

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical constituye un gran problema de salud reproductiva en la mujer, especialmente en los países en desarrollo. Anualmente más de doscientas treinta y un mil mujeres mueren a causa de esta enfermedad y más del ochenta por ciento de estas muertes ocurren precisamente en los países en vías de desarrollo.

El cáncer es un tema de creciente importancia en los programas sanitarios de todos los países, es uno de los principales problemas de salud pública. En la actualidad se considera que el cáncer cérvico uterino es una de las neoplasias potencialmente curables.

Sin embargo este cáncer tiene entre sus causas al VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) el cual es un agente de transmisión sexual, que puede prevenirse oportunamente a través de la citología cervical PAPANICOLAU (PAP) identificando y tratando a aquellas mujeres precancerosas del cuello uterino. Aspectos ginecológicos y obstétricos se han relacionados con la enfermedad. La persistente ubicación del cáncer cérvico uterino como una de las principales causas de muerte, no deja de ser un problema para los servicios de salud.¹

La posibilidad de detectar en forma temprana esta neoplasia hace factible reducir la mortalidad secundaria al padecimiento. El cáncer cervical ocupa el tercer lugar entre los cánceres más comunes en el mundo, de acuerdo a los últimos datos mundiales cada año se produce en el mundo alrededor de ciento sesenta y seis mil nuevos casos y afecta anualmente a nueve millones de personas y provoca cinco millones de defunciones, siendo la primera causa de mortalidad, especialmente en países subdesarrollados y los datos epidemiológicos hacen pensar que los países en desarrollo siguen la misma tendencia.

¹ Cáncer Cérvico uterino <http://www.cancernet.nei.nih.gov>

El aumento del control de las enfermedades contagiosas y la expectativa de vida al nacer, junto con la urbanización acelerada y una mayor contaminación ambiental asociadas a una modificación de los hábitos y costumbres que acompañan al desarrollo económico, hacen que América latina presente cambios importantes en el panorama de la salud, con esto las enfermedades crónicas asumen una posición crítica en los países en desarrollo.²

Esto exige más recursos para la atención médica y una política especial para el control del cáncer, lo cual impone una administración racional de los recursos necesarios disponibles y el conocimiento adecuado de la frecuencia del cáncer en la comunidad.

Las organizaciones internacionales de la salud como la (Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Unión Internacional Contra el Cáncer, International Agency for Research on Cancer, International Association of Cancer Registries). desde hace mucho tiempo se preocupan en preparar normas pragmáticas, que puedan influir de manera positiva en el desarrollo de la epidemiología del cáncer y en la organización de programas eficaces para el control de estas enfermedad en Latinoamérica.

En la población Europea constituye una localización tumoral en marcado descenso atribuido en parte a la extensión de la realización periódica de la citología cérvico vaginal.

El cáncer de cérvix uterino, presenta en España una incidencia muy baja (cuatro a diez casos por cada cien mil mujeres) por lo que sitúa junto a la población Judía de Israel, entre la de menor incidencia en el mundo por este tumor. La mortalidad por

² Oncología ginecológica M. Steven Piver

cáncer de cérvix es de 2,5% por cien mil mujeres (1992)³ 12 lo que representa el uno seis por ciento de las muertes por tumores malignos y el cero punto tres por ciento de todas las mujeres.

En mil novecientos noventa murieron treinta y tres mil quinientos treinta y cinco mujeres, en las América por cáncer cérvico uterino, veinte seis mil novecientos treinta y tres de ellas vivían en la sub. .región latinoamericana y caribeña.⁴

Por otra parte en América latina y el Caribe está prueba está estrechamente ligada a los programas de planificación familiar; por ende el tamizaje - examen simple y de bajo costo se hace al grupo de mujeres que corre el riesgo más alto de tener cáncer cérvico uterino, es de 25 a 60 años, los programas de prevención y detección no son tan eficaces como deberían ser.

Se observa desde hace más de 40 años que existe en América latina mayor interés en el registro de casos de cáncer, algunas veces con éxito y muchas otras con fracaso, por falta de condiciones que permitan la implementación y la mantención de estos sistemas y cuyas principales causas son:

1. La falta de programas específicos adecuados al problema cáncer en las políticas del sistema de salud pública.
2. Ausencia de programas en la instalación de registros de cáncer.
3. Falta de objetivos bien definidos.
4. Falta de capacitación de los recursos humanos e insumo de materiales.
5. Falta de recursos financieros.

