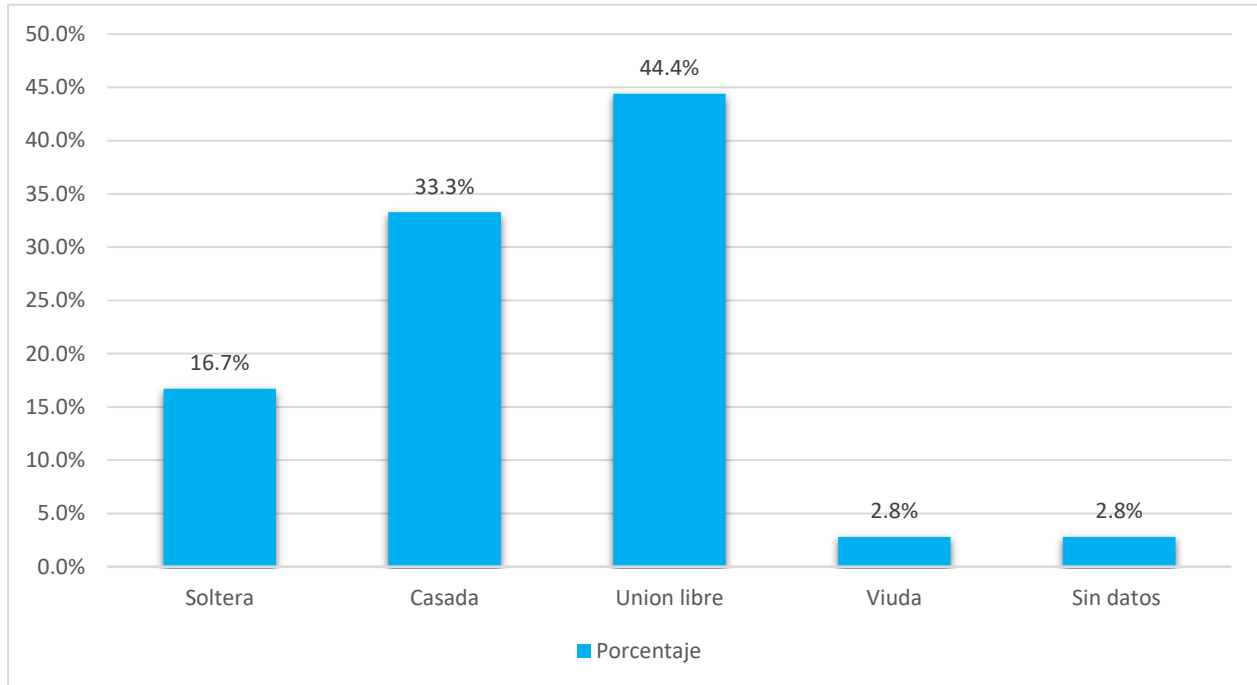
Gráfico 1. Edad de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a la edad de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, se observó que estuvo comprendida entre los 18 a 75 años con una media 35.2 años, la edad más afectada fue; 58-67 años con el 30.5% (11), seguido de las pacientes de 48-57 años con el 22.2% (8), las pacientes de 38-47 años con el 22.2% (8), las pacientes de 28-37 años con el 16.7% (6), las pacientes de 18-27 años con el 2.8% (1) y las pacientes > 68 años en el 5.5% (3). (Ver anexo 4, tabla 1). Esto concuerda con los datos mencionados por Marañón Cardonne et. al en el año 2017 en Cuba; se encontró que esta enfermedad en la mujer en edad reproductiva, se observa una tendencia a incrementarse el cáncer cervicouterino en mujeres cada vez más jóvenes en los últimos años. Con estos resultados se afirma que esta enfermedad afecta a mujeres en edad joven, siendo una causa importante de morbilidad prematura.

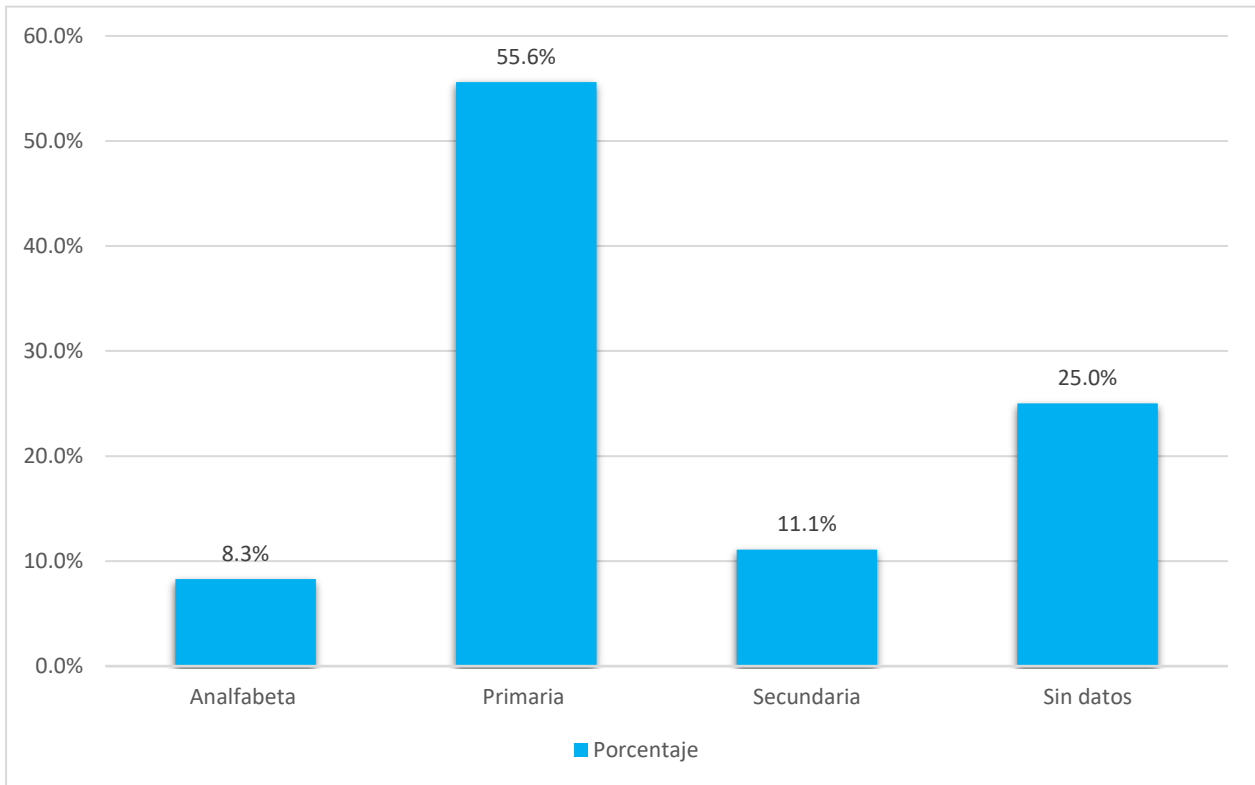
Gráfico 2. Estado civil de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al estado civil de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que 44.4% (17) estaban en unión libre, el 33.3% (12) casadas, el 16.7% (6) solteras y el 2.8% (1) viudas, no se encontró consignada esta información en los expedientes clínicos en el 2.8% (1). (Ver anexo 4, tabla 2). Esto concuerda con los datos mencionados por Castillo Ávila, I. et al. En el año 2015 en Colombia; se encontró que la mayoría de mujeres tenían el antecedente de vivir en unión libre con el 46.2% (49), casada con el 23.6% (25) y soltera con el 17.9% (19). Con estos resultados se afirma que el estado civil es considerado un factor de riesgo importante en las mujeres al no tener una pareja sexual estable.

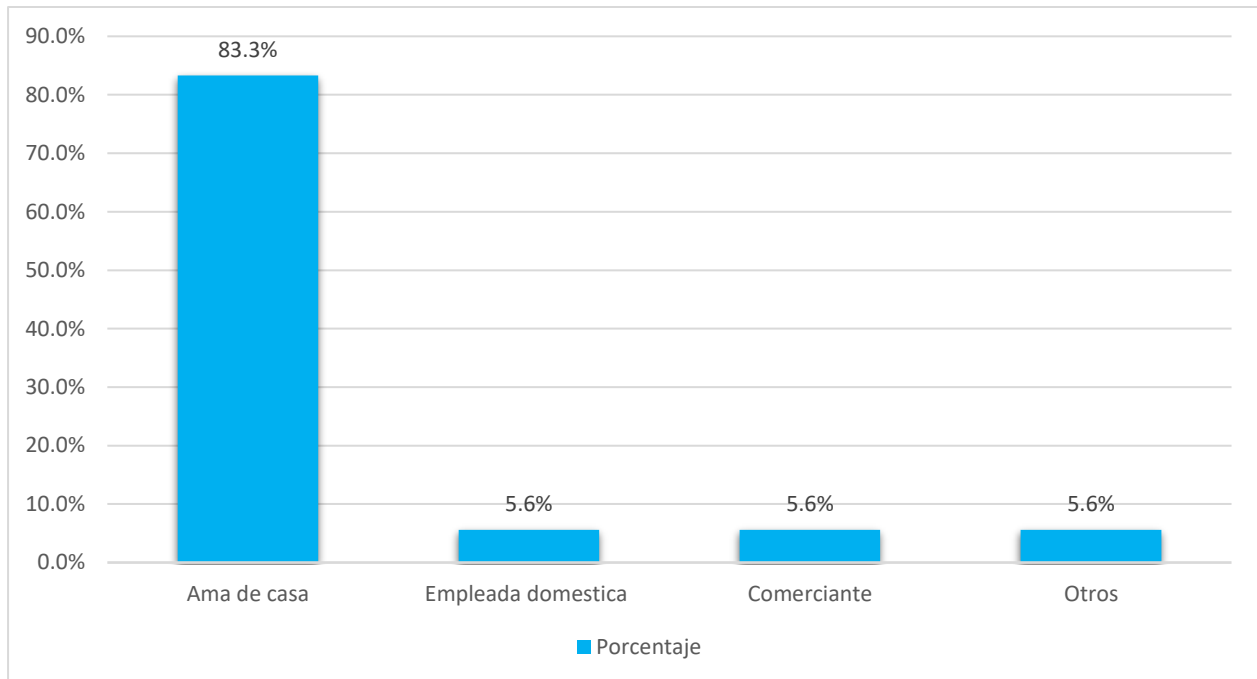
Gráfico 3. Nivel educativo de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al nivel educativo de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que la mayoría de las pacientes cursaron educación primaria con el 55.6% (21) educación secundaria con el 11.1% (4), analfabeta con el 8.3% (3), no se encontró datos de nivel educativo en el expediente clínico en el 25.0% (9). (Ver anexo 4, tabla 3). Esto concuerda con los datos mencionados por Regiani Conde, C. et al. En el año 2018 en Brasil; se encontró que el nivel educativo predominante era educación primaria con el 74.7% (74), educación media con el 13.1% (13), educación superior 6.1% (6) y sin datos 6.1% (6) respectivamente. Con estos resultados se afirma que la educación es otro factor de riesgo crucial en la prevalencia de mujeres con detección de cáncer cervicouterino.

