

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL DE GUATEMALA

Estudio transversal realizado en la Aldea La Esmeralda, Dolores
Petén durante el mes de Septiembre de 1998.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva
de la Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala*

POR

JULIA MARIA LOPEZ RAMIREZ

En el acto de investidura de:

MEDICA Y CIRUJANA

Guatemala, noviembre de 1998

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

05
T(7988)
C.4

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

H A C E C O N S T A R Q U E :

El (1a) BACHILLER : JULIA MARIA LOPEZ RAMIREZ

Carnet Universitario No: 90-13972

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al título de Médico y Cirujano, al trabajo de tesis titulado:

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES PREMALIGNAS EN UNA
POBLACION DE RETORNADOS DE UNA AREA RURAL DE GUATEMALA

trabajo asesorado por:
Doctor: MARVIN J. AGUIRRE M.

y revisado por:
Doctor: OSCAR ROLANDO MORALES

quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, firman y sellan la presente ORDEN DE IMPRESION.

Guatemala, 27 de octubre de 1998.

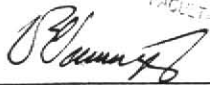

Dr. José María Gramajo G.
COORDINADOR UNIDAD DE TESIS




DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD



I M P R I M A S E:


DR. ROMEO ARNALDO VASQUEZ VASQUEZ
DECANO



ESCUELA DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 27 de octubre 1998

Doctor:
José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis
Facultad de Ciencias Médicas

Se le informa que el (la) BACHILLER
JULIA MARIA LOPEZ RAMIREZ

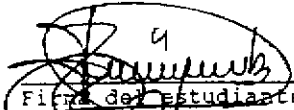
Nombres y apellidos completos

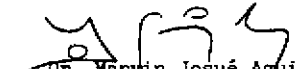
Carnet No. : 90-13972 ha presentado el Informe Final de su trabajo


de tesis titulado:

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES PREMALIGNAS EN
UNA POBLACION DE RETORNADOS DE UNA AREA RURAL DE GUATEMALA

el cual autor, asesor(es) y revisor nos hacemos responsables por el contenido, metodología, confiabilidad y validez de los datos y resultados obtenidos, así como de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones expuestas.


Firma del estudiante


Dr. Marwin Josué Aguirre Morales
Asesor
Nombre completo y sello
Marwin J. Aguirre M.
MEDICINA Y CIRUJANO
Colegiado No. 10000


Dr. Oscar Rolando Morales Cahuec
F. Revisor
Nombre completo y sello
Reg. Personal 14907

Facultad de Ciencias Médicas
Calle de la Amistad
Colegiado No. 1711



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MEDICAS
Ciudad Universitaria, Zona 12
Guatemala, Centroamerica

APROBACION INFORME FINAL

OF. NO: 220-98

Guatemala, 27 de octubre 1998.

BACHILLER:
JULIA MARIA LOPEZ RAMIREZ
CARNET No. 90-13972

Facultad de Ciencias Medicas
USAC

Por este medio hago de su conocimiento que su Informe Final de Tesis,
titulado:

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES PREMALIGNAS EN UNA
POBLACION DE RETORNADOS DE UN AREA RURAL DE GUATEMALA

ha sido RECIBIDO, y luego de REVISADO se ha establecido que cumple con
los requisitos contemplados en el reglamento de trabajos de tesis; por
lo que es autorizado para completar los trámites previos a su
graduación.

Sin otro particular me suscribo de usted.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

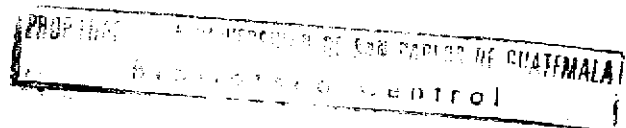

Dr. José María Gramajo Garméndez
Coordinador Unidad de Tesis



NOTA. La información y conceptos contenidos en el presente trabajo es
responsabilidad única del autor.

INDICE

	No. DE PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANALISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	6
V. REVISIÓN BIBLIOGRAFICA	7
VI. METODOLOGIA	28
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	38
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS	55
IX. CONCLUSIONES	57
X. RECOMENDACIONES	58
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	59
XII. ANEXOS	62



I. INTRODUCCIÓN

Con el presente estudio se buscó determinar cuál es la incidencia de lesiones cervico vaginales premalignas en una población que por las características de su ubicación, sus habitantes y su entorno social la hacen ser considerada de alto riesgo. Se eligió para el estudio la comunidad de retornados La Esmeralda, ubicada a 30 Km. del municipio de Dolores en el departamento de el Petén, lugar donde fueron reasentados el grupo de Guatemaltecos que por motivos vinculados con el enfrentamiento armado en nuestro país se vieron obligados a emigrar a otros países durante más de una década. Dicha población cuenta con gran diversidad étnica, (9 etnias), por lo que existen diversos patrones culturales relacionados con la salud. El alto índice de analfabetismo así como la extrema pobreza de los habitantes impiden que los mismos puedan tener acceso a los servicios básicos de salud.

Se encontró un 2 % de incidencia de lesiones precursoras de malignidad y el 100 % de pacientes presentó algún cambio inflamatorio leve, moderado o severo. Es importante hacer notar que la mayoría de las pacientes en estudio tenían menos de 35 años de edad y refirieron durante la entrevista gozar de algún grado de estabilidad sexual, lo cual hace que el riesgo de CA del cérvix disminuya.

Se recomienda realizar campañas para concientizar a la población femenina sobre la importancia del Papanicolaou como método de detección temprana de malignidad en el cérvix.

II. DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

El cáncer del cuello uterino es una de las causas de muerte más frecuente en la población femenina de América Latina y el Caribe, (15).

En México cada dos horas muere una mujer por cáncer cérvico uterino y para 1994, se reportaron 4624 muertes por esta patología; así mismo se estima que entre 1985 y 1992 se perdieron más de cincuenta mil años de vida productiva. (5),(12),(15)

En Guatemala es la patología más frecuente en la población femenina, y en la mortalidad por cáncer, ocupa el segundo lugar después del cáncer del estómago; según informes de la Liga Nacional Contra el Cáncer, para 1996 se presentaron alrededor de 800 nuevos casos, con tasa de 45 por 100000 mujeres mayores de 20 años. (13)

En los países desarrollados hace seis décadas, el carcinoma del cérvix ocupaba la primera causa de muerte, ésta ha disminuído en forma espectacular hasta el octavo sitio, gracias a la especificidad de la prueba citológica, propuesta por George Papanicolaou en 1928; demostrando cómo el diagnóstico de lesiones precursoras e incipientes y la identificación de factores de riesgo, el tamizaje a grupos de alto riesgo así como un tratamiento adecuado, son los principales recursos para disminuir las defunciones por cáncer. (12), (13)

El presente estudio se realizó en la comunidad de retornados La Esmeralda, ubicada a 30 Km del municipio de Dolores en el departamento de Petén; se pretendía hacer prueba de Papanicolaou a

las mujeres que habitan en dicha comunidad, con antecedentes de vida sexual activa y que por propia voluntad decidieron participar en el estudio, con el objetivo de conocer cuál es la incidencia de lesiones precursoras de cáncer del cérvix en una población que por sus características tanto geográficas como sociales, culturales y económicas puede ser catalogada como de alto riesgo.

III. JUSTIFICACIÓN

La mortalidad por cáncer del cuello uterino sigue siendo un problema mundial, el cual con el paso del tiempo está siendo controlado, a través de la detección temprana de lesiones precursoras, utilizando para esto la prueba de Papanicolaou cervico vaginal, uno de los principales medios que a bajo costo, presenta una especificidad bastante aceptable.

El riesgo de desarrollar una neoplasia del cuello uterino se relaciona con las prácticas sexuales de una clase social determinada, según se sabe, esta enfermedad se presenta más en mujeres de clase social baja. (5),(8)

La religión juega un papel importante ya que se ha reportado menor incidencia en mujeres mormonas o judías. El grupo étnico también es importante ya que dicha patología ha sido reportada más en mujeres indígenas que en blancas americanas, todo esto es modificado por diversos factores como la pobreza, el analfabetismo y el difícil acceso a los servicios de salud. Lo anterior es una situación bastante marcada en países como Guatemala, en donde la diversidad étnica y la pobreza predisponen a que las poblaciones, principalmente del área rural sean consideradas como de alto riesgo, ya que dificulta la aceptación de la prueba y el conocimiento de la existencia de enfermedades sexualmente transmisibles, (papiloma virus y herpes simple). Estas condiciones no son ajenas a las poblaciones desarraigadas por el conflicto armado y más aún si tomamos en cuenta que los lugares de reasentamiento actual están ubicados en lugares poco accesibles y en donde ya los servicios de salud eran insuficientes para los que residían con anterioridad.

Con el presente estudio, se pretende conocer la incidencia de lesiones premalignas en una población considerada de alto riesgo y donde en la mayoría de los casos no se ha realizado nunca una prueba diagnóstica para la detección de malignidad en el cérvix.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar por medio de la prueba de Papanicolaou cuál es la incidencia de lesiones premalignas del cuello uterino en una población de alto riesgo.

ESPECIFICOS:

1. Describir las características generales de la población estudiada.
2. Describir los antecedentes generales médicos y gineco-obstétricos de la población afectada con lesiones premalignas.
3. Describir otros hallazgos detectados a través del examen de Papanicolaou.
4. Proporcionar el medicamento requerido por las pacientes en quienes se encuentre alguna patología a través del Papanicolaou.

V REVISIÓN BIBLIOGRAFICA

LOS DESARRAIGADOS

Se define como población desarraigada, el grupo de personas que por motivos vinculados con el enfrentamiento armado, el cual duró más de 30 años, se vieron obligados a abandonar su lugar de origen y buscar refugio en países como México, Belice, Honduras, Nicaragua y Costa Rica, habiendo sido México el que recibió el mayor número de compatriotas (92 % de los migrantes).