³ Reliman s. Cáncer invasor cérvico uterino. Epidemiología del cáncer cérvico uterino 1992;(34):607-614

⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Cáncer cuello del útero fuente OPS desde 23/02/02

Se calcula que globalmente se diagnostican cada año 466.000 nuevos casos de cáncer cérvico uterino.

Aproximadamente 230.000⁵ mujeres mueren cada año a consecuencia del cáncer uterino y por lo menos 80% de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo.⁷

Al analizar las tasas de mortalidad por cáncer cervical en diferentes países, se observa que la variación de la modalidad es notable, con tasas que llegan hacer ocho veces más alta en los países de riesgo. América Latina, el Sud Este Asiático y África; si se compara con naciones como Europa, Japón o Australia, asimismo al comparar las tasas de mortalidad de Canadá y Estados Unidos⁶ con la de los países de Latinoamérica cuya información es confiable (Colombia Venezuela Costa Rica) se hace evidente que la tasa en estos últimos países es más alta.

En la última década se ha observado un aumento en la mortalidad por cáncer de cervix en países como Chile Costa Rica y México.⁷

Bolivia cuenta con una red de servicios de salud para la detección del cáncer cérvico uterino, mediante el programa nacional de salud sexual y reproductiva en cada departamento o región donde se ejecuta la toma citológica de (PAP).

Según datos del CENSO 2001 la población total de mujeres en Bolivia es 4.150.475 lo cual representa un 50% del total de la población que es de 8.274.325.

⁵ Mirra A:P: Registros de cáncer en América Latina

⁶ Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, CancerNet en <http://cancer.net.nci.nih.gov>.
2/06/2000

⁷ OPS. Hoja Informativa del Programa Mujer. Salud/ desarrollo. Cáncer cérvico. Uterino:
<http://www.paho.org/Spanish/DP1/100/00feature061.htm>

En Bolivia la tasa de incidencia actual sobre el cáncer cérvico uterino es de 1.054 mujeres, con un porcentaje de 53,01% y se esperan 1.500 casos nuevos por año en mujeres entre 35 a 64 años.

En Tarija la Población es de 391.226 habitantes y de la cuales 195.921 son mujeres para un 50,5%. En el periodo 2004 se registraron diez casos de carcinoma insito.

El hospital Virgen de Chaguaya siendo un hospital de segundo nivel cuenta con una población aproximada de 37.837 habitantes en 1995 - 1997 se registraron 5 casos de cáncer cérvico uterino con un 2%, en el año 2000 se registraron 11 casos de carcinoma in situ.⁸

En el Hospital Virgen de Chaguaya de Bermejo el programa de salud sexual reproductiva, funciona desde el año 1992 con atención y toma de muestras citológicas (PAP) a mujeres sintomáticas, y sobre todo a mujeres jóvenes. Se ofrece una mejor participación de los médicos con atención primaria en la captación de mujeres de riesgo y el incremento de tasas de detección en los programa de salud sexual y reproductiva.

1. JUSTIFICACIÓN.

El cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte de la mujer en nuestro país, en los últimos años la tendencia es ascendente lo que demuestra que se incrementa esta patología en el Municipio de Bermejo, y que se detectan los casos demasiado tarde y al no existir un estudio que demuestre los casos detectados en los años 2004-2005 y el grado de lesión es que se realiza la presente investigación, influyendo en este el poco conocimiento de la población sobre la importancia de la detección oportuna de esta enfermedad.

⁸ INE (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA)(2001) CENSO NACIONAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2001

El propósito de la siguiente investigación fue caracterizar a las mujeres con cáncer cérvico uterino que asisten a la consulta ginecológica del Hospital Virgen de Chaguaya Red II de salud de Bermejo en las gestiones 2004-2005. La misma aportará elementos para el diseño de estrategias de intervención a nivel individual y comunitario de mujeres en general, siendo el cáncer cérvico uterino una de las principales causas de morbilidad y mortalidad que no se encuentra claramente determinada en la mujer. Posibilitará el desarrollo de una visión más amplia sobre el problema de salud por el cáncer cérvico uterino, identificando los factores diversos que se relacionaron con el origen, desarrollo, o exacerbación de tales padecimientos.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál será la caracterización de los casos de cáncer cérvico uterino en las mujeres en edad fértil que asistieron a la consulta ginecológica en el Hospital Virgen de Chaguaya en las gestiones 2004 - 2005?

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los casos identificados de cáncer cérvico uterino en la población femenina en edad fértil de Bermejo, es el tema de estudio y la base es caracterizar el cáncer cérvico uterino según los datos gineco-obstétricos, como socio-culturales durante los dos años en estudio en el Hospital Virgen de Chaguaya.