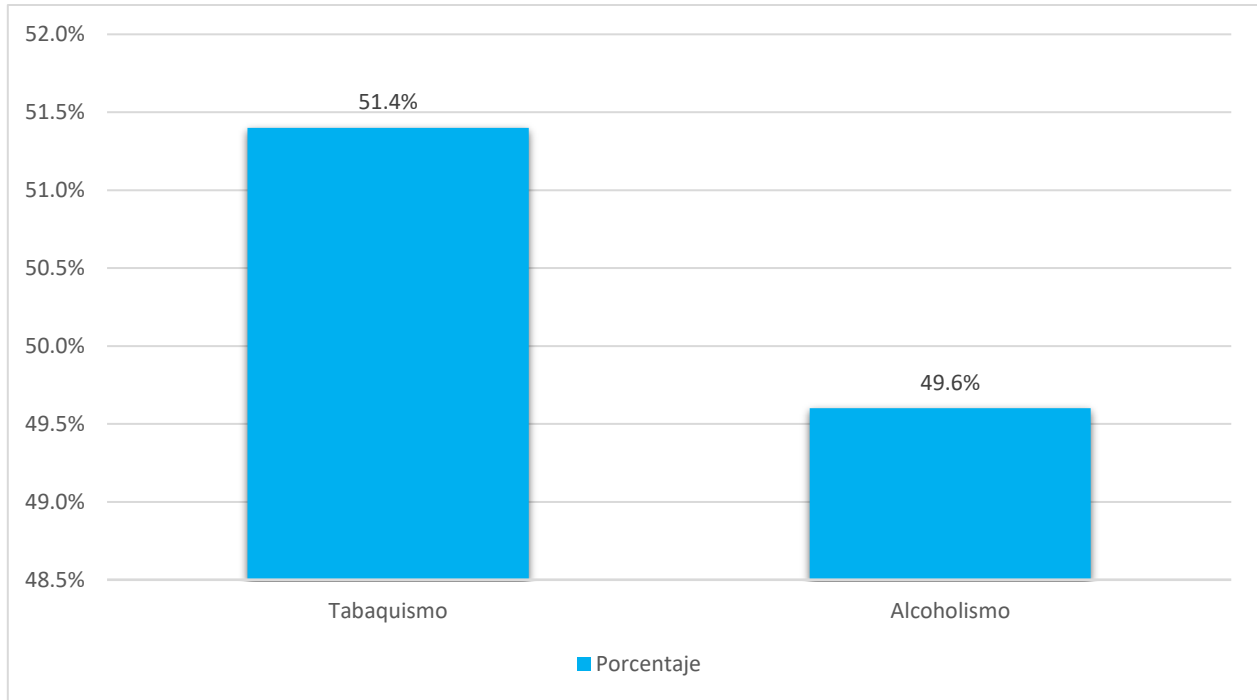
Gráfico 4. Ocupación de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a la ocupación de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que el 83.3% (31) fue ama de casa, el 5.6% (2) fue empleada doméstica, el 5.6% (2) comerciante y otros representó el 5.6% (2). (Ver anexo 4, tabla 4). Esto concuerda con los datos mencionados por Castillo, Ávila, I. et al. En el año 2015 en Colombia; se encontró que la ocupación de la mayoría de mujeres que conformaron ese estudio eran amas de casa con el 62.3% (66), otros trabajos el 30.2% (35), y estudiantes el 4.7% (5) respectivamente. Con estos resultados se afirma que la ocupación está asociada a mayor riesgo de padecer cáncer cervicouterino por la exposición vulnerable de las mujeres al área laboral correspondiente.

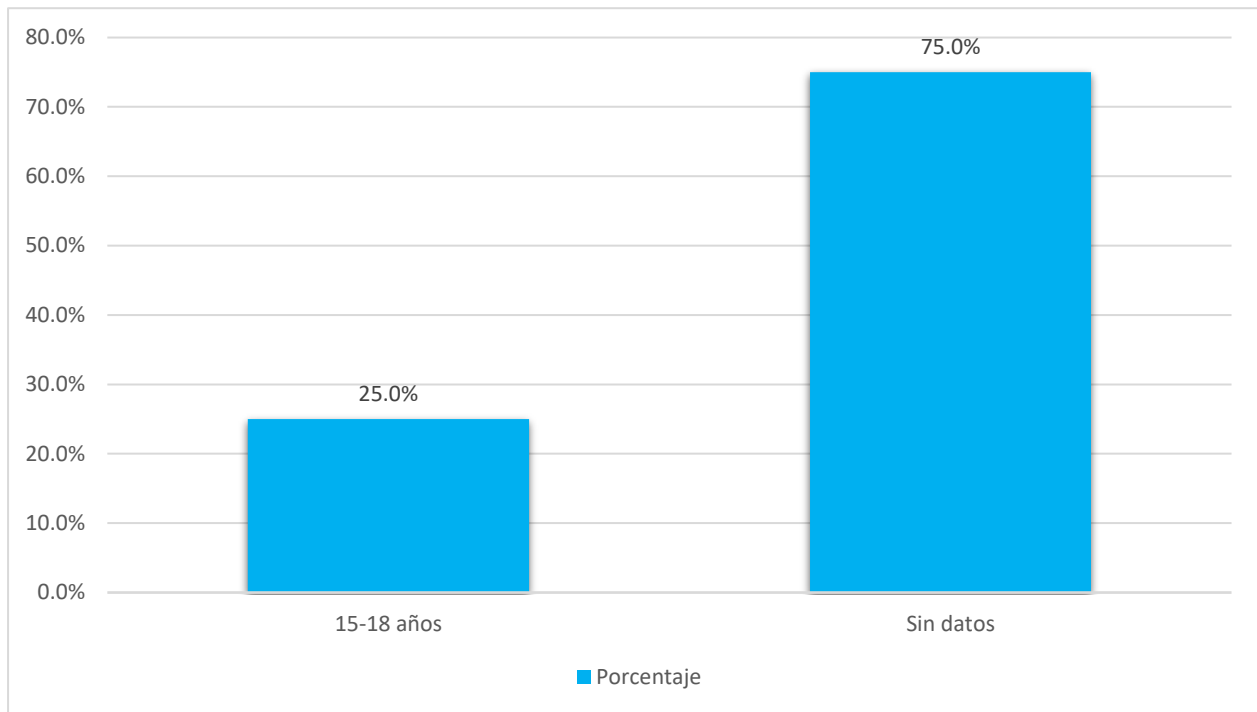
Gráfico 5. Hábitos tóxicos: tabaquismo y alcoholismo en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al tabaquismo en pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que el 51.4% (19) tuvieron este hábito tóxico consignado en el expediente clínico y el 49.6% (18) consignó en el expediente clínico que consumían alcohol. (Ver anexo 4, tabla 5). Esto concuerda con los datos mencionados por Domínguez & Lugo en el año 2015 y el estudio realizado por Sánchez Hernández, JA en el año 2016; encontraron que el 22% (178) de pacientes tenían hábitos tóxicos, concluyendo que constituyen un factor predisponente importante en la aparición de atipias celulares cervicovaginales. Con estos resultados no podemos afirmar o negar este dato, en vista que encontramos que en la mayoría de los expedientes clínicos esta pregunta no estaba descrita al momento de realizar el estudio de la investigación.

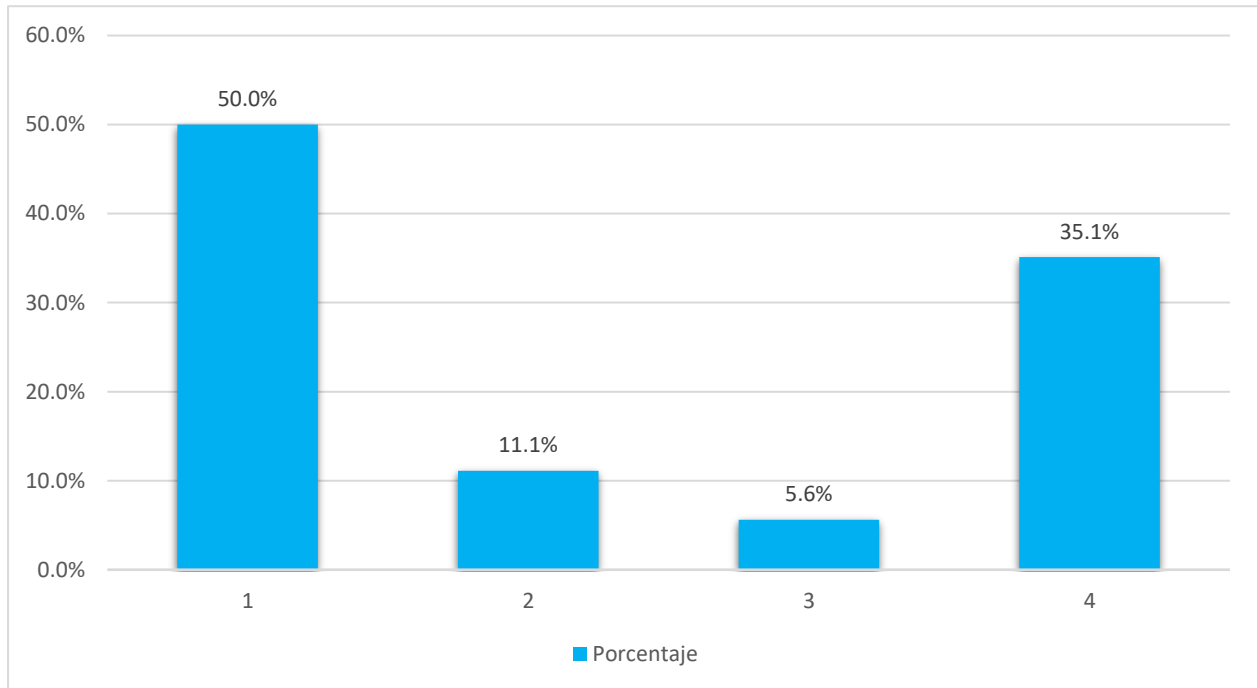
Gráfico 6. Historia ginecológica: Inicio de vida sexual activa en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al inicio de vida sexual activa en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino el 25.0% (9) estuvo consignada una edad de 15 a 18 años, mientras que el 75.0% (28) no se encontró consignado este dato en el expediente clínico. (Ver anexo 4, tabla 6). Esto concuerda con los datos mencionados por Barrios García, L. et al. En el año 2016 en Colombia; se encontró que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 14 a 16 años con el 58%, concluyendo que el inicio de relaciones sexuales tempranas puede ser un factor de riesgo a considerar. Con estos resultados se afirma que el inicio de la vida sexual activa en la adolescencia es un factor de riesgo importante para desarrollar cáncer cervicouterino en edad temprana.