Dentro de la población desarraigada también se incluye el grupo de refugiados, retornados y desplazados internos, tanto dispersos como agrupados.

Estas poblaciones desarraigadas están compuestas en su mayoría por campesinos indígenas del altiplano noroccidental, principalmente del Quiché, Totonicapán, Sololá, Huhuetenango, y centro norte de Chimaltenango, además, Quetzaltenango, San Marcos, Alta Verapaz, Baja Verapaz y Petén. (9), (20),(22)

PORQUÉ Y COMO SURGIERON:

En Guatemala como en muchos otros países latinoamericanos, la realidad y la historia que la ha llevado a ser lo que es hoy, se ha legitimado a través de mitos tal como éste en donde se le llama "el país de la eterna primavera" en donde menciona que juntos en un clima privilegiado y paisajes maravillosos, las diferencias sociales, étnicas, económicas y culturales se resuelven en una sociedad dicotómica donde conviven armoniosamente mayas y no mayas.

Sin embargo, la realidad es otra y muy diferente. Los hechos que están en la Génesis del Exodo no pueden disociarse de las profundas desigualdades que caracteriza la historia de Guatemala, la injusticia, la intolerancia y la represión, esa realidad enmascarada tras el mito es la que obligó a los guatemaltecos a escapar a México y a otros lugares fuera de su tierra.

En este país más de la mitad del terreno cultivable está en las manos de menos del tres por ciento de la población y una décima parte de los guatemaltecos concentran casi la mitad del ingreso nacional. Más de las tres cuartas partes de la población se encuentran bajo la línea de pobreza, la cual afecta principalmente a los indígenas.

En Guatemala además del problema de la tierra, han surgido conflictos de distinto tipo tales como el problema étnico y cultural, la escasa presencia del Estado fuera del área metropolitana, de agricultura agroexportadora, la consolidación de una fuerza militar con una creciente fuerza política y que repetidas veces se ha impuesto a la sociedad civil, aunado, la práctica cotidiana donde la violencia se ha constituido en algo común.

Mientras en la ciudad se observa progreso, modernidad y riqueza, aún gran parte del pueblo principalmente indígena, vive en absoluta pobreza con una realidad social distinta. Se observa la migración de gran cantidad de campesinos minifundistas hacia las plantaciones de productos de agroexportación (café, caña y algodón) ofreciendo mano de obra barata y en condiciones de extrema desigualdad.

La inequidad entre el crecimiento económico y el desarrollo social así como el racismo, es sin duda lo que originó el conflicto político y social del país, lo que propició el surgimiento de las organizaciones guerrilleras.

Aunque durante el enfrentamiento armado interno, a las organizaciones guerrilleras se sumaron personas de todos los grupos étnicos y culturales del país, los pobladores de las aldeas, los indígenas pobres de Guatemala, no se organizaron como una base militante de apoyo táctico para los grupos armados, constituyéndose en grupos civiles de carácter activo y contestatario, sin embargo fueron calificados como guerrilleros. Mujeres, niños y ancianos fueron considerados por el ejército como enemigos; es por eso que se realizaron operaciones de tierra arrasada que, destruyendo cosechas, ganado, viviendas y edificios, terminó con el espacio de vida de los sobrevivientes y les cortó el vínculo con sus poblaciones originales.

Ante esa historia de represión masiva contra la población, la huida a México y a otros países limítrofes, fue la solución inmediatamente factible para la población del área objeto de violencia. (3),(9),(18)

El 17 de junio de 1994 en Oslo se firma el acuerdo para el reasentamiento de las poblaciones desarraigadas por el enfrentamiento armado entre URNG y el gobierno de Guatemala.

El reasentamiento es el proceso legal de retorno, ubicación e integración de las poblaciones y personas desarraigadas a su lugar de origen u otro de su elección dentro del territorio guatemalteco, lo cual implica que estos merecen una atención especial por las consecuencias que el desarraigo tuvo en ellas; para esto es necesario una estrategia que asegure en el plazo más breve su ubicación en condiciones de seguridad y de dignidad y su libre y plena integración a la vida social, económica y política del país, proporcionando además servicios mínimos de atención en salud. (20)

Las partes reconocen que es un deber humanitario resarcir y/o asistir a las víctimas de violación a los derechos humanos. Dicho resarcimiento se hará efectivo a través de medidas y programas gubernamentales de carácter civil y socioeconómico, dirigido en forma prioritaria a quienes más lo requieran, dada su condición económica y social.

Dentro del “ACUERDO SOBRE ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS Y SITUACIÓN AGRARIA”, el gobierno se compromete a regionalizar los servicios de salud, educación y cultura de los pueblos indígenas y asegurar la plena participación de las organizaciones indígenas en el diseño e implementación de este proceso, así también se compromete a implementar programas de salud para la mujer, lo cual implica el acceso a servicios apropiados de información, prevención y atención médica.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística INE, Guatemala tiene para 1995 una población estimada de 10 millones de habitantes de las cuales 67% radica en el área rural; 61% es indígena y 50.7% son mujeres. (16),(17)

En la mortalidad de mujeres en edad fértil, la mortalidad materna es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial.

La mortalidad materna es un indicador que expresa el daño extremo que sufre la mujer durante su vida reproductiva, así también lo es la baja disponibilidad y calidad de los servicios de salud, las condiciones sociales inapropiadas, alimentación deficiente y las consecuencias de la marginación que vive, aunado a esto, Guatemala presenta la cobertura de salud más baja de América Latina, por lo tanto un acceso desigual a los servicios de salud principalmente en el área rural.

La persistente ubicación del cáncer cervicouterino como una de las principales causas de muerte en la mujer, no deja de ser una afrenta para los servicios de salud. La marginación social del sexo femenino se hace evidente con la mortalidad manifiesta por esta neoplasia.

Es por eso importante la implementación de programas dirigidos a grupos de alto riesgo en donde puedan realizarse pruebas de Papanicolaou masivas y a bajo costo para la identificación temprana de lesiones precursoras.

EPIDEMIOLOGIA:

Hasta 1940 el carcinoma del cuello uterino era la causa principal de muerte por neoplasia maligna en las mujeres norteamericanas. El carcinoma cervical se ubica ahora como la sexta causa de mortalidad; la declinación en la incidencia se relaciona con la accesibilidad del cuello uterino a la visualización directa y al estudio celular y tisular lo que conduce al reconocimiento de los trastornos cervicales premalignos. (10)

El cáncer cervicouterino es una de las neoplasias potencialmente curable. La probabilidad de detectar en forma temprana esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento. Mientras en países desarrollados la incidencia y la mortalidad debidas a este padecimiento han decrecido en forma significativa en este siglo, en los países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso; en particular los países de América Latina se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia en todo el orbe. Se estima que en esta región una de cada mil mujeres de 35 a 55 años padece cáncer del cuello uterino, enfermedad que es precedida durante meses o años

por una lesión premaligna in situ (las lesiones precursoras se presentan a partir de la segunda década y el cáncer in situ en la cuarta década de la vida, mientras que el cáncer infiltrante aparece hacia los 45 años de edad). (5),(8),(10),(12)

Si bien es cierto que tanto la naturaleza multifactorial involucrada en la génesis del padecimiento, como la dificultad para establecer medidas de protección específicas, inciden en forma negativa en la ocurrencia del padecimiento, la identificación de factores de riesgo, la posibilidad de diagnóstico temprano y de tratamiento certero, secundarios al desarrollo tecnológico, y la mejoría en el acceso a los servicios de salud, han hecho vulnerable al padecimiento y han fortalecido la premisa de que el cáncer cervicouterino es una enfermedad 100% prevenible y curable. (5),(10),(12)

Se conoce por ejemplo, que las tasas de incidencia para mujeres hispanas y grupos femeninos de indios americanos, es aproximadamente el doble de la población blanca. A su vez se ha demostrado que afecta predominantemente a clases sociales bajas hasta cinco veces más que en las clases altas.

Se han identificado, también, diversos grupos religiosos en los cuales el padecimiento es menos frecuente, dentro de los que se encuentran las monjas católicas, mormones y judíos. Se podría suponer que la baja frecuencia se debe a los patrones de conducta sexual de estos grupos y a la presencia de circuncisión en los varones, en especial en los judíos.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la relación que existe entre los factores sexuales como la actividad sexual, en especial en mujeres con inicio de vida sexual a edades tempranas y con relación al número de parejas sexuales, la gestación ya que los

cambios proliferativos que acompañan al embarazo, tienen un efecto promocional, para el desarrollo de esta neoplasia, sobre todo la multiparidad y el primer embarazo a término antes de los 15 años.

Aspectos ginecológicos y obstétricos se han relacionado con la enfermedad, tales como la edad de la menarquia y la menopausia.

Se han implicado algunos agentes infecciosos en la presencia de este proceso neoplásico como el virus del herpes simple tipo II y el papiloma virus.

En consecuencia la identificación de individuos con alto riesgo pueden condicionar la población blanco para tamizaje con citología exfoliativa ya que se ha considerado que la introducción de los programas de detección masiva ha condicionado un descenso en la incidencia y mortalidad por cáncer cervicouterino. (8),(12)

CITOLOGIA EXFOLIATIVA.