1.1. MARCO TEÓRICO

Concepto de Cáncer.-Es una enfermedad por algunas células alteradas del organismo, de tal manera que se multiplica una y otra vez hasta producir millones de células hijas igualmente alteradas.

Estas células se propagan a través de los vasos sanguíneos y linfáticos a otras partes del cuerpo invadiendo completamente.

Concepto de cáncer cérvico uterino.- El cáncer cérvico uterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y diseminado de células que, al desarrollarse en forma incontrolada, avanza entre los tejidos normales y los destruye, alterándose así el funcionamiento del organismo.

Se inicia casi siempre como una enfermedad localizada en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

La zona de transformación del cuello uterino es susceptible a ciertas alteraciones genéticas que pueden ser generadas a través de la acción específica de diversos agentes, con los que se llevaría a cabo el proceso carcinogénico.⁹

Entre los más importantes se encuentran:

➤ **Agentes infecciosos.**

La estrecha relación entre cáncer cérvico uterino e infecciones virales se manifiesta al encontrar por hibridación del DNA del Virus del Papiloma Humano (VPH) entre 74% y 100% de pacientes con displasia, cáncer invasor y condiloma. Se han identificado alrededor de 70 tipos de VPH, siendo los más frecuentes en el tracto genital femenino 6, 11, 41, 42, 43 y 44 considerados de bajo riesgo y asociados a condiloma ordinario; 31, 33, 35, 39, 51 y 52 considerados como de grado intermedio; 16 catalogado como de alto grado y los tipo 18, 45 y 56 como de muy alto riesgo. Estos cuatro últimos tipos son los más comunes asociados a condiloma atípico, displacias y cáncer de cervix. Virus de Herpes tipo 2: Su

⁹ PATH. Planning. Appropriate Cervical Cancer Control programas 2 nd.Ed.PATH.2000

relación con lesiones precursoras y cáncer de cervix se basan en estudios epidemiológicos que demuestran elevación de títulos de anticuerpos contra Herpes Virus hasta en el 40% de las mujeres con estas patologías.¹⁰

➤ **Agentes químicos del tabaco.**

Por efecto directo de sus cancerígenos en las células epiteliales del cérvix; por disminución de células Langerhans y como facilitador de la acción neoplásica de agentes virales. El riesgo se incrementa en función de la cantidad y el tiempo de duración de hábito de fumar.

➤ **Deficiente aporte de Vitamina “A”**

Se acompaña de alteraciones en la diferenciación celular.

➤ **Gestación.**

Los cambios proliferativos del cérvix 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.

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del carcinoma cervical, algunos participan en forma aislada o en conjunto en la inducción de la transformación neoplásica sobre grupos de células susceptibles, otros serían carcinógenos y otros más actuarían activando la multiplicación de células ya alteradas con lo que se obtendría la progresión de la enfermedad.¹¹

➤ **Factores diversos.**

El inicio de las relaciones sexuales a edad temprana, promiscuidad femenina, compañeros masculinos denominados de alto riesgo y clase socioeconómica baja. Esta asociación está basada en hallazgos experimentales que han demostrado que los espermatozoides de estos sujetos presentan mayor contenido de protaminas,

¹⁰ <http://www.histolab.com.mx/pap>

¹¹ Universidad de Chile Hospital José Joaquín Aguirre Departamento de Ginecología y Obstetricia

que favorecen la penetración de agentes virales a las células susceptibles de cuello uterino con lo que se iniciaría la oncogénesis.

El útero es un órgano hueco, en forma de pera invertida, donde se desarrolla el feto. El cuello o cérvix uterino es una abertura que conecta el útero con la vagina (canal de nacimiento). Ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer uterino; clínicamente se puede encontrar:

- Sangrado Inter menstrual
- Sangrado postcoital
- Hemorragia posmenopáusica
- Leucorrea resistente a tratamiento
- Síntomas tardíos: dolor referido al flanco o a miembro inferior, generalmente secundario a la afección de uréteres pared pélvica y/o trayecto del nervio ciático.
- Los pacientes pueden referir disuria, hematuria, estreñimiento rectorragia, debido a invasión vesical o rectal.¹²

1.2. MORFOLOGÍA.

El carcinoma cervical por su extensión se clasifica en cáncer in situ cuando aún no ha rebasado la membrana basal epitelial, por lo que al igual que las displasias no presentan signos clínicos. Su diagnóstico se realiza por colpocitología corroborándose con colposcopia y biopsia.