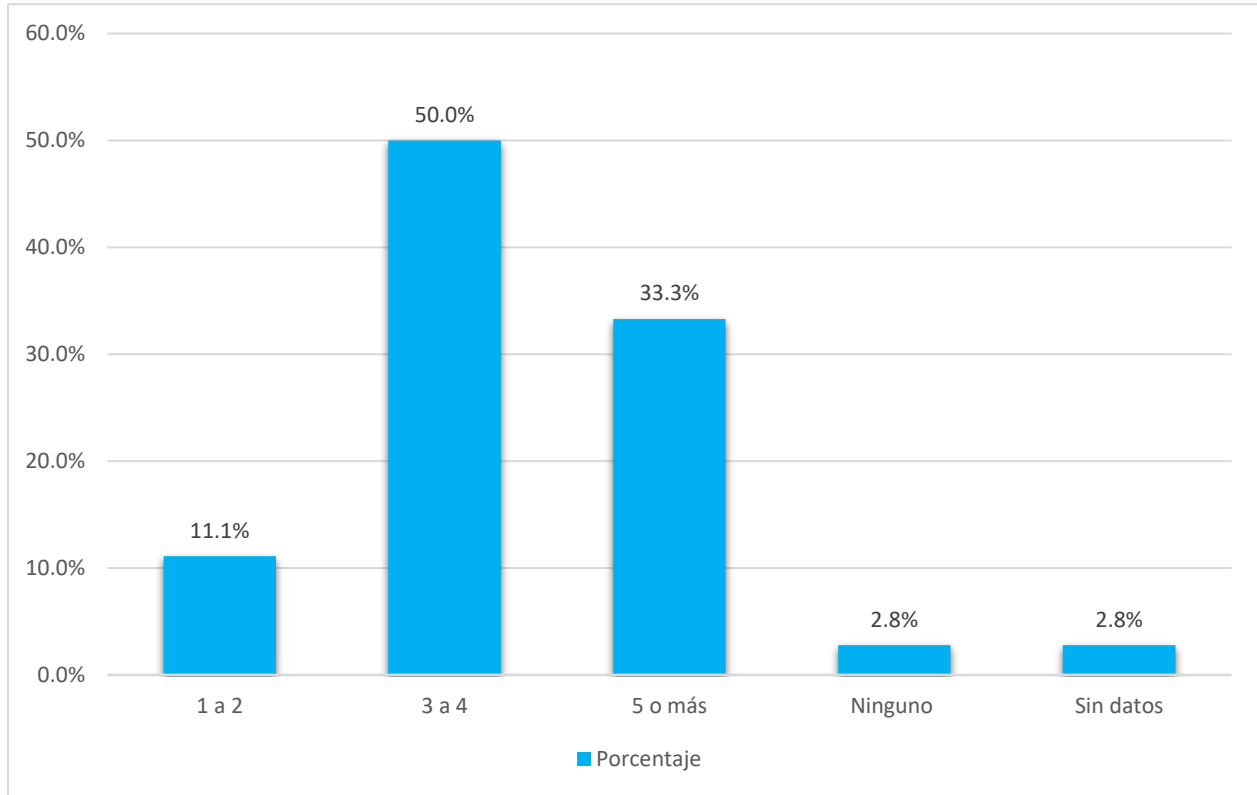
Gráfico 7. Historia ginecológica: Número de parejas sexuales en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

Se encontró que el número de parejas sexuales en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino reportaron que el 50.0% (18) tuvo antecedente de una pareja sexual, el 35.1% (13) tuvo antecedente de 4 parejas sexuales el 11.1% (4) tuvo antecedente de 2 parejas sexuales y el 5.6% (2) tuvo antecedente de 3 parejas sexuales. (ver anexo 4, tabla 7). Esto concuerda con los datos mencionados por Barrios García, L. et al. En el año 2016 en Colombia; se encontró que una de cada dos mujeres afirmó haber tenido un compañero sexual y el número máximo de compañeros sexuales presentes en el estudio fue de 4. Con estos resultados se afirma que el número de parejas sexuales es considerado otro factor de riesgo importante para el desarrollo del cáncer cervicouterino.

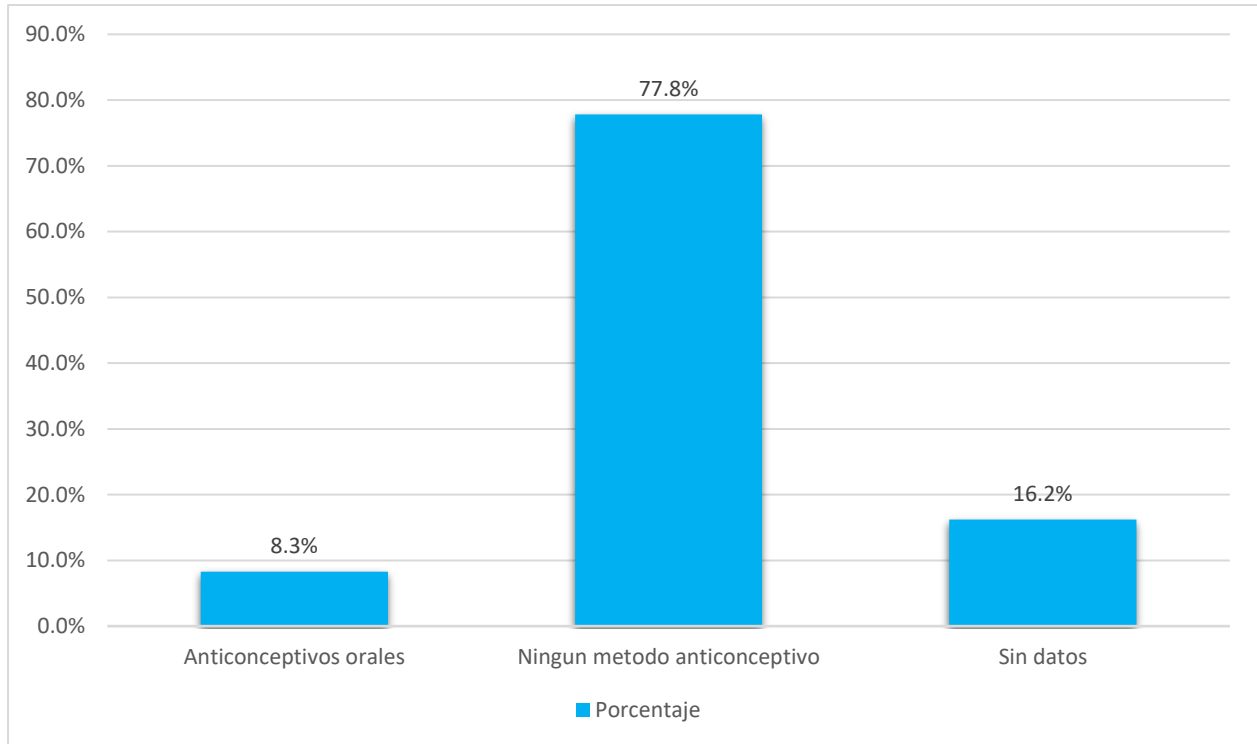
Gráfico 8. Historia ginecológica: Número de embarazos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al número de embarazos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que el 50.0% (19) tuvieron 3 a 4 embarazos, el 33.3% (12) tuvieron 5 o más embarazos, el 11.1% (4) tuvieron 1 a 2 embarazos, el 2.8% (1) refirieron ningún embarazo e igual porcentaje para el resultado sin datos. (Ver anexo 4, tabla 8). Esto concuerda con los datos mencionados por Guzmán P, Iriarte MJ., en el año 2016 en Chile; se encontró que el antecedente obstétrico más frecuente fue la multiparidad. Con estos resultados se afirma que la multiparidad es de los factores de riesgo más influyentes para la aparición del cáncer cervicouterino.

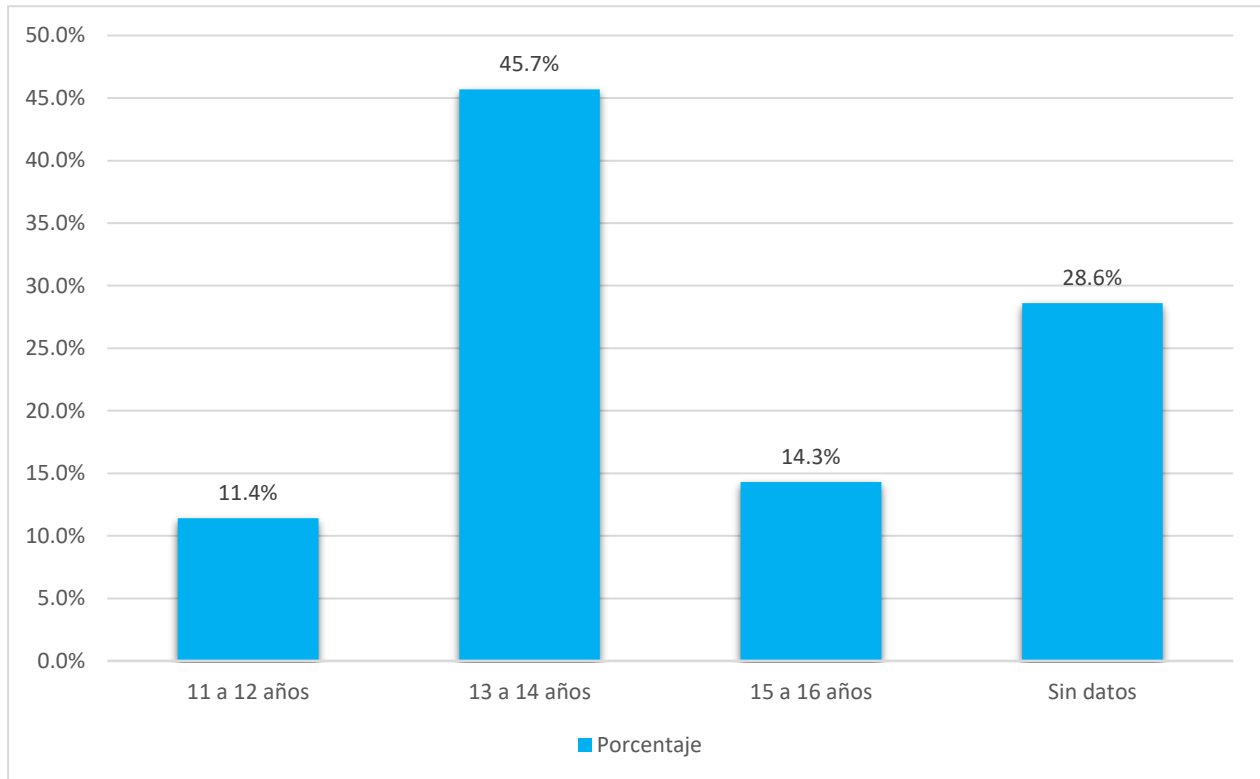
Gráfico 9. Historia ginecológica: Uso de anticonceptivos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al uso de anticonceptivos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se encontró que el 8.3% (3) utilizó anticonceptivos orales, el 77.8% (28) no utilizó ningún método anticonceptivo y no se encontró anotado el dato de uso de método anticonceptivo en el expediente clínico en el 16.2% (6). (Ver anexo 4, tabla 9). Esto concuerda con los datos mencionados por Castro Romero, I. et al. En el año 2011 en México, se encontró que el 10.0% (26) habían utilizado anticonceptivos orales. Con estos resultados se afirma que persiste la controversia entre los clínicos y biológicos experimentales respecto a la asociación entre anticonceptivos hormonales y cáncer cervicouterino.