DEFINICIÓN:

La citología exfoliativa se ocupa del estudio de las células descamadas de los tejidos, tanto en condiciones normales como patológicas. En la mayor parte de los casos estos tejidos son epiteliales. (11)

HISTORIA:

George N. Papanicolaou, en 1928 hizo la observación incidental de que en extendidos de células tomadas de la vagina en el humano, pueden observarse células derivadas del cuello uterino. En 1939, Papanicolaou fue capaz de identificar en los extendidos

células cancerosas, en pacientes con cánceres del útero sin otras manifestaciones de la enfermedad, posteriormente el método se perfeccionó al tomar las muestras directamente del cérvix y no de la vagina. (5)

USOS DEL PAPANICOLAOU:

El método del Papanicolaou se ha utilizado en la detección de enfermedades neoplásicas en líquido bronquial, en líquido peritoneal, pleural, articular y secreciones prostáticas. En todos estos casos la citología ha demostrado tener gran valor diagnóstico en procesos neoplásicos, pero el valor más representativo lo tiene en la región cervicovaginal, ya que el Papanicolaou puede demostrar células displásicas o francamente neoplásicas en un 90- a 95%. (14)

FUNDAMENTO:

Los diversos tipos de epitelio que reviste el tracto genital, descaman continuamente células, que se acumulan en el interior de las cavidades naturales. Esta descamación celular es un proceso ininterrumpido, y su intensidad depende del tipo de epitelio. El epitelio vaginal se renueva aproximadamente cada 8 días, y el endocervical, cada dos semanas.

En condiciones patológicas, la descamación es más intensa cuando más inmadura es la lesión, ya que entonces disminuye considerablemente las fuerzas de cohesión que las células tienen entre sí.

La morfología de las células es el resultado de la actividad de crecimiento y de la diferenciación funcional del epitelio del cual proceden.

Las células muestran también alteraciones de tipo degenerativo que algunas veces son específicas de procesos inflamatorios (trichomonas, virus, etc.) o metabólicos (déficit de ácido fólico, radiación, etc.). (11)

INDICACION DE EXAMEN DE PAPANICOLAOU CERVICAL:

Debe hacerse a toda mujer sexualmente activa asintomática.

El embarazo no contraindica la prueba de Papanicolaou. (5)

INTERVALOS DEL EXAMEN DE DETECCIÓN:

En noviembre de 1987, la American Cancer Society, según sus normas para el examen de detección del cáncer cervical, recomendó: "que todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas o que han alcanzado los 18 años de edad, efectúen examen de Papanicolaou y examen pelviano anual".

Después que una mujer ha presentado tres o más exámenes anuales, satisfactorios consecutivos, el examen de Papanicolaou se puede utilizar con menor frecuencia. (10)

PRECISIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAOU:

La tasa de error varía entre el 15% y el 30%, se dice que entre las causas, la interpretación del laboratorio es responsable de aproximadamente un tercio de los errores; la mayoría se debe a errores en la toma de la muestra por técnica inadecuada para la misma.

Es importante señalar que algunas lesiones no exfolian células anómalas con tanta facilidad; las células neoplásicas también pueden ser oscurecidas por cambios inflamatorios, especialmente cuando existe un carcinoma invasor.

El 50% de las mujeres con cáncer invasor tienen PAP con resultados negativos. Esto hace recalcar el hecho de que el examen de Papanicolaou es una técnica valiosísima para la detección temprana de lesiones precursoras y no para el diagnóstico de cáncer del cuello uterino. (10)

REQUISITOS PARA REALIZAR EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU:

1. Visión directa del cérvix a través de un espéculo vaginal
2. Que no se utilice medicamentos intravaginales en ese momento
3. No hacerse duchas vaginales en 28 a 72 horas ante del examen
4. Abstenerse de relaciones sexuales 24 horas antes del examen

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER EXTENDIDOS DE PAPANICOLAOU:

1. Colocar a la paciente en posición ginecológica: se colocan los talones en los estribos, los muslos de la paciente forman un ángulo de 45 grados, las rodillas se sitúan hacia los lados y los glúteos en el extremo de la mesa.

2. Debe instruirse a la paciente para que no utilice ducha vaginal ni ningún tipo de lubricante durante 24 horas antes de obtener un extendido de Papanicolaou.
3. Se obtienen muestras citológicas con un espéculo sin lubricar antes del examen pelviano.
4. El cuello uterino se debe visualizar totalmente cuando se obtiene el extendido.
5. Se deben tomar muestras por separado de ectocérvix y endocérvix.
6. Tomar la muestra con uno de los instrumentos: hisopos, pipeta de aspiración, o paleta de Ayre, se toma la muestra del orificio cervical y del fórnix posterior, luego se extiende desde el centro de la laminilla hacia arriba de forma horizontal.
7. Se fija inmediatamente el porta objeto para evitar el secado ya sea sumergiéndolo en un frasco de alcohol etílico al 95% durante 15 minutos o bien vaporizando con aerosol mientras se mantiene la lata de aerosol por lo menos a 25 a 35 cm. del porta objeto. Los porta objeto fijados en alcohol etílico al 95% pueden ser transportados al laboratorio en el baño de alcohol o dejarse secar al aire luego de su fijación.

Los extendidos fijados con aerosol deben ser secados al aire antes de enviarlos al laboratorio.

8. La muestra debe estar correctamente identificada.

9. Usando una caja especial para láminas, cada frote y su correspondiente hoja de solicitud deberá ser enviada al laboratorio de citología lo más pronto posible.
(7),(10),(15),(21)

INTERPRETACIÓN:

En el laboratorio se realiza la tinción de Papanicolaou y se somete a un examen microscópico para efectuar el diagnóstico citológico, el cual puede reportar:

A) AGENTES PATOGENOS:

1. *Trichomona vaginalis*: protozooario flagelado, que tiene forma de pera con movimientos rotatorios y vacilantes. La trichomoniasis produce ardor y prurito vulvar, flujo de color amarillo, espumoso y fétido, aunque un gran porcentaje es asintomático.

El tratamiento que más se utiliza es Metronidazol, 2 gramos en una sola dosis, debiendo tratar también a la pareja.

2. *Cándida albicans*: es una levadura oval que produce micelios y seudomicelios. Se ha demostrado que existen diversos factores que influyen en su desarrollo: embarazo, diabetes mellitus, inmuno compromiso, antibióticos de amplio espectro y anticonceptivos orales.

Las manifestaciones clínicas son leucorrea de aspecto grumoso y prurito. El diagnóstico se hace por KOH al 10% y a través del Papanicolaou donde se observan esporas de *Cándida albicans* rodeada de típicos halos con micelios o hifas. El tratamiento es Ketoconazol 400 mg por vía oral durante 5 días.

3. *Gardnerella vaginalis*: bacilo Gram negativo, aerobio facultativo que ha sido asociado como agente infeccioso de la vaginitis inespecífica. Las manifestaciones clínicas son flujo escaso a moderado, espumoso y fétido (olor a pescado). El diagnóstico es realizado por gram o Papanicolaou. El tratamiento es 7 días de Metronidazol a dosis de 500 mg Cada 12 horas o ampicilina 500mg cada 6 horas durante 7 días. (2),(21)

B) ALTERACIONES EPITELIALES:

Son procesos que en forma facultativa u obligada terminarán en un carcinoma invasor, que son las displasias y el carcinoma intraepitelial. (21)

DISPLASIAS:

El término displasia significa "forma anómala", en términos científicos "alteración del desarrollo".

Llamamos displasia, a las alteraciones en la diferenciación celular que sufre el epitelio escamoso que reviste el exocérnix durante la maduración. Estas alteraciones de la maduración y diferenciación pueden afectar las células parabasales intermedias y superficiales; dichos procesos van acompañados de hiperqueratosis. Se clasifican en leve, moderada y severa con base a la intensidad de las modificaciones a la arquitectura general del epitelio y la morfología de los componentes celulares en los diferentes estratos epiteliales. Entre los cambios más frecuentes se encuentran:

-Núcleos desproporcionadamente voluminosos e hiper cromáticos.

-Anomalías de la diferenciación celular

-Alteraciones en la maduración de los citoplasmas

-Queratinización prematura, inversión de la relación núcleo citoplasma. (12),(21)

Displasias leves o moderadas: en el examen citológico con coloración de Papanicolaou se observan células de forma poligonal aisladas y en pequeños grupos, coloración basófila, o eosinófila, bordes finos bien delimitados, aumento moderado de la relación núcleo citoplasma, núcleo de forma redonda u oval en situación central y una cromatina toscamente granular con cromocentros irregulares. La membrana está bien definida y a veces es de contornos irregulares; con frecuencia existe multinucleación y no hay nucleólos.

Displasias graves: actualmente se denominan neoplasia cervical intraepitelial de grado III.

En las displasias graves existen células con caracteres citoplasmáticos parecidos a los descritos en las células parabasales. El núcleo es central de un tamaño de 10 a 20, con una cromatina toscamente irregular y cromocentros igualmente irregulares. La membrana es de contorno y trayecto irregulares y no es frecuente la multinucleación ni tampoco la presencia de nucleólos. (11), (21)

Otra clasificación de lesiones cervicales pre invasoras es el NIC, Neoplasia Intraepitelial Cervical, con diferentes grados de I a III:

NIC grado I: (displasia leve) las anomalías afectan el tercio inferior del grosor total del epitelio.

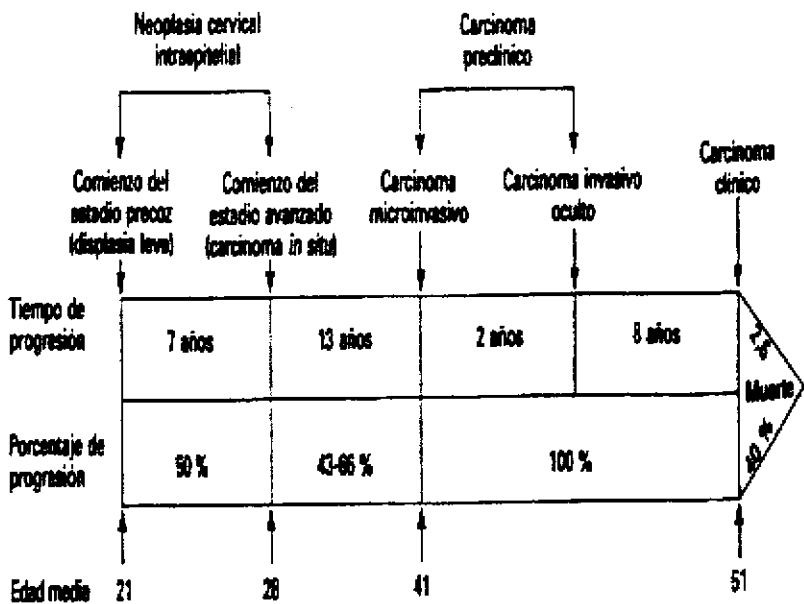
NIC grado II: (displasia moderada) se encuentra afectado un tercio y dos tercios de todo el espesor del epitelio.