El carcinoma invasor del cuello uterino cuando rebasa la membrana basal e invade el estroma, microscópicamente presenta tres cuadros: Exofítico o fungiforme, infiltrado y ulcerado.¹³

Siendo el primero la variante más común, histológicamente el 90% son de tipo epidermoide, siendo bien diferenciado. Producen queratohialina, perlas corneas y

¹² Tratado de Atlas de Patología cervical colposcopia microhisteroscopia
Sr.Dexeus.L López- Marin
R. Labastida M. Cararach

¹³ Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos, CancerNet en <http://cancernet.nci.nih.gov>.
2/06/2000

células con aspecto espinoso. Por el tipo celular pueden ser de células grandes con o sin producción de queratina y de células pequeñas. Y sus grados histológicos se clasifican de acuerdo a la diferenciación de sus células.

1.3. CLASIFICACIÓN

Dentro de los sistemas de clasificación morfológica y sobre todo de las lesiones precursoras es donde se han producido confusiones entre las respuestas de los citopatólogos y los clínicos, ya que desde la época en que apareciera por primera vez la clasificación de Papanicolau esta ha venido adecuándose en la medida en que han avanzado las descripciones y diagnósticos.

Así pues surge posteriormente la clasificación de Richard, la cual hace más específico el diagnóstico de las displasias no contemplado por Papanicolau, y últimamente los estudios morfológicos basados en los cambios que produce en el epitelio el Virus de Papiloma humano, obligó a los estudiosos del Instituto Nacional de Cáncer en Bethesda, Maryland a proponer el sistema de clasificación de las Lesiones Escamosas intra epiteliales (SIL) dando por resultado nuevas controversias y confusiones.¹⁴

DIAGNOSTICO Y CLASIFICACIÓN.

SISTEMA BETHESDA CLASIFICACIÓN (ACTUAL)	CLASIFICACIÓN DESCRIPTIVA (OMS)	NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	CLASE PAP
Frotis inadecuado	-		-
Normal y variantes	Normal (negativo para células malignas)	-	Clase I
Cambios reactivos	Cambios reactivos	-	Clase II

¹⁴ Alianza para prevención del Cáncer cérvico uterino. A.B. Millar. Programas de detección del cáncer cérvico uterino: directrices de gestión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998

Frotis atípico	Atipia	-	
Frotis sugerente de lesión intraepitelial de bajo grado	Displasia leve	NIC I	Clase III
Frotis sugerente de lesión intraepitelial de alto grado	Displasia moderada	NIC II	
	Displasia severa	NIC III	Clase IV
	Sospecha de carcinoma in situ		
Frotis sugerente de carcinoma invasor	Frotis sugerente de carcinoma invasor		Clase V

1.4 CLASIFICACIÓN RECOMENDADA.

- **Carcinoma Escamo celular (epidermoide)** compromete el epitelio escamoso plano estratificado del cerviz, comprende aproximadamente el 90% de los cánceres cervicales.
- **Adeno Carcinoma** compromete el epitelio cilíndrico del conducto endocérvical y comprende aproximadamente el 8% o menos del mismo.
- **Carcinoma adeno escamoso y carcinoma de células pequeñas, sarcomas melanomas u otros**, son relativamente poco frecuentes.¹⁶

➤ **Recurrente.**

Enfermedad recurrente (recidiva) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.

¹⁶ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Cáncer cérvico uterino desde 23/02/02

1.5. EVOLUCIÓN CLÍNICA.

La diseminación del cáncer de cérvix principalmente es por contigüidad, afectando estructuras adyacentes al cuello uterino y metastisa por vía linfática, en 50% de los casos a los ganglios paracervicales, hipogástricos obturados, iliacos externos y periaórticos. Las metástasis hemáticas afectan principalmente el hígado, pulmón y medula ósea.

El cáncer de cérvix evoluciona lentamente a lo largo de muchos años. En el caso de displasia y el carcinoma in situ, no es necesario practicar cirugía radical en todos los casos, numerosas lesiones se localizan por colposcopia y pueden erradicarse por métodos conservadores de láser de CO2, crioterapia, electro cirugía con Haza diatérmica siempre que sea posible controlar a la paciente mediante citologías periódicas y colposcopia.¹⁷

1.6. DIAGNÓSTICO

- El test de Papanicolau o citología cérvico vaginal es la prueba más utilizada y apropiada, cribado de lesiones precursoras de cáncer cérvico uterino frente a otras disponibles (inspección visual, colposcopia, cervicografía, técnicas de identificación de HPV).
- **Citología:** (Papanicolau) se lleva a cabo usando un pedazo de algodón un cepillo o espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior de cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión que se acompañará en algunos casos de dolor.
- **Biopsia.** Si se encuentran células anormales el médico tendrá que extraer una muestra de tejido uterino y lo observará a través del microscopio, para determinar la presencia de células cancerosas. Para efectuar una biopsia sólo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en la consulta del