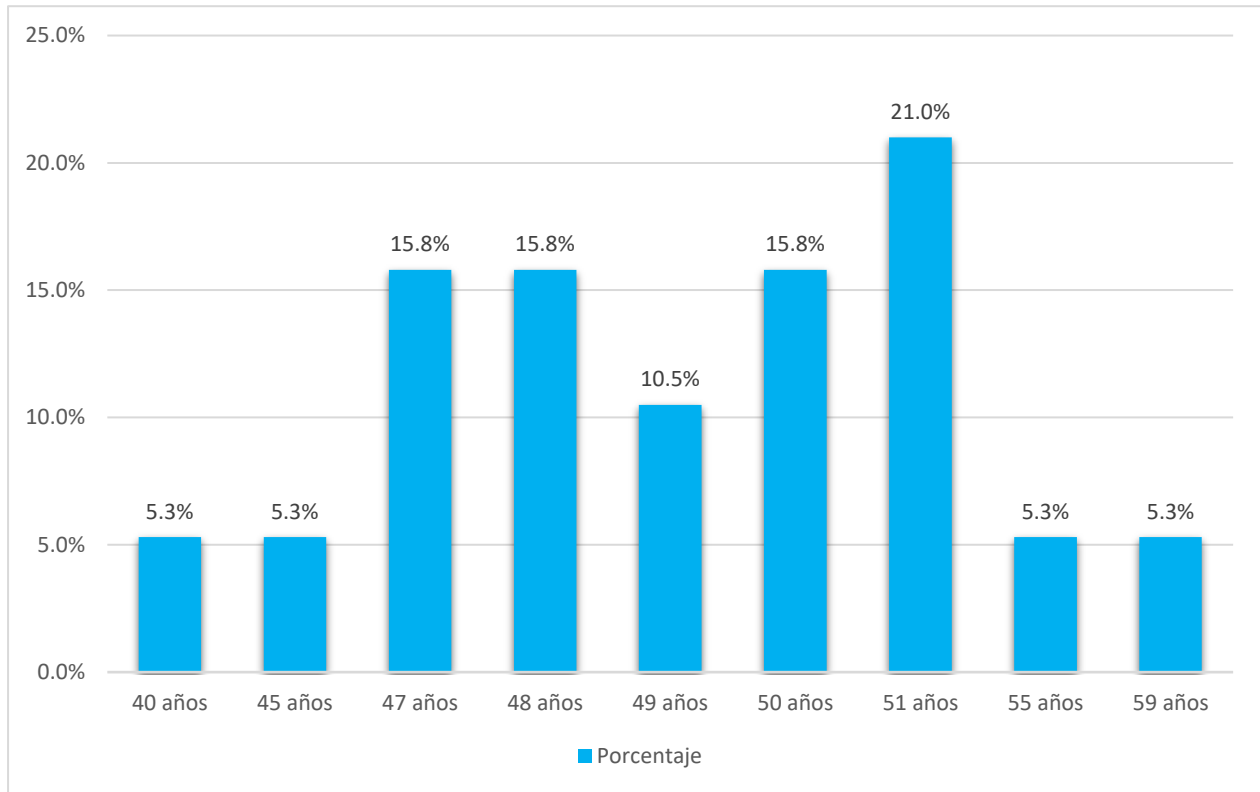
Gráfico 10. Historia Ginecológica: Edad de menarquia en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a la edad de menarquia en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que la mayoría de pacientes presentó su menarquia a una edad de 13 a 14 años con el 45.7% (17), pacientes con menarquia a una edad de 15 a 16 años en el 14.3% (5), y pacientes con menarquia de 11 a 12 años en el 11.4% (4) y no se encontró datos consignados de menarquia en el expediente clínico en el 28.6% (11). (Ver anexo 4, tabla 10). Esto concuerda con los datos mencionados por Martínez & Nápoles en el año 2006 en Cuba; se encontró que el 34.4% (11) tuvieron su menarquia a los 12 años, el 25.0% (8) inicio a los 13 años, el 12.5% (4) inicio a los 11 años respectivamente, concluyendo que la menarquia más frecuente se encontró a los 12 y 13 años. Con estos resultados se afirma que la menarquia tiene su inicio a los 13.5 años la cual es una edad esperada en la población femenina en general con poco valor relevante para la aparición del cáncer cervicouterino.

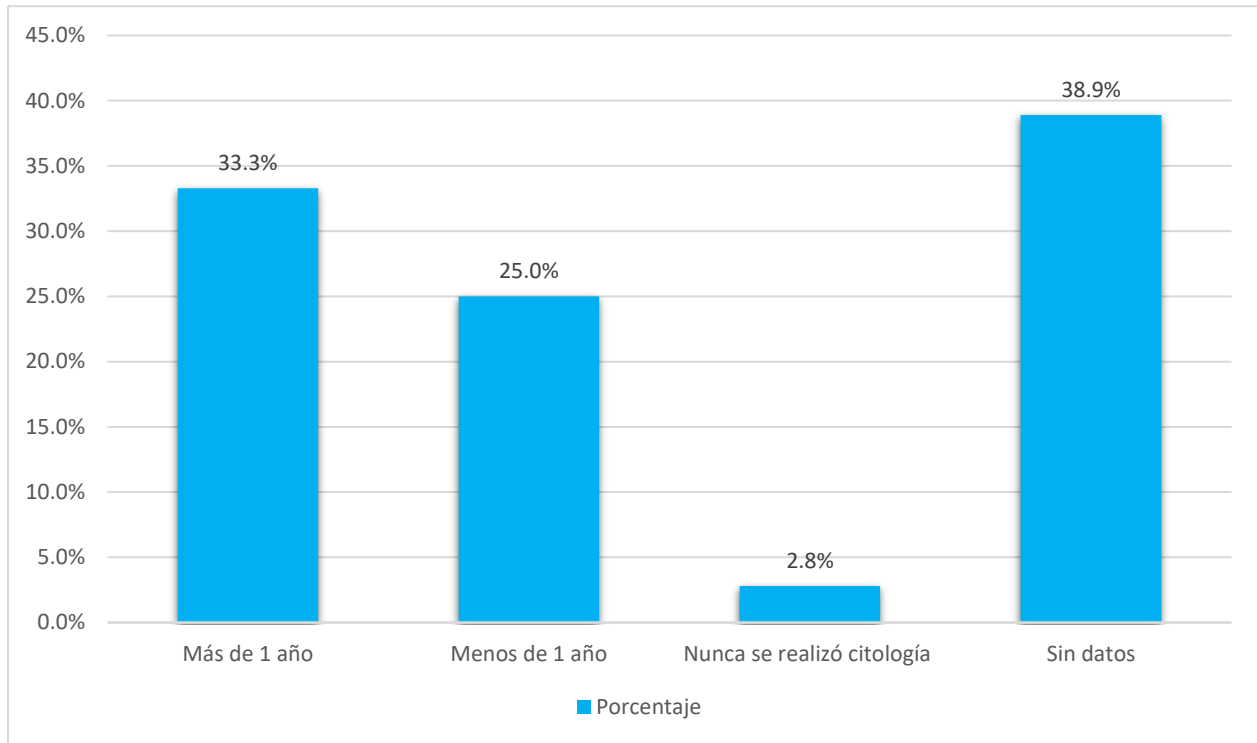
Gráfico 11. Historia ginecológica: Edad de menopausia en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a la edad de menopausia en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se observó que la mayoría de las pacientes presentó menopausia a los 51 años 21.0% (7), el 15.8% (6) presentó menopausia a los 47, 48 y 50 años, el 10.5% (4) presentó menopausia a los 49 años y el resto de pacientes con edades de 40, 45, 55 y 59 años presentó menopausia en el 5.3% (2). (Ver anexo 4, tabla 11). Esto concuerda con los datos mencionados por Martínez Camilo, V., en el año 2006; donde se encontró que la mayoría de mujeres con cáncer cervicouterino estaban en el rango de edad esperado. Con estos resultados se afirma que las mujeres son afectadas por el cáncer cervicouterino independiente de la edad biológica en que se encuentren las pacientes.

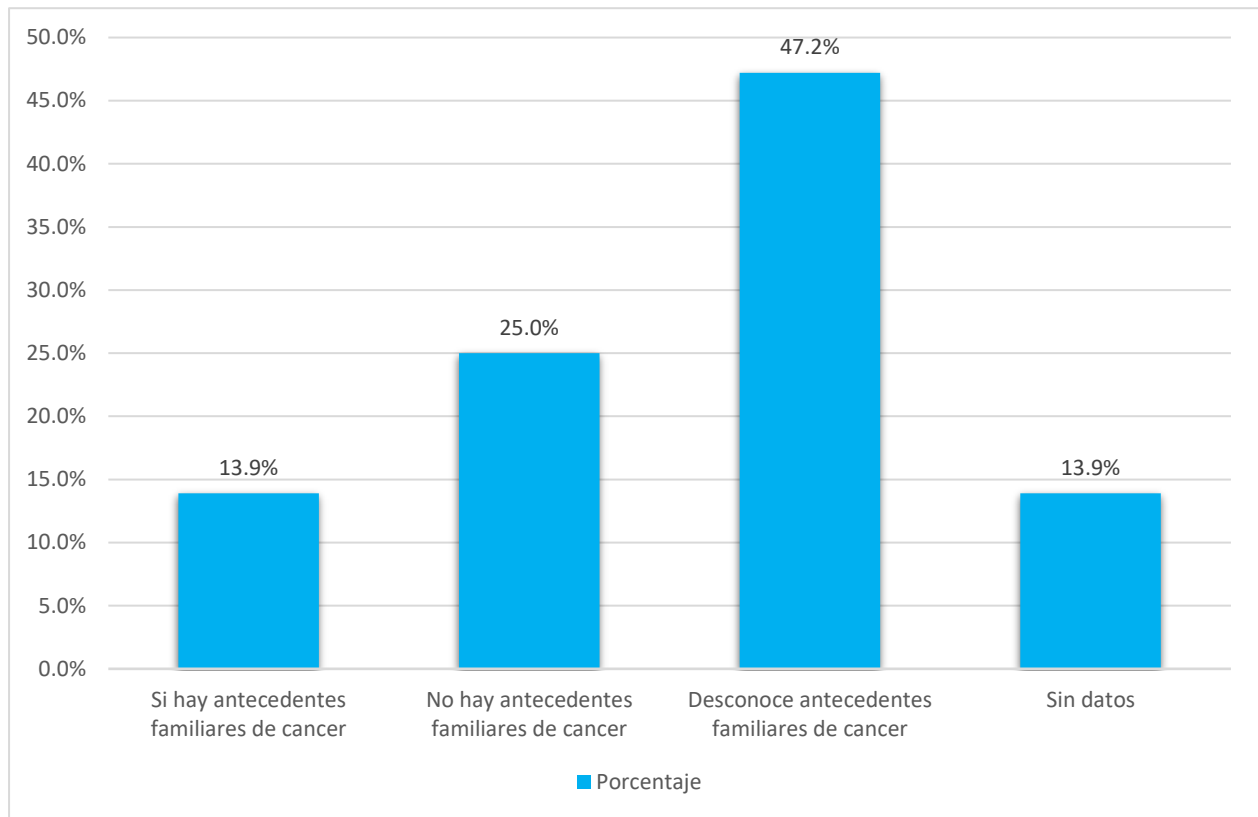
Gráfico 12. Historia ginecológica: Fecha de última citología realizada en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a la fecha de última citología realizada en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino; se observó que el 33.3% (12) se realizó la última citología hace más de un año, el 25.0% (9) se realizó la última citología hace menos de un año, el 2.8% (1) nunca se realizó una citología y no se encontró este dato consignado en el expediente clínico en el 38.9% (15). (Ver anexo 4, tabla 12). Esto concuerda con los datos mencionados por Castillo Ávila. I.Y. et al. En el año 2013 en Colombia; se encontró que solo el 39,8% (313) cumplió con el esquema propuesto por la norma técnica nacional, la realización de la citología una vez al año. Con estos resultados se afirma que el cumplimiento de la periodicidad de la realización de la citología es importante para detectar en fase temprana el cáncer cervicouterino.