NIC grado III: (displasia grave y carcinoma in situ) la alteración se extiende a todo el espesor del epitelio.

Histopatológicamente, las lesiones cervicales pre-invasoras se desarrollan a través de algunos estadios de displasia (leve, moderada, severa) los cuales llevan al carcinoma in situ y finalmente a la micro invasión y a la invasión profunda y a distancia. La mayoría de los patólogos está de acuerdo con que la displasia severa y el carcinoma in situ no pueden ser diferenciados con seguridad y que la displasia severa o aún la moderada, pueden resultar en una enfermedad invasora e invasión profunda y a distancia.

La secuencia de la transformación es la siguiente: neoplasia intraepitelial cervical (displasia leve → displasia moderada → displasia grave → carcinoma in situ) → carcinoma microinvasivo → carcinoma invasivo pre clínico oculto → carcinoma invasivo clínico.

En el siguiente cuadro se esquematiza el tiempo que transcurre entre una transformación y otra y el porcentaje de casos que progresará a la siguiente fase, ya que según estudios un determinado número de casos puede sufrir regresión y por el contrario algunas veces el paso de un estado a otro puede ser mucho más rápido, es decir desde NIC I a carcinoma invasivo sin pasar por la fase intermedia de NIC II y III. (11),(21)



Fuente: J. González Merlo, Ginecología Masson.

CARCINOMA IN SITU:

En 1910, Rubin introdujo la denominación **carcinoma in situ**, éste término se generalizó en 1932; en 1961 en el Primer Congreso Internacional de Citología se definió el carcinoma in situ como "aquellos casos en los que no hay invasión y muestran un epitelio en la superficie en el que no existen signos de diferenciación".

El carcinoma in situ descama en proporción una mayor cantidad de células anormales que la displasia leve o grave. Las células suelen descamar aisladas aunque pueden verse también placas de tipo sincitial.

Existe polimorfismo nuclear, en el carcinoma in situ, por la uniformidad de sus células, hay escasa variación del tamaño y de la forma de las células. El núcleo ocupa la mayor parte del área citoplasmática y suele ser redondo u oval. La cromatina es toscamente irregular con cromocentros de distribución irregular, y pueden verse a menudo figuras de mitosis; no suelen verse nucleólos.

El carcinoma in situ es claramente precursor del carcinoma infiltrante, conclusión que se basa en tres pruebas:

- a) El hallazgo de focos de carcinoma infiltrante in situ y de carcinoma infiltrante que coexiste en el mismo cérvix.
- b) El desarrollo de un carcinoma infiltrante hasta en un 71% de las mujeres que fueron seguidas y no recibieron tratamiento durante por lo menos 12 años después del diagnóstico de carcinoma in situ
- c) El hecho de que la mayoría de los nuevos casos de

carcinoma infiltrante se originó de una población de mujeres en las cuales previamente se había comprobado la existencia de displasia o de un carcinoma in situ. (21)

La clasificación de este tipo de carcinoma según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) en 1979:

Estadio 0: Carcinoma in situ. Carcinoma Intraepitelial.

Estadio I: carcinoma estrictamente circunscrito al cuello uterino

IA: carcinoma micro invasivo (invasión temprana del estroma)

I B: Todas las otras formas de la etapa I

Estadio II: el carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, sin difundirse sobre la pared pélvica. El tumor afecta la vagina, sin incluir el tercio inferior.

II A: no hay afección obvia de los parametrios.

II B: hay afección obvia de los parametrios pero no llega a la pared pélvica.

Estadio III: el carcinoma se ha extendido sobre la pared pélvica. A la exploración rectal no existe espacio libre entre el tumor y la pared pélvica. El tumor ha afectado el tercio inferior de la vagina, existe hidronefrosis o anulación funcional de un riñón.

III A: no hay extensión sobre la pared pélvica

III B: diseminación sobre la pared pélvica. Hidronefrosis, o un riñón no funcional o ambos trastornos.

Estadio IV: el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o clínicamente invade la mucosa de la vejiga urinaria o el recto. No se permite que una enferma con edema vesicular sea clasificada en la etapa IV

IV A: diseminación del desarrollo hacia los órganos adyacentes (recto, vejiga, con biopsia positiva)

IV B: diseminación del desarrollo a los órganos distantes. (4), (19),(21)

Tratamiento:

Láser

El láser actúa por absorción de la energía por el agua del tejido que se convierte en calor, lo que produce la evaporación del agua contenida en las células y por consiguiente sobreviene su muerte.

Cuando se encuentra un frotis citológico anormal, (displasia o carcinoma in situ), estos pueden ser erradicados con láser, mediante una vaporización en forma cónica. Para asegurar la ausencia de enfermedad más avanzada en el canal se debe practicar un legrado endocervical.

Las complicaciones del tratamiento con láser son escasas, la más frecuente es la hemorragia.

Crioterapia:

Técnica que consiste en la congelación de las células mediante la aplicación de temperaturas bajas, esto produce deshidratación y formación de cristales intracelulares, finalmente la muerte de la célula. La congelación de la zona a tratar debe de ser de 3 minutos y se descongela por 5 minutos, repitiendo el proceso. Esta técnica no es dolorosa, el sangrado es poco y deja una cicatriz mínima.

Electrocoagulación:

Se emplea en el tratamiento del NIC, el resultado es bajo, y produce destrucción profunda, por ello se utiliza más cuando las lesiones son en el epitelio superficial.

Asa Diatérmica:

LLETZ, asa de alambre fino, forma un electrodo diatérmico que permite la incisión profunda de la zona de transformación con mínima lesión de los tejidos.

Histerectomía:

Se recomienda en mujeres con NIC III y más de 40 años; también se recomienda hacer después de un cono, cuando el estudio histológico, correctamente realizado, informa que los bordes de la pieza están afectados por la NIC.

Conización:

Es el método más exacto para realizar el diagnóstico definitivo ya que permite conocer la extensión completa del NIC, descartar la existencia de invasión y estudiar si la lesión tiene uno o varios focos de crecimiento. También puede ser tratamiento si se comprueba que los bordes de las piezas extirpadas contienen tejido sano.

La supervivencia depende del estadio en que se encuentre:

Estadio 0	cura 100%
Estadio I	de un 80 a 90%
Estadio II	75 %
Estadio III	35%
Estadio IV	de 10 a 15 % (2), (11), (21)

VI. METODOLOGIA

A. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo-transversal

B. OBJETO DE ESTUDIO

Resultados de exámenes de Papanicolaou de las mujeres de la comunidad de retornados "La Esmeralda", Dolores Petén.

Se tomó en cuenta al 100 % de mujeres con antecedente de vida sexual activa y que por propia voluntad participaron en el estudio.

C. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE TRABAJO

La comunidad La Esmeralda se encuentra ubicada a 30 Km del municipio de Dolores en el departamento del Petén, cuenta con una población de 1060 habitantes de los cuales 576 son hombres y 484 son del sexo femenino de estas 211 se encuentran en edad reproductiva.

La población es originaria de distintos departamentos del país, principalmente de: Huehuetenango, San Marcos, Quiché, Sololá y Cobán, es por esto que en ella habitan distintas etnias (Canjobal, Quiché, Mam, Ladino-castellano, Jacalteco, Queqchí, Ixil, Chuj y Kakchiquel). Permanecieron refugiados en México durante un periodo de 15 años, retornando al país el 12 de Julio de 1995.

D. Criterios de inclusión y exclusión:

Se incluyó dentro del estudio los resultados del examen de Papanicolaou cervico vaginal realizado durante el mes de Septiembre a las mujeres que habitan en la comunidad "La Esmeralda" con antecedentes de vida sexual activa.

Se excluyeron del estudio todas aquellas mujeres que no desearon participar, y/o que no pertenecían al grupo de desarraigadas

E. VARIABLES

Edad

- a. Definición: tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó en años cumplidos, lo referido por las pacientes al momento de la entrevista.

Estado Civil

- a. Definición: estado legal que ubica a una persona en su relación de pareja.
- b. Escala de medición: nominal, se registró en la boleta de recolección de datos lo referido por la entrevistada: soltera, casada, unida, viuda.

Etnia

- a. Definición: grupo de familias en el sentido amplio de la palabra,

en un área geográfica variable, cuya unidad se basa en una estructura familiar económica y social comunes y en una lengua y cultura asimismo comunes.

- b. Escala de medición: nominal, se definió de acuerdo a su lugar de origen: Canjopal, Quiché, Mam, Ladino-castellano, Jacalteco, Queqchi, Ixil, Chuj o Kakchiquel.

Religión

- a. Definición: conjunto de creencias y dogmas que definen las relaciones entre el hombre y la divinidad. Conjunto de prácticas y ritos específicos propios de cada creencia.
- b. Escala de medición: nominal, se anotó el dato referido durante la entrevista: católica, evangélica, otras.

Escolaridad

- a. Definición: tiempo que se asiste a un centro de enseñanza para llevar a en él los estudios.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó en cuenta el último año cursado: analfabeta, primaria, básico, diversificado.