¹⁷ Oncología ginecológica. M. Steven Piver.
State University of New York
At Buffalo school of medicine
Roswell Park
Cáncer Institute Buffalo New York

médico. A veces se necesita extraer una muestra de biopsia en forma de cono más grande (conización) por lo cual quizás sea necesario ir al hospital.¹⁸

1.7. TRATAMIENTO.

El tratamiento de la displasia cervical depende del grado de la misma. Y la displasia leve que puede desaparecer en forma espontánea, generalmente involucra una observación cuidadosa con frotis de papanicolau repetidos cada tres a seis meses. Otras formas pueden requerir métodos para destruir el tejido anormal, incluyendo electro cauterización, criocirugía, vaporización con láser o extirpación quirúrgica.

Es esencial hacer un seguimiento consistente cada tres a seis meses o según se indique.

Básicamente el tratamiento debe estar en los hospitales de tercer nivel y en los Hospitales especializados.¹⁹

Normas de tratamiento.

1. No debe realizarse ningún tipo de tratamiento, basado exclusivamente en antecedentes citológicos.
2. Cuando existe discordancia cito histológica, debe tenerse en cuenta el diagnostico mayor y el diagnostico definitivo, antes de realizar una conducta terapéutica.

Colposcopia y Biopsia.

Un pequeño tubo con un lente de aumento es usado para examinar el cérvix, el cual ha sido ligeramente cubierto con una solución de vinagre que hará resaltar las células anormales.

¹⁸ Plan Nacional de Control de Cáncer de Cuello Uterino 2004-2006
Ministerio de Salud y Deportes - Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud

¹⁹ http://www.babysito.com/embarazo/salud_prenatal_pap

La biopsia se enviará a un laboratorio par su análisis dependiendo de las células anormales se clasificará como leve, moderada, marcada grave y cancerosa.

Conización

Es la remoción de una pieza de tejido de forma cónica en la entrada del cérvix. La biopsia es analizada y los resultados mostrarán si es canceroso alguno de los crecimientos anormales den las células.

Procedimiento de Escisión Electro quirúrgica con Asa (PEEA).

Es tomada una pequeña biopsia del cérvix con una asa de alambre calentada con corriente eléctrica. Los resultados mostrarán si alguno de los crecimientos anormales de las células son cancerosas.

Criocirugía.

La criocirugía congela y destruye la displacia en el cérvix. Este método no es recomendado en el tratamiento de áreas grandes de displacia.

Tratamiento con rayos láser.

El tratamiento con láser usa un haz de luz que destruye las células anormales. Este método es más favorable que la criocirugía debido a que existe menos destrucción de los tejidos normales.²⁰

1.8. VÍAS DE DISEMINACIÓN

- **Contigüidad:** Se disemina hacia mucosa vaginal y hacia el miometrio del segmento uterino inferior de cuerpo, especialmente en aquellas lesiones originadas en el endocérvix. La lesión puede extenderse también hacia parámetros, pudiendo alcanzar la fascia obturatriz y la pared pelviana verdadera.²¹
- **Hematógena:** Puede alcanzar órganos a distancia, como pulmón, hígado, cerebro, hueso, etc.²²

²⁰ Cáncer cérvico uterino. [Http://cancernet.nci.nih.gov](http://cancernet.nci.nih.gov)

²¹ www.salud.com.

²² Ministerio de desarrollo Humano. Atención a la mujer y Recién Nacido en Instituto de Maternidad

1.9. PRONÓSTICO

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

Hace 6 décadas el carcinoma de cérvix constituía la primera causa de muerte por cáncer en los países desarrollados. Esta mortalidad ha descendido en forma espectacular hasta el octavo sitio gracias a la especificidad de la prueba citológica propuesta por George Papanicolau en 1928 demostrando como el diagnóstico de lesiones precursoras e incipientes así como un tratamiento adecuado en estas etapas, son los principales recursos para disminuir las disfunciones por cáncer.²³

²³ En Hospitales Departamentales Secretaría Nacional de Salud año 1996

OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

Describir las características de los casos de cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital Virgen de Chaguaya municipio de Bermejo en los años 2004-2005.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 2.2.1. Identificar antecedentes gineco-obstétricos que permitan caracterizar el cáncer cérvico uterino en el grupo de mujeres en estudio.
- 2.2.2. Describir factores socioculturales en mujeres en edad fértil en el Hospital Virgen de Chaguaya en los años 2004-2005.
- 2.2.3. Determinar el tratamiento previo al estudio citológico, considerando tiempo de remisión.