Gráfico 13. Historia ginecológica: Antecedentes familiares de cáncer en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

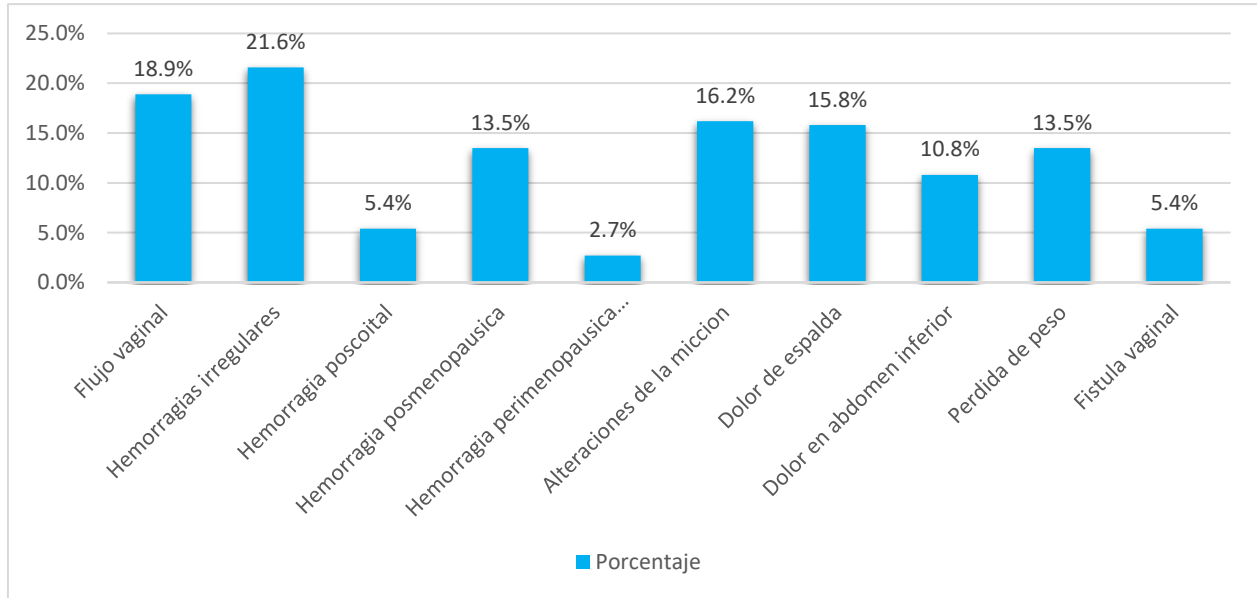


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a los antecedentes familiares de cáncer en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino; se observó que el 13.9% (5) refirió tener antecedentes familiares de cáncer, el 25.0% (9) refirió no tener antecedentes familiares de cáncer, el 47.2% (18) refirió desconocer antecedentes familiares de cáncer y no se encontró consignado el dato de antecedentes familiares de cáncer en el expediente clínico en el 13.9% (5). (Ver anexo 4, tabla 13). Esto concuerda con los datos mencionados por Ballesteros, & Gallo Vallejo en el año 2013 en Salamanca; se detalló que la mayoría de los cánceres ginecológicos no son hereditarios. Pese a ello, debemos tener en cuenta el papel de la herencia, sobre todo en el cáncer de mama y ovario, ya que, aunque solo el 10% se van a relacionar con una mutación hereditaria, actualmente se dispone de la posibilidad de realizar estudio genético. Con estos resultados se afirma que la herencia familiar de cáncer no es un factor influyente para desarrollar cáncer cervicouterino.

Objetivo 2. Establecer las características clínicas en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

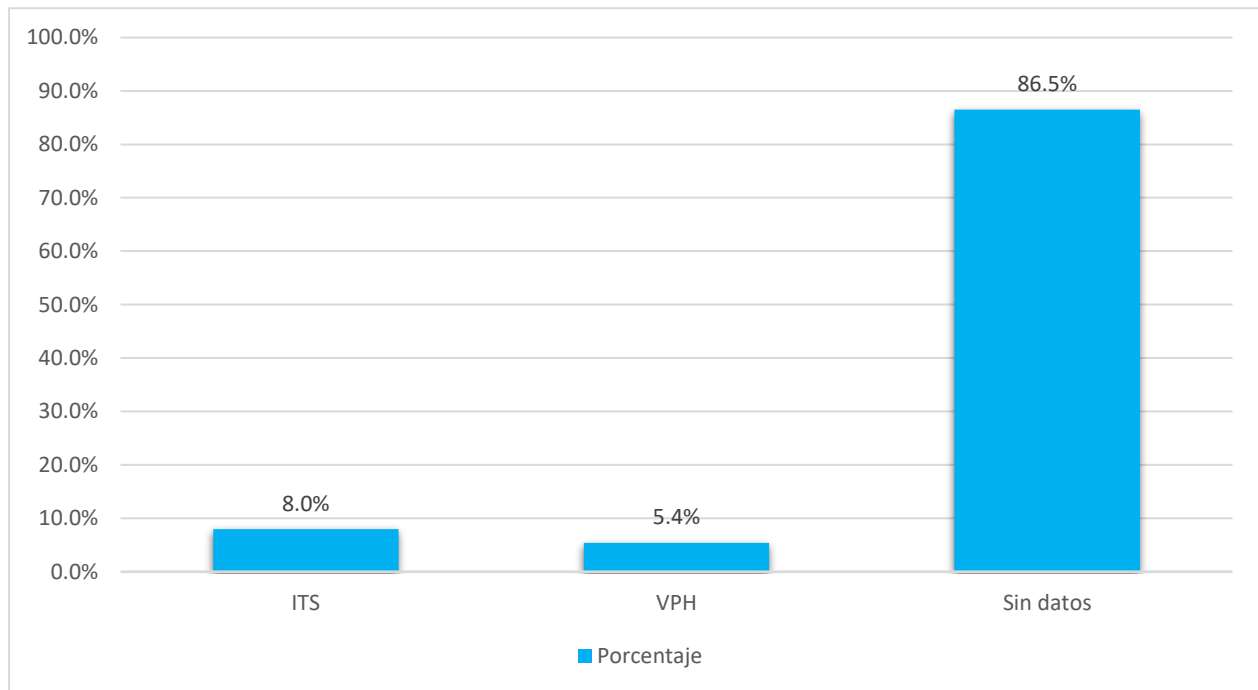
Gráfico 14. Características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a las características clínicas que presentaron las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino se encontró que el 21.6% (7) presentó hemorragias vaginales irregulares, el 18.9% (6), presentó flujo vaginal, el 16.2% (5) presentó alteraciones en la micción, el 15.8% (5) presentó dolor de espalda, el 13.5% (4) presentó pérdida de peso, el 13.5% (4) presentó hemorragia posmenopáusica, el 10.8% (3) presentó dolor en abdomen inferior el 5.4% (1), presentó fistula vaginal, el 5.4% (1) presentó hemorragia poscoital y el 2.7% (1), presentó hemorragia perimenopausica. (Ver anexo 4, tabla 14). Esto concuerda con los datos mencionados por Arévalo B., A., et al. En el año 2017 en Bolivia; se encontró que la mayoría de mujeres son asintomáticas pero el primer síntoma de cáncer de cuello uterino es el sangrado vaginal anormal (generalmente postcoital), el malestar vaginal, secreción maloliente y disuria no son raros. Con estos resultados podemos afirmar que el sangrado anormal es la manifestación más frecuente en la mitad de las mujeres con cáncer cervicouterino.

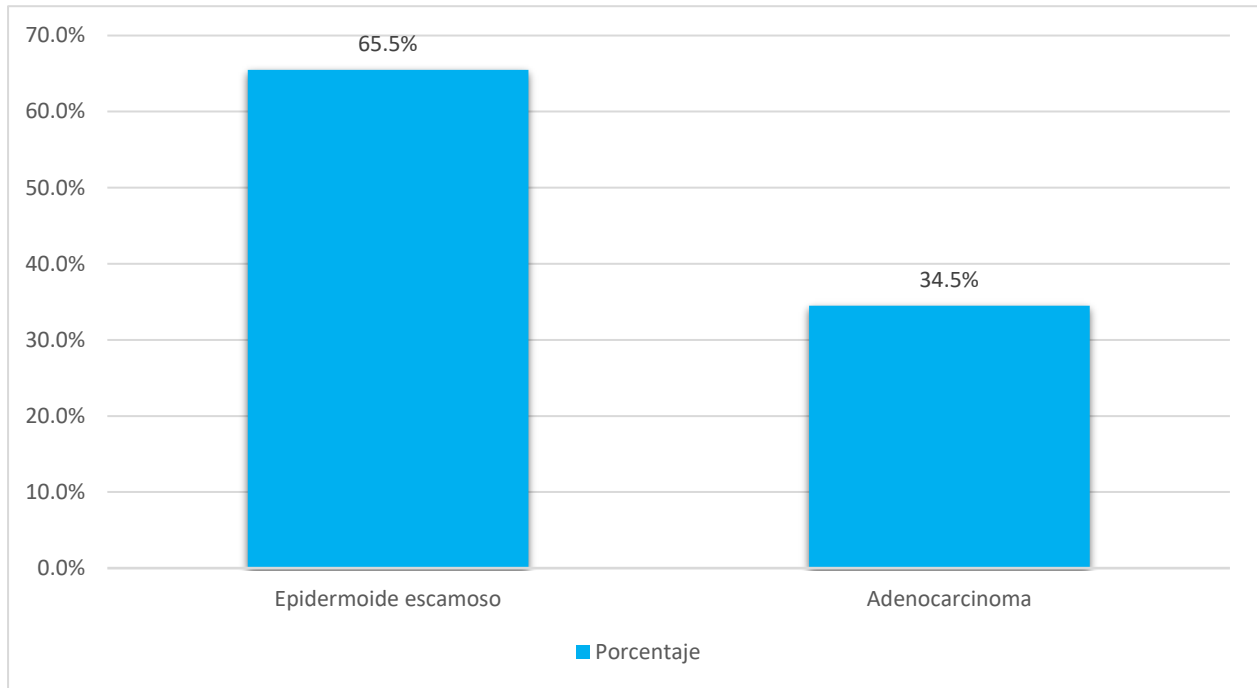
Gráfico 15. Historia ginecológica: Antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS, VPH) en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación a los antecedentes de infección de transmisión sexual en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino; se observó que el 8.0% (3) refirió antecedentes de infección de transmisión sexual (ITS), el 5.4% (2) refirió antecedentes de virus del papiloma humano (VPH) y no se encontró consignado en el expediente clínico antecedentes de infección de transmisión sexual en el 86.5% (32). (Ver anexo 4, tabla 15). Esto concuerda con los datos mencionados por Cabrera Guerra y colaboradores en el año 2017 en Cuba. Se encontró ITS y cáncer cervicouterino en el 14% de las pacientes del estudio. Con esto podemos afirmar que las ITS sobre todo el VPH es uno de los factores de riesgo determinantes para desarrollar cáncer cervicouterino tempranamente.