Partos

- a. Definición: culminación del embarazo por vía vaginal o abdominal con un producto viable.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó en cuenta únicamente producto viable: entre 1 y 3, de 4 a 10, más de 10.

Gestas

- a. Definición: número de veces que la paciente ha estado embarazada incluyendo los abortos.
- b. Escala de medición: ordinal, se anotó el número de gestas referido por la paciente: entre 1 y 3, entre 4 y 10, más de 10.

Abortos

- a. Definición: expulsión del producto antes de la 20 semana de gestación y/o con peso menor de 1000 gramos.
- b. Escala de medición: ordinal, se anotó lo referido por la paciente al momento de la entrevista.

Fecha de última regla

- a. definición: se entiende como la fecha en la que se presentó el último ciclo menstrual.
- b. Escala de medición: nominal, se anotó la fecha en la que inició el último ciclo menstrual según fue referido por la paciente.

Métodos de anticoncepción

- a. Definición: conjunto de técnicas utilizadas para la planificación de embarazos deseados.
- b. Escala de medición: nominal, se anotó la utilización o no de algún método de planificación, especificando el mismo: pildora, DIU, método natural, otros.

Edad de la Menarquía

- a. Definición: aparecimiento de la primera menstruación.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó la edad referida por la paciente.

Menopausia

- a. Definición: cese de la ovulación en la mujer, caracterizado por la detención definitiva de la menstruación.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó en cuenta la edad en años de la última menstruación referida por la paciente.

Edad de la primera relación sexual

- a. Definición: se entiende como la edad del inicio de las relaciones sexuales.
- b. Escala de medición: ordinal, se anotó la edad a la que se tuvo la primera relación sexual según lo refirió la paciente.

Edad del primer embarazo

- a. Definición: se entiende como la edad en años de la primera gestación.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó en cuenta la edad en años al momento del nacimiento del primer hijo.

Número de parejas sexuales

- a. Definición: Se entiende como el número de compañeros sexuales

que se ha tenido.

- b. Escala de medición: ordinal, se anotó lo referido por la paciente: 1 sola pareja, 2 parejas, 3 y más de 3 parejas.

Fecha de último Papanicolaou

- a. Definición: se entiende como el tiempo que ha transcurrido desde el examen de Papanicolaou anterior al actual.
- b. Escala de medición: ordinal, se tomó en cuenta en intervalos y por año la fecha del último Papanicolaou que se hizo la paciente.

Antecedentes de Leucorrea

- a. Definición: Se entiende como la secreción blanquecina o amarillenta, que procede de las vías genitales de la mujer.
- b. Escala de Medición: Nominal, se tomó en cuenta lo referido por la paciente refiere - no refiere.

Leucorreas

- a. Definición: secreción mucosa blanquecina, procedente de las vías genitales de la mujer.
- b. Escala de medición: nominal, se tomó en cuenta lo observado al momento del examen físico.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

- a. Definición: se consideran todas aquellas enfermedades que son transmitidas durante la relación sexual.

- b. Escala de medición: nominal, se tomó en cuenta lo referido por la paciente, durante la entrevista: refiere – no refiere.

Hemorragias vaginales post coito

- a. Definición: se definen como los sangrados presentados después del coito.
- b. Escala de medición: nominal, se anotó lo referido por la paciente durante la entrevista: refiere – no refiere.

Examen de Papanicolaou

- a. Definición: examen citológico por medio del cual se observa células descamadas del cuello del útero con el objetivo de descartar anormalidad.
- b. Escala de medición: nominal, se tomó muestras del cuello del cérvix y fondo de saco de Douglas, anotando los resultados referidos por el médico patólogo: normal, displasia leve, moderada, severa, Trichomonas, Cándida albicans, Gardnerella vaginalis.

F. Recursos:

1. Humanos:

Promotoras de salud de la comunidad

Mujeres de la comunidad que acepten participar en el estudio.

Médico asesor del trabajo de tesis.

Médico revisor del trabajo de tesis.

Patólogo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2. Materiales y físicos:

Clinica médica de la comunidad "La Esmeralda".

Biblioteca de la Facultad de Ciencias Medicas de la USAC.

Biblioteca de la Oficina Panamericana de la Salud OPS.

Biblioteca de APROFAM.

Laboratorio multidisciplinario Fac. de Ciencias Médicas.

Computadora.

Material de escritorio y papelería.

Espéculos y paletas de Ayre.

Porta y cubre objetos.

Medios de fijación.

3. Económicos

Fotocopias:	Q. 90.00
Impresión:	Q. 1500.00
Materiales de computación:	Q. 250.00

Transporte y movilización:	Q. 500.00
Material de laboratorio:	Q. 300.00
Total calculado:	Q. 2640.00

G. Ética de la investigación:

Los resultados de los Papanicolaou, así como la información obtenida se manejaron con absoluta discreción, respetando así la intimidad de las participantes.

Se proporcionó el tratamiento a las pacientes cuyo examen reportó patologías agudas.

El resultado de esta investigación será utilizado para la elaboración de un plan de seguimiento anual dentro de la comunidad.

H. Procedimiento para la recolección de la información:

Para la realización del presente estudio se tomó en cuenta dos momentos:

1. Etapa de sensibilización: durante la cual se llevó a cabo dos reuniones con participación de las mujeres líderes de la comunidad, (promotoras, comadronas y presidentas de los grupos Ixmucané y 12 de Julio), durante las cuales se dió a conocer los objetivos del trabajo, así también se hicieron las coordinaciones necesarias para la realización de talleres informativos al resto de la población.

2. Recolección de la información: para lo cual se planificó una semana de trabajo, durante la cual se efectuaron exámenes de Papanicolaou a las mujeres que aceptaron participar en el estudio. Se contó con los materiales necesarios y el instrumento especial para la recolección de datos, así también se contó con la colaboración de promotoras de la comunidad.

Las muestras se trasladaron al laboratorio multidisciplinario de la Facultad de Ciencias Médicas donde fueron preparadas; posteriormente fueron interpretadas por el médico patólogo Dr. Oscar Morales.

I. Análisis:

Ya recolectada la información se tabularon los datos los cuales se presentan por medio de cuadros y gráficas estadísticas; el análisis se hizo de manera general y sistemática, presentando los datos más importantes que arrojó el estudio así también las características de la muestra, de acuerdo a lo planteado en los objetivos del mismo.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

RESULTADOS

1. De las pacientes que participaron en el estudio, el 73 % no supera los 35 años de edad, (cuadro y gráfica No. 1).
2. Se encontró que el 44 % de la muestra estudiada son multiparas y el 49 % grandes multiparas, (cuadro y gráfica No. 5)
3. El 54 % de la muestra estudiada pertenece a una etnia indígena. (cuadro y gráfica No. 3)
4. 91 % de las pacientes son unidas o casadas y el 64 % refieren haber tenido una sola pareja sexual. (cuadro y gráfica No. 2 y 8)
5. En cuanto a la escolaridad, el 40 % son analfabetas y el restante 60 % curso más de algún año escolar. (cuadro y gráfica No. 4)
6. El 70 % de las pacientes tuvo su primera relación sexual después de los 15 años de edad y el 81 %, el primer embarazo a termino entre los 16 y 21 años de edad. (cuadro y gráfica No. 6 y 7)
7. 33% de las pacientes utiliza algún método anticonceptivo. (cuadro No. 13)
8. El 11 % de la muestra refirió antecedentes de enfermedades de transmisión sexual. (cuadro y gráfica No. 10)
9. Ninguna de las pacientes refirió hemorragias vaginales post coito. (cuadro y gráfica No. 11)
10. La incidencia de lesiones pre malignas en las pacientes objeto de estudio es de 2 %. (cuadro y gráfica No. 12)

11. En el estudio citológico se reporto cambios inflamatorios leves en el 26 % de las pacientes, moderados en el 40 % y severos en el 32 % de los casos, en su mayoría relacionados con *Gadnerella vaginalis* (14 casos). (cuadro y gráfica No. 12 y cuadro No. 12 A)

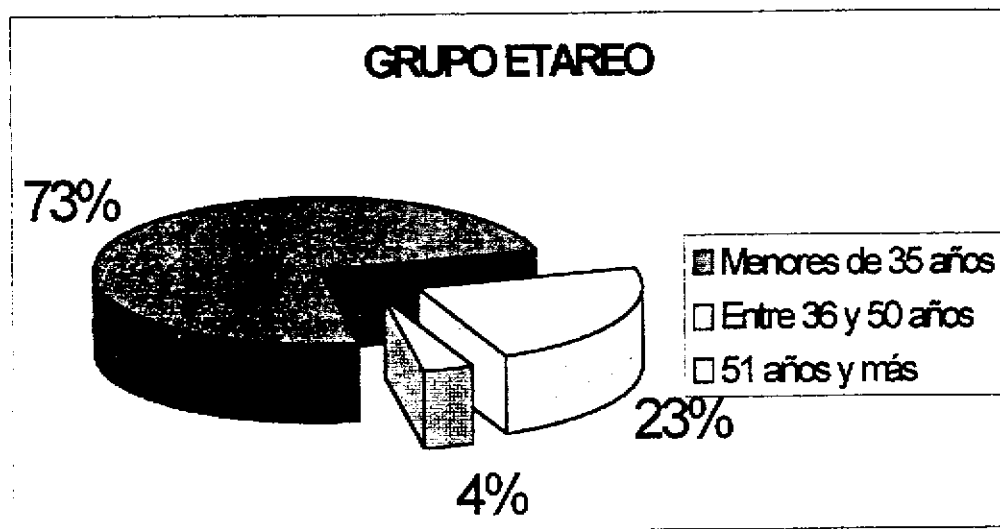
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 1

PACIENTES POR GRUPO ETAREO

MENOR DE 35 AÑOS	42
DE 36 A 50 AÑOS	13
51 AÑOS O MAS	2
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE : CUADRO No. 1