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.- La presente investigación fue un estudio descriptivo, analítico y retrospectivo, cuyo propósito fue caracterizar al cáncer cérvico uterino en las mujeres edad fértil, en el Hospital Virgen de Chaguaya Bermejo -Red II del 2004-2005.

UNIVERSO.- Está conformado por 317 mujeres que acudieron al servicio de salud sexual y reproductiva del Hospital Virgen de Chaguaya Bermejo - Red II del 2004 - 2005.

3.2. MUESTRA.- Está representado por el 100% de las mujeres en estudio entre los 15 y 49 años de edad en el Hospital Virgen de Chaguaya en el periodo de estudio.

3.3. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

Variables independientes.

1. Factores socioculturales

- Edad
- Procedencia
- Estado civil
- Ocupación

2. Antecedentes ginecológicos.

- Aspectos del cuello
- Infecciones de transmisión sexual
- Número de partos
- Número de abortos

Variables dependientes.

Nivel de conocimiento actitudes y practicas de las mujeres en edad fértil sobre el cáncer cérvico uterino.

3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES

VARIABLE	ESCALA DE CLASIFICACIÓN	DEF. OPERACIONAL DE LA ESCALA	INDICADOR
1. EDAD	15-24 años 25-34 años 35-44 años	Años cumplidos en el momento de toma de muestra	Porcentaje según edad.
2. ESTADO CIVIL	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión estable	Relación conyugal en el momento de toma de muestra	Porcentaje según estado civil.
3. PROCEDENCIA	Urbano Rural	Se clasificó cuando son de la ciudad Se clasificó cuando procede de las provincias	Porcentaje según procedencia
4.- ESCOLARIDAD	Primaria Secundaria Universitaria Profesional		
5.- OCUPACIÓN	Labores de casa Empleada Pública Desocupada Otros.	Actividad renumerada o no	Porcentaje según ocupación

4.5. DATOS GINECOLÓGICOS

6.-NÚMERO DE EMBARAZOS	0 1 2 3 4 y más	Se clasificó de acuerdo al número de gestas	Porcentajes según número de embarazos
7.-NÚMERO DE PARTOS	0 1 2 3 4 y más	Se clasificó de acuerdo al número de partos	Porcentaje según número de partos
8.-ABORTOS	0 1 2 3 4 y más	Se clasificó de acuerdo al número de abortos	Porcentaje según el número de abortos
9.-ASPECTO DEL CUELLO	Sano Benigno Sospechoso	Se clasificó de acuerdo al aspecto del cuello en el momento de la citología cervical	Porcentaje según aspecto del cuello.
10.-INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	Tricomonas Gardenella Cándida Clamidas Condiloma Herpes	Diagnosticó por médico tratante reportado en hoja PAP	Porcentaje según infección
11.- NÚMERO DE	Ninguna	Se clasificó de acuerdo al	Porcentaje según el

TOMAS CITOLÓGICAS	1 2 3 4 y más	número de tomas citológicas que se realizó cada mujer	número de tomas citológicas
12. CLASIFICACIÓN SEGÚN INFORME CITOLÓGICO	Nic I Nic II Nic III Carcinoma Invasor	Diagnosticó reportado por laboratorio patológico	Porcentaje según informe citológico
13. TIEMPO DE REMISIÓN DE INFORME CITOLÓGICO	2-5 días 6-9 días 10-13 días 14 y más	Se clasificó de acuerdo a los días que transcurrieron desde la toma citológica hasta la remisión del informe	Porcentaje según tiempo de remisión de informe citológico

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

4.1. SELECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se tomaron en cuenta todas las historias clínicas de las pacientes que acudieron a la toma de PAP con diagnóstico cáncer cérvico uterino positivo en Hospital Virgen de Chaguaya de Bermejo de la gestión 2004-2005.

4.2.-OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.2.1.- Informes mensuales, historias clínicas. Informes anuales

Se tomó en cuenta la población femenina que acudió a la consulta ginecológica mujeres en grupo de riesgo de 15-60 años (ver anexo 1).

4.2.2.- Formulario N° 2

Se obtuvo la información del formulario ministerio de salud, dirección nacional de la mujer y el niño componente nacional de control de cáncer de cuello uterino, toma de citología cervical (ver anexo2).