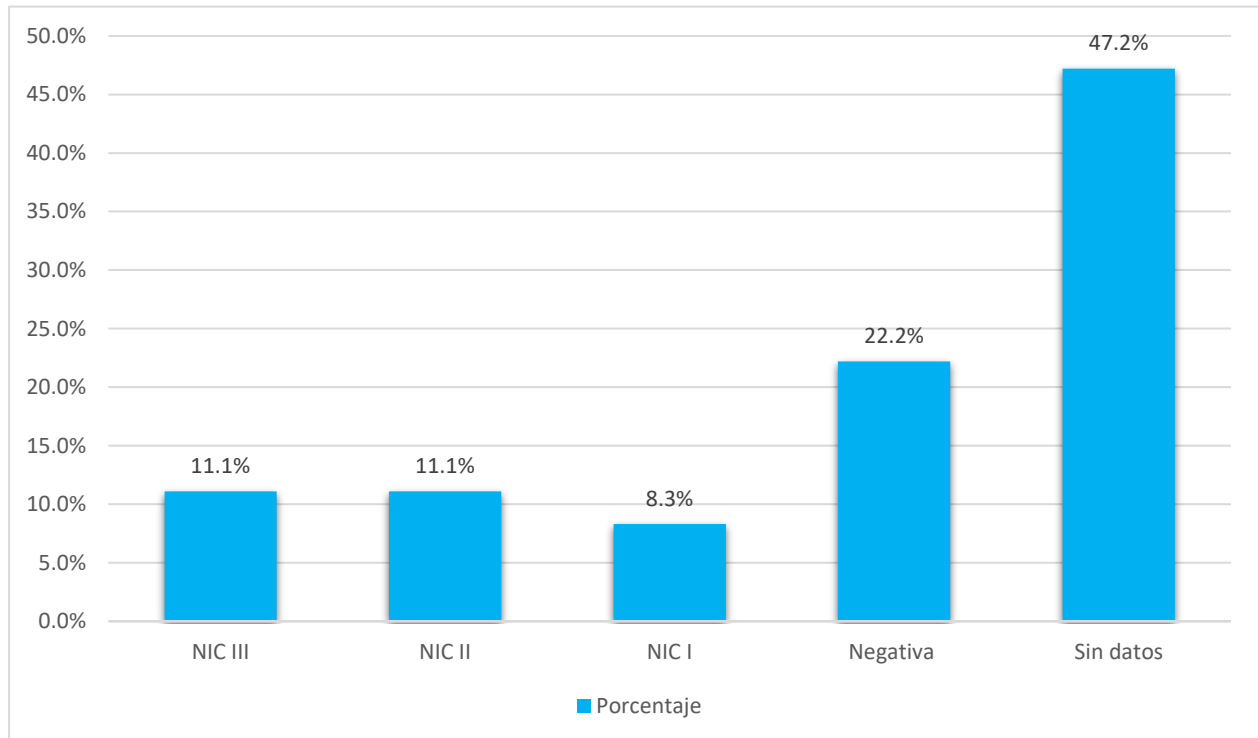
Gráfico 16. Diagnóstico histopatológico en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al diagnóstico histopatológico en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino; se observó el reporte del cáncer epidermoide escamoso en el 65.5% (24), mientras que el reporte de diagnóstico histopatológico de adenocarcinoma se presentó en el 34.5% (13). (Ver anexo 4, tabla 16). Esto concuerda con los datos mencionados por Reyes Gonzales, O., et al. En el año 2017 en Colombia; se mencionó que existen dos tipos principales de cáncer de cuello de útero: células escamosas o epidermoide siendo el más frecuente que representa entre el 80% y el 85% del cáncer de cuello de útero, de diferenciación y velocidad de crecimiento variable, respecto al porcentaje de adenocarcinoma y las otras variedades de cáncer resultaron ser poco frecuentes. Con estos datos se afirma que el cáncer cervicouterino más frecuente es el epidermoide o células escamosas.

Gráfico 17. Reporte de citología en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

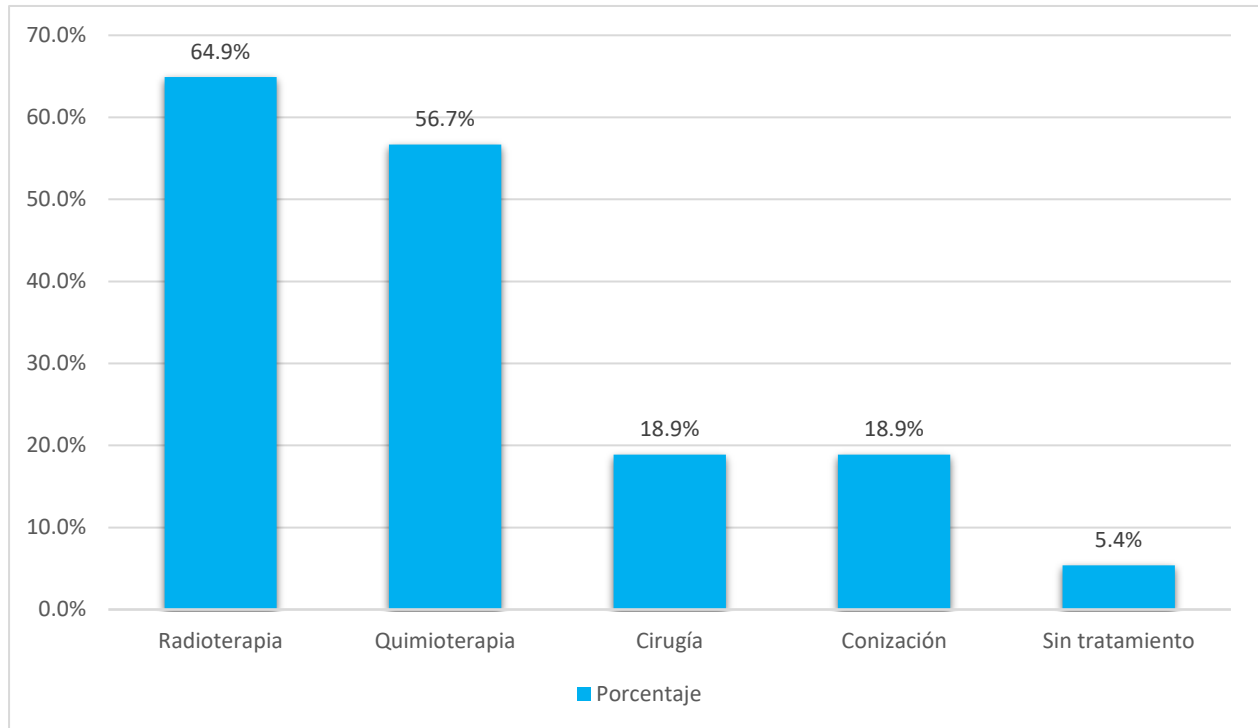


Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al reporte de citología en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino; se observó que el 11.1% (4) presentó un diagnóstico de NIC III por reporte de citología, el 11.1% (4) presentó un diagnóstico de NIC II por reporte de citología, el 8.3% (3) presentó un diagnóstico de NIC I por reporte de citología, el 22.2% (8) reportó un resultado negativo para detección de cáncer cervicouterino y no se encontró el dato consignado de reporte de citología en el expediente clínico en el 47.2% (18). (Ver anexo 4, tabla 17). Esto concuerda con los datos mencionados en el protocolo para el tamizaje y tratamiento de lesiones premalignas para la prevención del cáncer cervicouterino de la secretaria de salud del año 2015, donde se mencionó que la citología tuvo una sensibilidad media de 58% y una especificidad media de 69%. Con estos datos se afirma que la citología no es un estudio específico para el diagnóstico de cáncer cervicouterino en la mujer.

Objetivo 3. Determinar el tipo de tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Gráfico 18. Tratamiento aplicado a las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.



Fuente: Expedientes clínicos de pacientes del departamento de oncología del HESF.

En relación al tipo de tratamiento aplicado a las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino el 64.9% (24) recibió radioterapia, el 56.7% (21) recibió quimioterapia, el 18.9% (7) recibió cirugía, el 18.9% (7) recibió conización y el 5.4% (2) no recibió ningún tipo de tratamiento. (Ver anexo 4, tabla 18). Esto concuerda con los datos mencionados por Silveira, P., et al. En el año 2017 en Cuba; se encontró que la radio-quimioterapia fue la modalidad terapéutica más utilizada en el 83.9%, siendo el tratamiento de elección a partir de la etapa IB2. Con estos datos podemos determinar que las mujeres con cáncer cervicouterino deben pasar por la doble terapia (radioterapia y quimioterapia); valorando el estadio histológico del cáncer para lograr vencer la enfermedad.

IX. CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas identificadas en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino que fueron atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe; eran mujeres jóvenes con edad promedio de 35.2 años, en edad fértil, económicamente pasivas, vivencia en unión libre, ama de casa, con educación primaria, con antecedente de iniciar una vida sexual activa entre 15 a 18 años, con una o dos parejas sexuales, con antecedente de 3 a 4 embarazos previos, con hábitos tóxicos como el tabaquismo y alcoholismo.
2. Las características clínico-ginecológicas que presentaron las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en nuestro estudio fueron hemorragias irregulares, flujo vaginal, alteraciones en la micción, hemorragias poscoitales, posmenopáusicas y perimenopausicas, seguido de dolor en región torácica posterior, dolor abdominal, pérdida de peso y raramente fistula vaginal.
3. El tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en el Hospital de Especialidades San Felipe en orden de frecuencia fue radioterapia, seguido por quimioterapia, cirugía, conización y en menor proporción no se les otorgó ningún tratamiento por el estadio avanzado de la enfermedad.