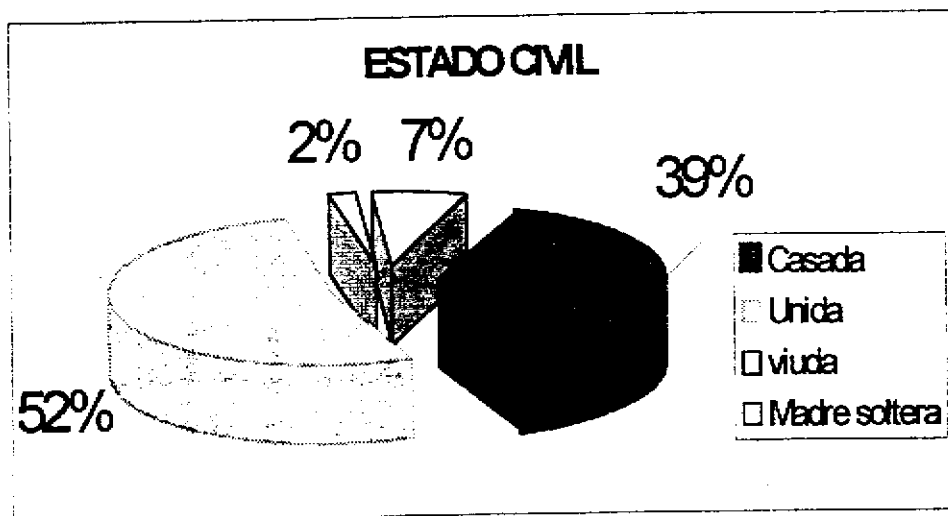
INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES PREMALIGNAS EN UNA POBLACIÓN DE RETORNADOS DE UN AREA RURAL DE GUATEMALA

CUADRO Y GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL

CASADAS	22
UNIDAS	30
VIUDAS	1
MADRES SOLTERAS	4
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTES : CUADRO No. 2

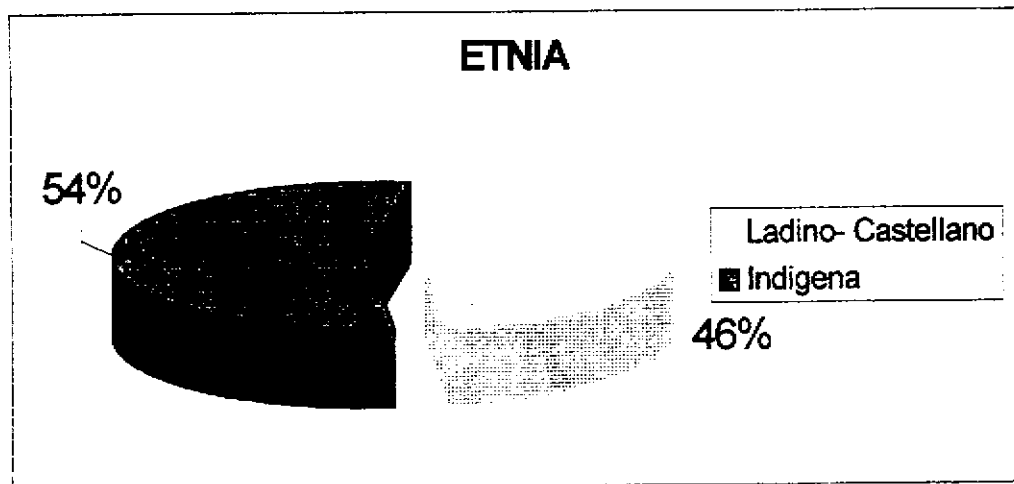
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 3

ETNIA

LADINO CASTELLANO	26
INDIGENA	31
TOTAL	57

FUENTE : BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE : CUADRO No. 3

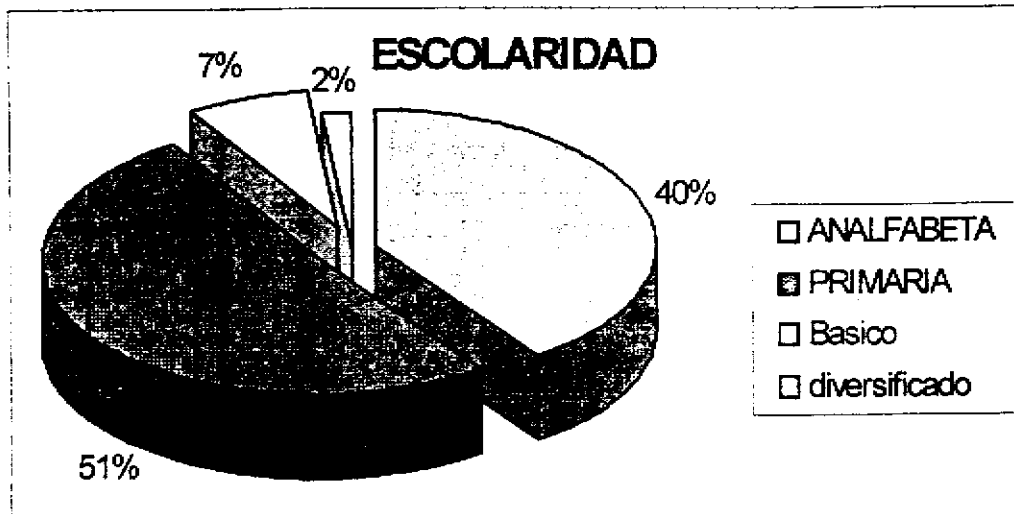
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 4

ESCOLARIDAD

ANALFABETA	23
PRIMARIA	29
BASICO	4
DIVERSIFICADO	1
TOTAL	57

FUENTE : BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE : CUADRO No. 4

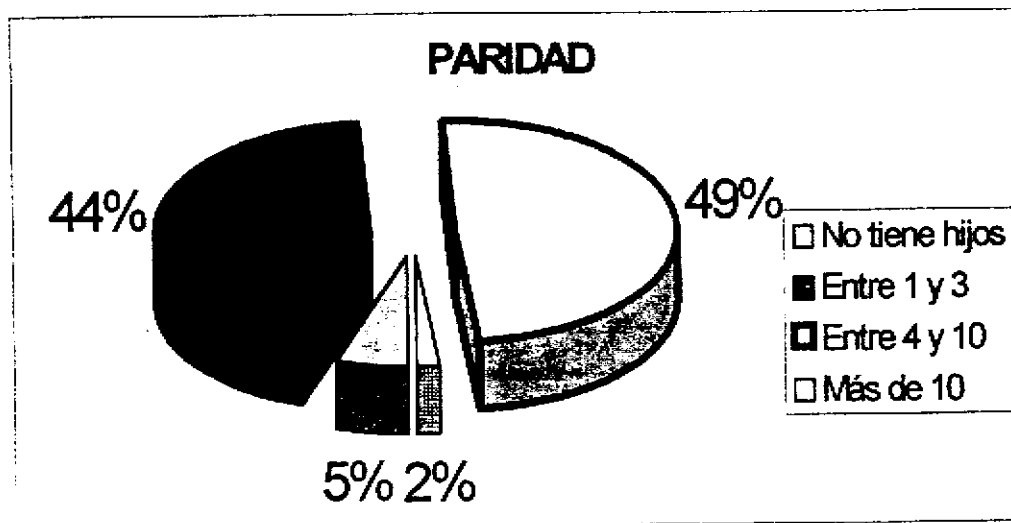
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 5

NUMERO DE PARTOS POR PACIENTE

NINGUNO	3
ENTRE 1 Y 3	25
ENTRE 4 Y 10	28
MAS DE 10	1
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



FUENTE : CUADRO No. 5

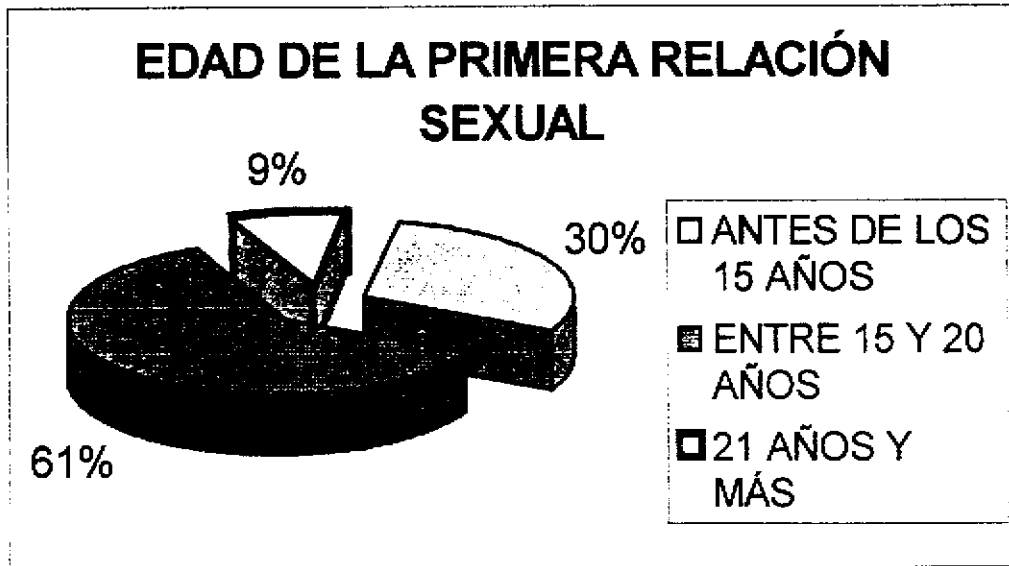
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 6

EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL

ANTES DE LOS 15 ANOS	17
ENTRE 15 Y 20 ANOS	35
21 ANOS Y MAS	5
TOTAL	57

FUENTE : boleta de recoleccion de datos



FUENTE : CUADRO No. 6

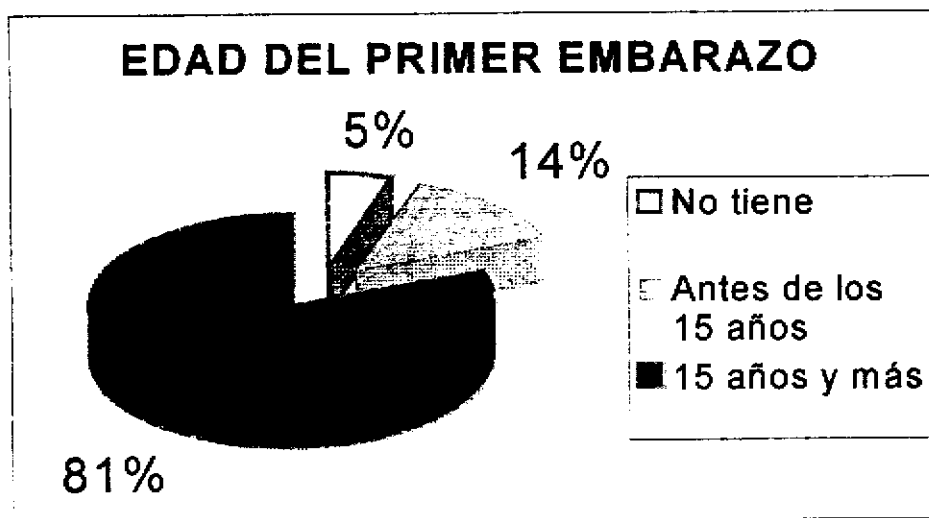
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 7

EDAD DE PRIMER EMBARAZO

NUNCA HA ESTADO	3
ANTES DE LOS 15	8
15 ANOS O MAS	46
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE : CUADRO No. 7

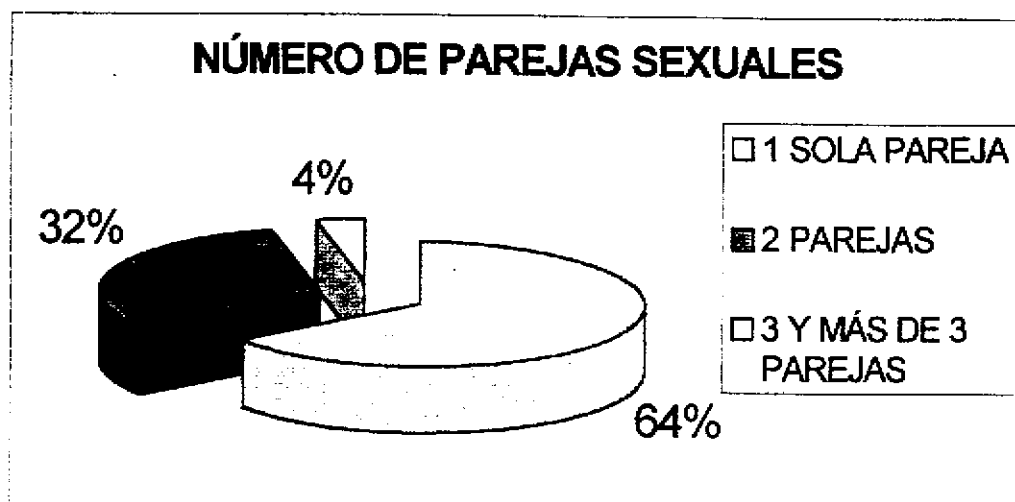
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 8

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES

UNO	37
DOS	18
TRES Y MAS	2
TOTAL	57

FUENTE : boleta de recoleccion de datos



FUENTE : CUADRO No. 8

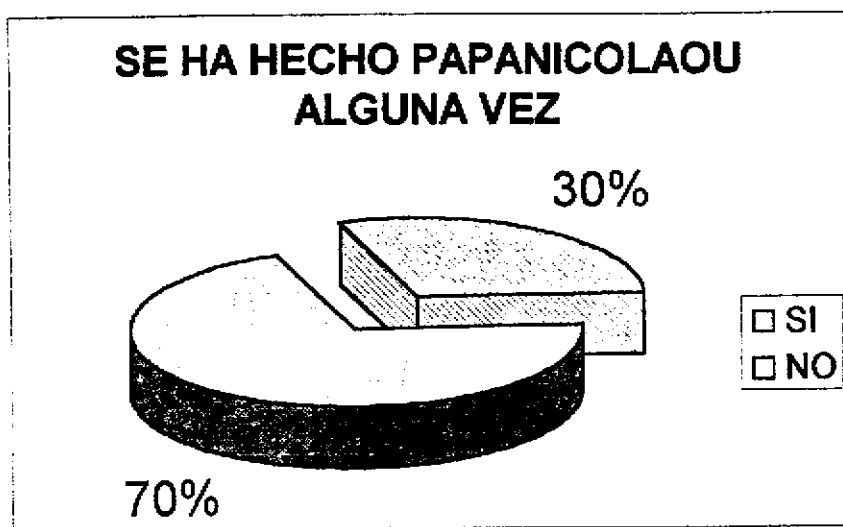
INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE RETORNADOS DE UN AREA RURAL DE GUATEMALA

CUADRO Y GRAFICA No. 9

PACIENTES QUE SE HAN HECHO PRUEBA DE PAPANICOLAOU

SI	17
NO	40
TOTAL	57

FUENTE : boleta de recoleccion de datos



FUENTE : CUADRO No. 9

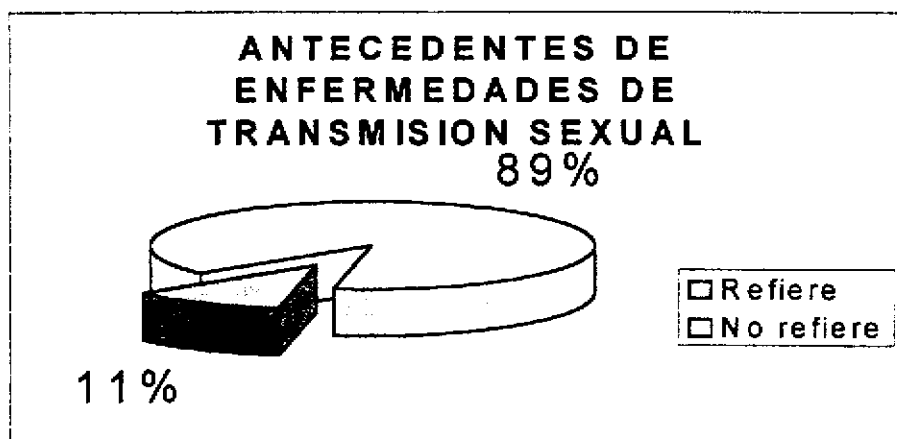
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 10

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DE TRANSMICION
SEXUAL**

REFIERE	5
NO REFIEREN	52
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: CUADRO No.10

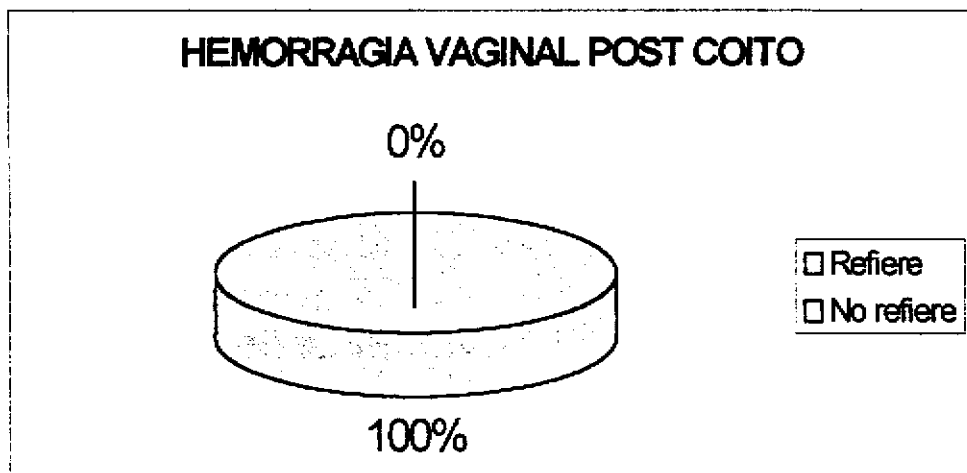
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 11

HEMORRAGIA VAGINAL POST COITO

REFIERE	0
NO REFIERE	57
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: CUADRO No. 11

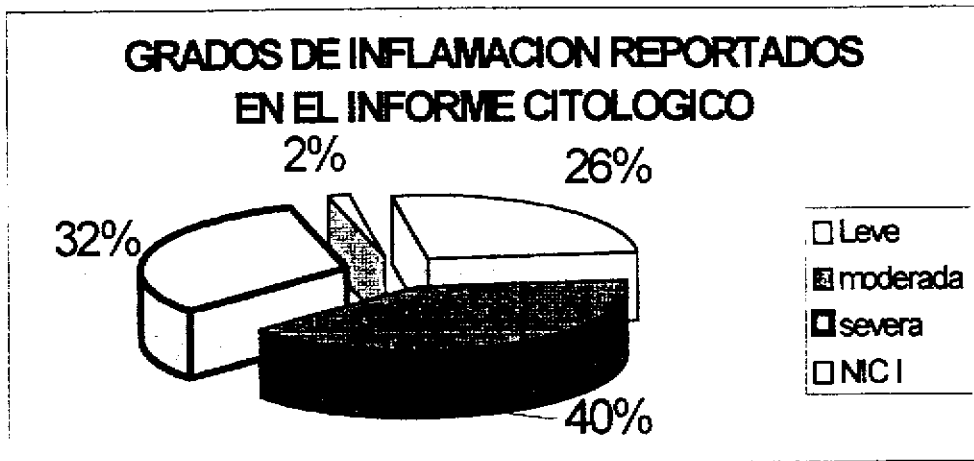
**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO Y GRAFICA No. 12