4.2.3.- Formulario N° 3

Se obtuvo la información del formulario ministerio de salud, dirección nacional de la mujer y el niño, componente nacional de salud de cáncer de cuello uterino, informe citológico (ver anexo 3).

4.2.4.- Informe anatomopatológico (ver anexo 4).

4.2.5.- Historias clínicas (ver anexo 5).

Se obtuvo la información de todas las usuarias que han asistido a la consulta externa e interacción del Hospital Virgen de Chaguaya.

4.3. TÉCNICAS Y PROCESAMIENTO ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

1. Revisión de la literatura especializada referente al tema en estudio y de los otros resultados.
2. Elaboración de bases de datos en Excel; como medida de resumen se empleará el porcentaje.
3. Presentación de la información de los resultados mediante cuadros estadísticos y gráficos.
4. Finalmente se elaboró el informe final para lo cual se utilizaron paquetes computacionales como Word y Excel.

4.4.- ASPECTOS ÉTICOS.

Se solicita mediante una carta dirigida al director del Hospital Virgen de Chaguaya de Bermejo el permiso correspondiente para realizar la recolección de la información para el estudio.

Se mantendrá la confidencialidad de los datos que se corrigieron para el estudio.

TABLA N° 1

**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN GRADO DE LESIÓN
EN MUJERES EN EDAD FERTIL EN EL
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

Grado de lesiones	2004		2005	
	N°	%	N°	%
NIC I	8	5.3	7	4.2
NIC II	6	4.0	9	5.3
NIC III	1	0.7	4	2.3
Carcinoma Invasor	5	3.3	5	3.0
Inflamatorio	130	86.7	142	85.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia, informe obtenido de resultados citológicos Hospital Virgen de Chaguaya, gestión 2004-2005

En el año 2004 el mayor porcentaje estaba representado por proceso inflamatorio 86.7% seguido de NIC I 5.3% y luego NIC II 4.0% y carcinoma invasor 3.3% y finalmente NIC III con un 0.7%.

El mayor grado de lesión en la gestión 2005 corresponde a procesos inflamatorios (85% con 142 casos seguido de NIC II 5.3% con 9 casos NIC I y Carcinoma invasor con menor porcentaje 4.2% y 3.0% respectivamente

GRÁFICA N° 1

**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN GRADO DE LESIÓN
EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL EN EL
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