X. RECOMENDACIONES

Al Hospital de Especialidades San Felipe

1. El cáncer cervicouterino diagnosticado en las pacientes atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe no ha disminuido con los años, debido a factores socioeconómicos, culturales y geográficos, llegando a captar a este tipo de pacientes en estadios avanzados de la enfermedad, por lo cual se recomienda a las autoridades de la institución valorar las limitantes que impiden a las pacientes acudir al centro asistencial en el tiempo oportuno, para implementar estrategias reales y funcionales, logrando captar a las pacientes en etapas tempranas de la enfermedad.
2. Capacitar continuamente al personal médico asistencial y población general que asisten al Hospital de Especialidades San Felipe en la detección de factores de riesgo asociados a cáncer cervicouterino para lograr un diagnóstico oportuno en el estadio de la enfermedad.
3. El cáncer cervicouterino es una enfermedad silenciosa, siendo detectada en estadios avanzados de la enfermedad, contemplando una amplio espectro de tratamientos para las pacientes diagnosticadas con esta patología, por lo que recomendamos al personal del Hospital de Especialidades San Felipe, aplicar medidas educativas y preventivas para la realización frecuente del tamizaje cervical logrando la detección oportuna de la enfermedad y lograr la aplicación de medidas terapéuticas no invasivas en el diagnóstico de estadios tempranos del cáncer cervicouterino.

XI. BIBLIOGRAFIA

- Arevalo, A., Arevalo Salazar, D., & Villarroel Subieta, C. J. (2017). EL CANCER DE CUELLO UTERINO. *Rev Med La Paz*, 45-56.
- Bermudez Perez, J. F., Cabezas Rovelo, C. P., Garcia Rosales, K. L., & Gaitan Velasquez, S. M. (2015). Pruebas de detección del cáncer cervicouterino asociado al Virus del Papiloma HUmano (VPH). *Revista Universidad y Ciencia*, 34-44.
- Bueso Ramos, C. E., Castillo Hernandez, J. C., & Alvarado, D. (1983). CÁNCER EN HONDURAS 1969 - 1979. *REV. MED. HONDUR.*, 136-147.
- C.P., M. (2019). HOJA DE DATOS SOBRE CANCER DE CUELLO UTERINO. Ciudad de Mexico: CHapultepec Morales.
- Chairman, S. P. (2009). REVISION DE ESTADIFICACIONES FIGO. ASOCIACIÓN ARGENTINA DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA, 1-8.
- Chavaro Vicuña, N., Arroyo Hernandez, G., Alcazar, L. F., Maruchi Garron, G. W., & Perez Zuñiga, I. (2009). Cancer Cervicouterino. *Anales de Radiologia Mexico*, 61-79.
- Fernandez, L. (2020). Estado del tamizaje del cáncer de cérvix en países de América Latina desde la perspectiva de los profesionales de salud. *Rev Peru Ginecol Obstet*, 37-40.
- Galdos Kajatt, O. (2018). Vacunas contra el virus papiloma humano. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 437-443.
- Giovine-Altamirano, M., Díaz-Villegas, P., Rojas-Ramírez, T., Estay-Abarca, T., Candia-Mardóñez, M., & Gutiérrez-Mella, C. (2020). Adherencia al examen de Papanicolau en funcionarias no académicas de la Universidad de Valparaíso, Chile. *revistamatroneria.cl*, 27-34.
- Marañon Cardonne, T., Mastrapa Cantillo, K., Flores Barroso, Y., Vaillant Lora, L., & Landazuri Llago, S. (2017). prevencion y control del cancer de cuello uterino. *CORREO CIENTIFICO MEDICO DE HOLGUIN*, 187-203.

- Martinez Martinez Pinillo, A., Diaz Ortega, I., Carr Perez, A., Varona Sanchez, J. A., Borrego Lopez, J. A., & De la Torre, A. I. (2010). Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 52-65.
- Martinez Perez, M., De la Concepcion Cardenas, J. C., & Perez Gonzalez, A. (2014). La promoción de salud dirigida a reducir los factores de riesgo de cancer cervico uterino. *Rev Méd Electron*, 313-324.
- Merle J, L. (2004). Análisis de la situación del cáncer cervicouterino. Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS.
- Mora, E., Ruiz Camero, H., Miranda, A., & Rodriguez, R. E. (2010). MANEJO ACTUAL DEL CÁNCER MICROINVASOR DEL CERVIX. *Repert.med.cir.*, 35-40.
- Motta Ramirez, G. A., Sanchez, R., Garcia Chavez, L. I., Laguna Sanchez, L., & Loera Cruz, R. (2006). concordancia de la etapificacion del cancer cervicouterino entre la exploracion clinica y los hallazgos tomograficos. *Anales de Radiologia Mexico*, 275-292.
- Nuñez Troconis, J. (2017). Cigarrillo y cáncer de cuello uterino. *REV CHIL OBSTET GINECOL*, 232-240.
- OPS Honduras. (2018). Organizacion Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud. Obtenido de Organizacion Panamericana de la Salud/Organizacion Mundial de la Salud: https://www3.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=1664:crea-un-futuro-sin-cancer-cervicouterino-el-momento-de-actuar-es-ahora&Itemid=260
- Rodríguez Gudiel, H., & Carolina Bustillo, M. (2020). Encaminados a la reducción del cáncer cervicouterino en Honduras. *Rev Méd Hondur*, 34-35.
- Ruiz, R., Serrano, M., Ruiz, E. F., Mantilla, R., Valdivieso, N., Olivera, M., . . . Gomez, H. L. (2017). CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS Y SOBREVIDA EN MUJERES JÓVENES CON CÁNCER CERVICAL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO

DEL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS. Rev Peru Med Exp Salud Publica, 218-227.

Sanchez Hernandez, J. A., Huerta Pineda, M. I., Rivera Tapia, J. A., & Rosales Perez, M. (2005). Infección por VPH y cáncer cervicouterino. Revista Mexicana de Patología Clínica, 222-233.

Sanchez, J. A., Duarte, F., & Mojica, R. (1992). Estado Actual, Prevencion y Manejo del Cancer en Honduras. REVISTA MEDICA HONDUREÑA, 171-177.

Serman, F. (2002). CANCER CERVICOUTERINO: EPIDEMIOLOGIA, HISTORIA NATURAL Y ROL DEL VIRUS PAPILOMA HUMANO. PERSPECTIVAS EN PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO. REV CHIL OBSTET GINECOL, 318-323.

Solano Mora, A., Solano Castillo, A., & Gamboa Ellis, C. (2020). Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. Revista Médica Sinergia, 1-11.

Vela Flores, L., Turrado Sanchez, E., Piñeiro Vidal, M., & Correa Orban, I. (2013). El adenocarcinoma de cérvix como causa infrecuente de sangrado vaginal en la mujer joven. Elsevier.es/semergen, 168-170.

World Health Organization. (2013). Prevención y control integrales del cáncer cervicouterino: un futuro más saludable para niñas y mujeres. Organización Panamericana de la Salud, 1-16.

XII. ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de variables

Objetivo 1. Identificar las características sociodemográficas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre de 2019.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Edad en años cumplidos de la paciente.	% de individuos según edad.	Años.	Ordinal
Estado civil	Estado civil en que se encuentra la paciente.	% según estado civil que se encuentre.	Soltera, casada, unión libre, otros.	
Nivel educativo	Nivel educativo que alcanzó la paciente.	% según nivel de escolaridad.	Analfabeta, Primaria, secundaria, universitaria.	Ordinal
Ocupación	Oficio u ocupación laboral que ejerce la paciente.	% según actividad a la que se dediquen.	ama de casa, empleada, comerciante, otros.	Ordinal
Hábitos	Es el trastorno que puede causar graves problemas de salud.	% según hábitos.	Alcoholismo. Tabaquismo.	Ordinal
Historia ginecológica	Es la atención de las mujeres en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los órganos reproductivos femeninos.	% conducta sexual o características gineco obstétricas.	Inicio de Vida sexual. Número de parejas sexuales. Número de embarazos. Ultima citología. Uso de anticonceptivos. Menarquia. Menopausia. ITS (VIH, VPH, otras). Antecedentes de cáncer.	Ordinal
Diagnóstico por citología exfoliativa	Es la detección del cáncer en etapas tempranas en el cuello del útero.	% de diagnóstico por citología exfoliativa.	NIC I, NIC II, NIC III, negativa, sin datos.	Ordinal
Diagnóstico histopatológico	Estadificación microscópica del cáncer.	% de diagnóstico por biopsia.	Adenocarcinoma, epidermoide/escamoso.	Ordinal

Objetivo 2. Establecer las características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino en el Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Flujo vaginal	Es toda pérdida no sanguínea que proviene del aparato genital femenino.	% de pacientes que tiene flujo vaginal.	Si No	Nominal
Hemorragias irregulares	Es un sangrado del útero más duradero que el usual y se presenta en un tiempo irregular.	% de pacientes con hemorragias irregulares.	Si No	Nominal
Hemorragia poscoital	El sangrado durante o después del coito.	% de pacientes con hemorragia poscoital.	Si no	Nominal
Hemorragia posmenopáusica	Es la pérdida de sangre al menos 12 meses después de la menopausia.	% de pacientes con hemorragia posmenopáusica.	Si No	Nominal
Hemorragia perimenopausia anormal	Es un sangrado abundante o inusual del útero en mujeres que se están acercando a la menopausia.	% de pacientes con hemorragia perimenopausia anormal.	Si No	Nominal
Micción urgente o frecuente	Es la urgencia de orinar repentina y fuerte.	% de pacientes con micción urgente o frecuente.	Si no	Nominal
Dolor de espalda	Es una molestia que afecta cualquier parte de la espalda	% de pacientes con dolor de espalda.	Si No	Nominal
Dolor en la zona inferior del abdomen	Dolor de localización variable en hemiabdomen inferior.	% de pacientes con dolor en zona inferior del abdomen.	Si No	Nominal
Dolor de espalda intenso	Molestia con aumento en la intensidad de la sintomatología.	% de pacientes con dolor de espalda intenso.	Si no	Nominal
Pérdida de peso	Es una disminución del peso corporal, cuando no se está buscando bajar de peso.	% de pacientes con pérdida de peso.	Si No	Nominal
Disminución del chorro de la orina	La dificultad para iniciar o mantener el chorro de orina.	% de pacientes con disminución del chorro de orina.	Si no	Nominal
Fistula vaginal	Es un pasaje u orificio que se ha formado entre el recto y la vagina.	% de paciente con fistula vaginal.	Si No	Nominal
Tumefacción de los miembros inferiores	el aumento de volumen local debido a inflamación de los miembros inferiores.	% de pacientes con tumefacción en miembros inferiores.	Si No	Nominal
Disnea	Es el ahogo o dificultad en la respiración.	% de pacientes con disnea.	Si No	Nominal

Objetivo 3. Determinar el tipo de tratamiento utilizado en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en el Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Cirugía	Es la utilización de técnicas manuales e instrumentales operativas en un paciente con cáncer de cérvix.	% de pacientes sometidas a cirugía.	Si, No	Nominal
Radioterapia	Es el tratamiento médico que consiste en la utilización y la aplicación de rayos X para frenar el cáncer.	% de pacientes sometidas a radioterapia.	Si, No	Nominal
Quimioterapia	Tratamiento farmacológico utilizado para frenar el cáncer.	% de pacientes sometidas a quimioterapia.	Si, No	Nominal
Conización	Cirugía realizada para extraer una muestra de tejido anormal del cuello uterino.	% de pacientes sometidas a conización.	Si, No	Nominal
Sin tratamiento	Pacientes que no apliquen a ningún tipo de tratamiento.	% de pacientes sin tratamiento.	Consignado No consignado	Nominal

Anexo 2: Instrumento de recolección de la información.