RESULTADOS DE EXAMEN DE PAPANICOLAOU

INFLAMACION LEVE	15
INFLAMACION MODERADA	23
INFLAMACION SEVERA	18
NIC I	1
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS



FUENTE: CUADRO No. 12

**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO No. 12A

**MICROORGANISMOS PATOGENOS ENCONTRADOS EN EL
EXAMEN DE PAPANICOLAOU**

TRICOMONIASIS	1
CANDIDA ALBICANS	2
GADNERELLA VAGINALIS	14
TOTAL	17

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

**INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES
PREMALIGNAS EN UNA POBLACION DE
RETORNADOS DE UN AREA RURAL
DE GUATEMALA**

CUADRO No. 13

UTILIZAN METODOS ANTICONCEPTIVOS

SI	19
NO	38
TOTAL	57

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

CUADRO No. 14

RELIGION

CATOLICA	45
EVANGELICA	3
OTROS	9
TOTAL	57

FUENTE : BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio se encontró una incidencia de 2 % de lesiones premalignas del cuello del útero en las pacientes objeto de estudio, datos que reflejan un resultado parecido al del resto del país, (45 x 100000 mujeres mayores de 20 años). Se considera que la incidencia no fue mayor ya que en su mayoría se trataba de mujeres jóvenes menores de 35 años de edad, (73 % de las participantes); es importante señalar que el 91 % de las pacientes son unidas o casadas y un 64 % refieren haber tenido una sola pareja sexual, además únicamente el 11 % refirió antecedentes de ETS, lo cual significa que tienen estabilidad sexual, esto a su vez disminuye los factores de riesgo para contraer la enfermedad. El 70 % de las pacientes tuvo su primera relación sexual después de los 15 años de edad y el 81 % el primer embarazo a término entre los 16 y 21 años de edad, por lo que se encuentran entre los rangos de la edad reproductiva.

Otro factor importante de señalar es la escasa participación de las mujeres de la comunidad para la realización del estudio, consideramos que el factor cultural juega un papel importante ya que 54 % de las participantes pertenece a una etnia indígena, lo cual puede ser un reflejo del resto de la comunidad. Aunado a esto, existe un desconocimiento total en la mayoría sobre dicho examen, el analfabetismo, (40 % en la población estudiada), además de la alta multiparidad, es un claro reflejo de las condiciones de pobreza en las que se encuentran.

Se debe señalar que en el 100 % de la muestra se reportó cambios inflamatorios: leves 26 %, moderado 40 % y severo en 32 % de los casos; en 17 de los casos asociado a microorganismos patógenos, (1 por *Trichomonas*, 2 por *Cándida Albicans* y 14 por *Gadnerella Vaginalis*), el resto inespecíficos; el 70 % de las

pacientes nunca se había hecho una prueba de Papanicolaou, además únicamente el 33 % utiliza métodos anticonceptivos, situación que refleja el escaso conocimiento sobre educación sexual y menos aún el desconocimiento de las pruebas de detección de enfermedades prevenibles como el CA de cérvix o el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual.

En ninguno de los casos refirieron hemorragias vaginales post coito, el cual es uno de los hallazgos clínicos más importante sobre lesión o malignidad en el cérvix.

Con los datos anteriores podemos ver claramente la importancia de la educación sexual enfocado principalmente a grupos de alto riesgo y del área rural para así lograr participación más amplia en este tipo de estudios.

IX. CONCLUSIONES

- La incidencia de lesiones precursoras del cuello del útero es del 2 % para la población estudiada.
- La población es en su mayoría indígena, (compuesta por 9 etnias), además cuenta con alto grado de analfabetismo y escaso conocimiento sobre educación sexual lo que influyó en la escasa participación.
- Se registró una alta paridad en la población estudiada, así también se encontró que la mayoría goza de algún grado de estabilidad sexual ya que 91 % son unidas o casadas y 64 % refieren haber tenido una sola pareja sexual además, 89 % no refiere antecedentes de ETS.
- En el 100 % de la muestra se reportó cambios inflamatorios: 26 % leves, 40 % moderado y 32% severo; en 17 de los casos asociado a microorganismos patógenos, (1 por Trichomonas, 2 por Cándida Albicans y 14 por Gardnerella Vaginalis), el resto inespecíficos;
- La edad de la primera relación sexual y del primer embarazo a término en la mayoría se encuentra entre los rangos de las mujeres en edad reproductiva y solo un 14 % antes de los 15 años.
- El 70 % de las participantes nunca se había efectuado una prueba para detectar malignidad en el cérvix.

X. RECOMENDACIONES

- Realizar Papanicolaou control en las pacientes cuyo resultado no se reportó normal.
- Impartir talleres de educación sexual a efecto de concientizar a la población femenina sobre la importancia del Papanicolaou como método de detección temprana de malignidad en el cérvix.
- Continuar con el estudio citológico en pacientes que nunca antes se hayan hecho Papanicolaou y que sobre pasen los 35 años de edad.
- Formar promotoras de salud que se encarguen de impartir talleres sobre salud reproductiva a los y las habitantes de la comunidad.

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. A.B. Milles. Departamento de Medicina Preventiva y Bioestadística. Programa de Detección del Cáncer Cervico Uterino: Directrices de Gestión. OMS. 1993
2. Berek, Jonathan. Ginecología de Novak. 12ava. Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana 1997, pp 447-470
3. Camacho Nasar, Carlos- Aguilar, Carla. Memoria de la Esperanza. Retorno de los Refugiados Guatemaltecos. Programa de Apoyo Institucional a CEAR. Gobierno de Guatemala Comisión Europea Guatemala. 1997
4. Clinicas de Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales. Prevención del Cáncer Ginecológico. McGraw-Hill Interamericana Vol. 2 1996.
5. Di Castro Stringher, Paolo. Cómo Prevenir el Cáncer del Cuello de la Matriz?. Histolab Copyright. 1997 Programa # 1.
6. Finkelman, Jacobo. Condiciones de Salud en Guatemala. OPS, OMS 1994, vol. 2
7. Motta de Ramírez, Alma Gloria. Citología Exfoliativa. Facultad de Medicina, USAC 1994
8. Escadon Romero, Celia M.C., MSP. Epidemiología del Cáncer Cervicouterino en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México 1992 vol. 34 # 6
9. Instituto de Estudios Políticos y Sociales. PES. Acuerdos para el Reasentamiento de las Poblaciones Desarraigadas por el Enfrentamiento Armado. Artegrafic, Guatemala 1997.
- 10 J. Copeland Larry M.D. Ginecología. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. 1994.

11. J.González Merlo Ginecología Massón. S.A. 1993. 6ta. Edición, Barcelona España 1993.
12. Jiménez Cordero, Alberto A. Cáncer Del Cérviht:udgserv.cencar.udg.mx/apu/cacu. Internet. 1998.
13. Liga Nacional contra el Cáncer de Guatemala. Programa de Control de Cáncer del cérvix. Departamento de prevención, Investigación y Educación. Febrero 1996.
14. MSPAS. Programa Permanente de Prevención de Cáncer de Cérvi, Experiencia Distrito Bethania, Area de Salud Guatemala Sur. OPS, OMS, Mayo 1995.
15. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y Procedimientos para el Control del Cáncer de Cuello Uterino. OMS 1985 # 1
16. OPS-MSPAS-DGSS. Situación de salud en Guatemala, indicadores Básicos. 1995.
17. OPS-OMS. Encuesta Nacional de salud Materno Infantil. 1995.
18. Servicio de Capacitación Técnica y Educativa SERCATE. Los Caminos del Éxodo y Retorno del Refugiado Disperso Parte I. Una Historia de Persecución y Sobrevivencia. SERCATE, Guatemala 1993.
19. Skin Diseases in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology Cervical Cáncer. Guest Editor J. Gerlad Quirk Jr. MD. Ph Vol. 3 # 4 December 1990. Pag. 815
20. URNG. El Proceso de Negociación para la Búsqueda de la Paz. Acuerdos Sustantivos. URNG 1996.
21. Valle Saravia, Oscar Emilio Diagnóstico de Lesiones Cervico Vaginales Premalignas en una Población Indígena de un Area Rural de Guatemala Trabajo de investigación presentado a la Facultad de Medicina USAC, para optar al título de Médico y Cirujano. 1994.

22. Villeda Morales, Juan Carlos. Sobrevivencia Materna en Poblaciones Desplazadas Retornadas. Trabajo de investigación presentado a la Facultad de Medicina USAC para optar al título de Médico y Cirujano. 1995.

XII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS

INCIDENCIA DE LESIONES CERVICO VAGINALES PREMALIGNAS
EN UNA POBLACIÓN DE RETORNADOS DE UN ÁREA RURAL DE
GUATEMALA

Número de boleta: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Estado civil: _____ Etnia: _____ Religión _____

Escolaridad: _____ Tipo de trabajo: _____

Paridad: _____ Número de gestas: _____ Abortos: _____

Embarazo actual: Sí _____ No _____ FUR: _____

Anticoncepción: Sí _____ No: _____ Tipo: Píldora: _____

DIU: _____

Natural: _____

Otros: _____

Menarquia: _____ Menopausia: _____

Edad de la primera relación sexual: _____

Edad del primer embarazo: _____

Número de parejas sexuales: _____

Se ha hecho Papanicolaou: Sí: _____ No: _____

Fecha del último Papanicolaou: menos de 1 año: _____

Más de 1 año: _____

Más de 5 años: _____

Leucorreas: Sí: _____ No: _____

Antecedentes de ETS: _____

Hemorragias vaginales post coito: Sí: _____ No: _____

Resultado de Papanicolaou: _____