INSTRUMENTO

El presente estudio: Caracterización clínica de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino atendidas en Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre de 2019. Es una investigación con fines académicos por lo que se guardará la confidencialidad de los datos.

1.-Encuesta N°: _____

I SOCIODEMOGRÁFICAS

Sexo: F _____

Edad: _____

Estado civil: 1.-Soltera__ 2.-Casada__ 3.-Divorciada__ 4.-Unión libre__ 5.-Viuda __

6.-Sin datos _____

Nivel educativo: 1.-Analfabeta _____ 2.-Primaria _____ 3.-Secundaria _____

4.-Bachillerato__ 5.-Universidad__ 6.-Sin datos _____

Ocupación: 1.-Ama de casa _____ 2.-Empleada _____ 3.-Comerciante _____ 4.-Oficinista _____

5.-Otros _____

Historia ginecológica:

Inicio de vida sexual activa: 12-14 __ 15-18 __ 19-21 __ Más de 22 _____

Número de parejas sexuales: Una _____ Dos _____ Tres _____ Cuatro o más _____

Número de embarazos: 1-2 _____ 3-4 _____ 5 o más _____ ninguno _____

Utilizo algún anticonceptivo: Si _____ No _____ Tipo de inyección _____ ACO _____

Menarquia: 8-10 _____ 11-12 _____ 13-14 _____ 15-16 _____

Menopausia: Si _____ No _____

Última citología: < 1 año _____ >1año _____ Nunca: _____

II CARACTERISTICAS CLINICAS

Flujo vaginal: Si _____ No _____

Hemorragias irregulares: Si _____ No _____

Hemorragia poscoital: Si _____ No _____

Hemorragia posmenopáusica: Si _____ No _____

Hemorragia perimenopausia anormal: Si _____ No _____

Micción urgente o frecuente: Si _____ No _____

Dolor de espalda: Si _____ No _____

Dolor en la zona inferior del abdomen: Si _____ No _____

Dolor de espalda intenso: Si _____ No _____

Pérdida de peso: Si _____ No _____

Disminución del chorro de la orina: Si _____ No _____

Fistula vaginal: Si _____ No _____

Antecedentes de ITS: Si _____ No _____ antecedentes de VPH: Si _____ No _____

Diagnóstico de cáncer por Biopsia (histopatológico): Adenocarcinoma _____

Epidermoide/escamoso _____

Estadio Clínico: NIC I _____ NIC II _____ NIC III _____

Metástasis _____

III TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO

Cirugía

Radioterapia

Quimioterapia

Conización

Sin tratamiento

Anexo 3: Autorización escrita para el estudio de investigación.

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SAN FELIPE
Tegucigalpa M. D. C., Honduras C. A. Tel-Fax 2236-57-86
SUB DIRECCION DE DOCENCIA
comitedocenciainvestigacionhsf@gmail.com

04 de Febrero de 2020

Lic. Maris Jeaneth Corrales Chavarria
Investigador

Ciudad

Estimada Licenciada:

Reciba usted un saludo y el deseo de éxito en sus funciones, motiva la presente informarle que la solicitud de investigación entregada a esta Subdirección ha sido revisada y aprobada para ejecutarse en nuestro hospital.

El estudio tiene las siguientes características:

Nombre: "Caracterización clínico epidemiológica de pacientes con cáncer cervicouterino"

Tipo de estudio: Descriptivo Transversal.

Investigador principal: Dra. Maris Jeaneth Corrales Chavarria

Coordinador de investigación: CIES/UNAN

Razón del estudio: Requisito para obtención de título de Maestría en Epidemiología.

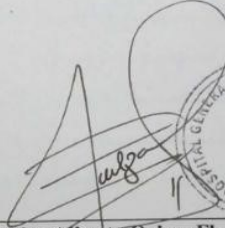

Unidad de investigación: Hospital General San Felipe, Archivo Departamento de Oncología.

Fecha de inicio de investigación: 29 de Enero de 2020

Fecha de finalización: 07 de Febrero de 2020

Puede realizarse en nuestro hospital, en vista de la necesidad de revisar expedientes en archivo, necesitara coordinar con el señor Sr. Nahúm Escobar Jefe de Archivo y tener la autorización del Dr. Manuel Gamero Director de Gestión de Información. Agradeceríamos, al terminar su estudio, nos facilite una copia para nuestros registros.

Sin más que tratar se despide de usted



Dr. Carlos Alberto Ochoa Fletez
Sub Dirección de Docencia
Hospital de Especialidades San Felipe

c.c. Comisión de Investigación
c.c. Nahúm Escobar Jefe de Archivo
c.c. Dr. Manuel Gamero Director de Gestión de Información
c.c. Archivo

Anexo 4: Tablas de resultados.

Tabla 1. Rango de edades de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, evaluadas en Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Rango de edades	Frecuencia	Porcentaje
18-27	1	2.8%
28-37	6	16.7%
38-47	8	22.2%
48-57	8	22.2%
58-67	11	30.5%
>68	3	5.5%
Total	37	100.0%

Tabla 2. Estado civil de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	6	16.7%
Casada	12	33.3%
Unión libre	17	44.4%
Viuda	1	2.8%
Sin datos	1	2.8%
Total	37	100.0%

Tabla 3. Ocupación de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	31	83.3%
Empleada domestica	2	5.6%
Comerciante	2	5.6%
Otros	2	5.6%
Total	37	100.0%

Tabla 4. Nivel Educativo de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	3	8.3%
Primaria	21	55.6%
Secundaria	4	11.1%
Sin datos	9	25.0%
Total	37	100.0%

Tabla 5. Hábitos tóxicos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Hábitos tóxicos	Frecuencia	Porcentaje
Tabaquismo	19	51.4%
Alcoholismo	18	49.6%
Total	37	100.0%

Tabla 6. Inicio de vida sexual activa en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Inicio de vida sexual activa	Frecuencia	Porcentaje
15-18 años	9	25.0%
Sin datos	28	75.0%
Total	37	100.0%

Tabla 7. Número de parejas sexuales en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1	18	50.0%
2	4	11.1%
3	2	5.6%
4	13	35.1%
Total	37	100.0%

Tabla 8. Número de embarazos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Número de embarazos	Frecuencia	Porcentaje
1 a 2	4	11.1%
3 a 4	19	50.0%
5 o más	12	33.3%
Ninguno	1	2.8%
Sin datos	1	2.8%
Total	37	100.0%

Tabla 9. Uso de anticonceptivos en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Uso de anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales	3	8.3%
Ningún método anticonceptivo	28	77.8%
Sin datos	6	16.2%
Total	37	100.0%

Tabla 10. Edad de menarquia en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Edad de menarquia	Frecuencia	Porcentaje
11 a 12 años	4	11.4%
13 a 14 años	17	45.7%
15 a 16 años	5	14.3%
Sin datos	11	28.6%
Total	37	100.0%

Tabla 11. Edad de menopausia en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Edad de menopausia	Frecuencia	Porcentaje
40 años	2	5.3%
45 años	2	5.3%
47 años	6	15.8%
48 años	6	15.8%
49 años	4	10.5%
50 años	6	15.8%
51 años	7	21.0%
55 años	2	5.3%
59 años	2	5.3%
Total	37	100.0%

Tabla 12. Fecha de última citología realizada en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Fecha de última citología realizada	Frecuencia	Porcentaje
Más de 1 año	12	33.3%
Menos de 1 año	9	25.0%
Nunca se realizó citología	1	2.8%
Sin datos	15	38.9%
Total	37	100.0%

Tabla 13. Antecedentes familiares de cáncer en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Antecedentes familiares de cáncer	Frecuencia	Porcentaje
Si hay antecedentes familiares de cáncer	5	13.9%
No hay antecedentes familiares de cáncer	9	25.0%
Desconoce antecedentes familiares de cáncer	18	47.2%
Sin datos	5	13.9%
Total	37	100.0%

Tabla 14. Características clínicas de las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Características clínicas	Frecuencia	Porcentaje
Flujo vaginal	6	18.9%
Hemorragias irregulares	7	21.6%
Hemorragia poscoital	1	5.4%
Hemorragia posmenopáusica	4	13.5%
Hemorragia perimenopausica anormal	1	2.7%
Alteraciones de la micción	5	16.2%
Dolor de espalda	5	15.8%
Dolor en abdomen inferior	3	10.8%
Pérdida de peso	4	13.5%
Fistula vaginal	1	5.4%
Total	37	100.0%

Tabla 15. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS, VPH) en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Antecedentes de infecciones de transmisión sexual	Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes de ITS	3	8.0%
Antecedentes de VPH	2	5.4%
Sin datos	32	86.5%
Total	37	100.0%

Tabla 16. Tipo histopatológico diagnosticado en las pacientes con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Diagnostico histopatológico	Frecuencia	Porcentaje
Epidermoide/escamoso	24	65.5%
Adenocarcinoma	13	34.5%
Total	37	100.0%

Tabla 17. Reporte de citología en las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Reporte de citología	Frecuencia	Porcentaje
NIC III	4	11.1%
NIC II	4	11.1%
NIC I	3	8.3%
Negativa	8	22.2%
Sin datos	18	47.2%
Total	37	100.0%

Tabla 18. Tipo de tratamiento aplicado a las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino, Hospital de Especialidades san Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Enero a noviembre 2019.

Tipo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Radioterapia	24	64.9%
Quimioterapia	21	56.7%
Cirugía	7	18.9%
Conización	7	18.9%
Sin tratamiento	2	5.4%
Total	37	100.0%



Tegucigalpa, M.D.C., 31 de enero de 2020

Señores

Comité de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades San Felipe
Su oficina

Estimados señores:

- **Nombre del estudio:** Caracterización clínica de pacientes con cáncer cervicouterino
- **Tipo de estudio:** Descriptivo, transversal
- **Investigador principal:** Maris Jeaneth Corrales Padilla
- **Coordinador de investigación:** Centros de investigaciones y estudios de la salud, escuela de salud pública de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN)
- **Razón del estudio:** elaboración de tesis como requisito de graduación Maestría en Epidemiología
- **Unidad de investigación:** Departamento de oncología del Hospital de Especialidades San Felipe (HESF)
- **Fecha de inicio de investigación:** Miércoles 29 de enero 2020.
- **Fecha de finalización de la investigación:** Viernes 7 de febrero de 2020.
- **Correo electrónico:** corraleschavarria08@gmail.com
- **Número de teléfono:** 94360560

Cc: archivo