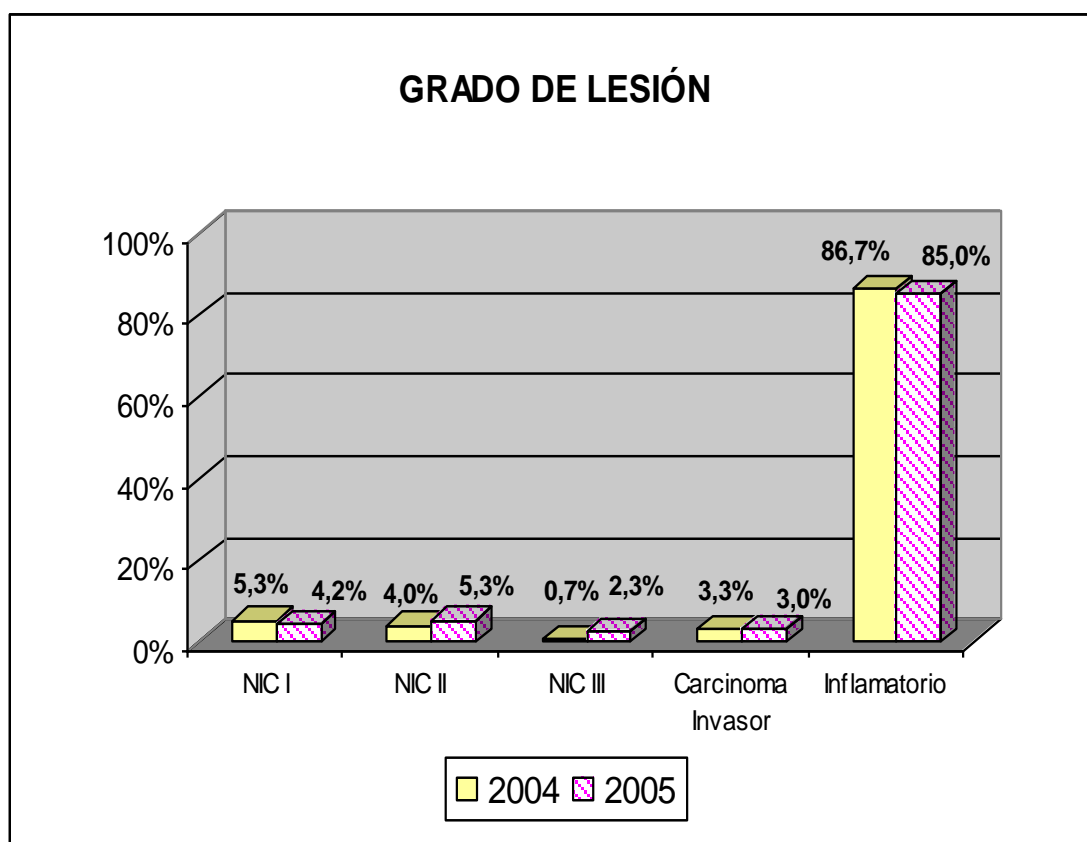


TABLA N° 2

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO, SEGÚN
NÚMERO DE PARTOS PREVIOS. HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

Partos Previos	2004		2005	
	N°	%	N°	%
1 parto	17	11.3	20	11.9
2 partos	20	13.3	30	18.0
3 partos	35	23.3	33	20.0
4 partos	33	22.0	40	23.9
5 y mas	45	30.0	44	26.3
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia sobre incidencia de cáncer según número De partos. Hospital Virgen de Chaguaya.

El cuadro y grafica número 2 muestran que, el mayor porcentaje de las mujeres en edad fértil en estudio, es de 30.0% las que tuvieron cinco partos previos, siguiendo de manera descendente de cuatro partos, con un porcentaje de 22.0%, tres partos con un porcentaje de 23.3%, dos partos con un porcentaje de 13.3% y finalmente un porcentaje de 11.3% un parto, en la gestión 2004.

Se comporta la distribución por partos previos similar en el año 2005.

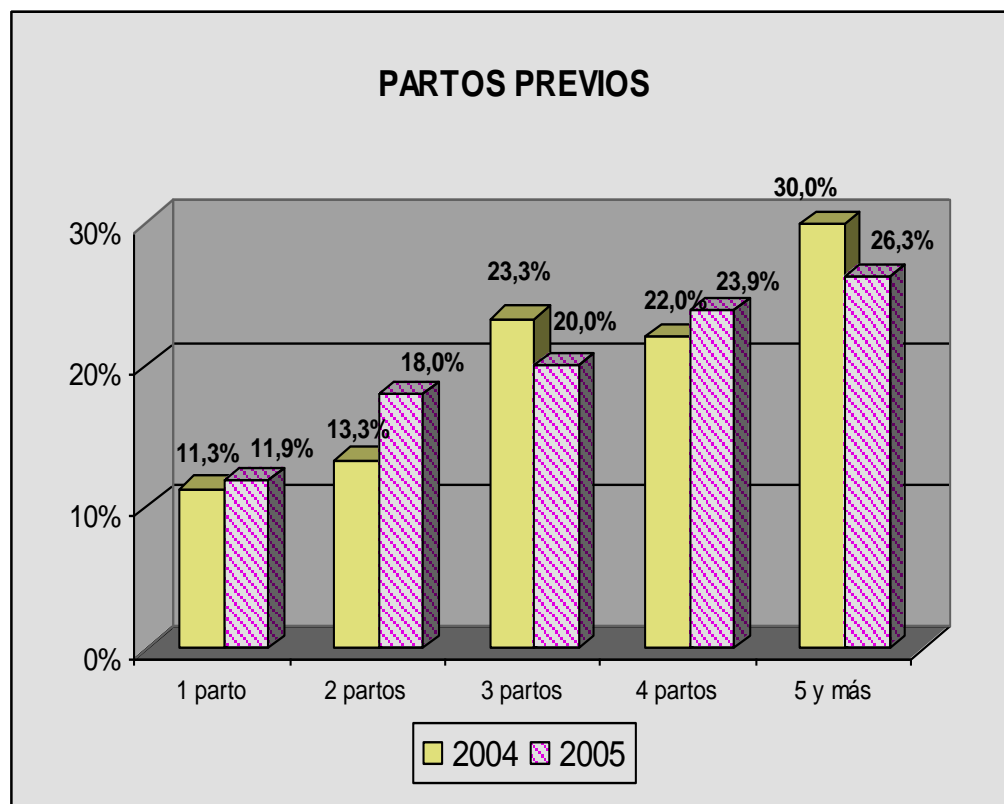
GRÁFICA N° 2**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO, SEGÚN
NÚMERO DE PARTOS PREVIOS. HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

TABLA N° 3

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN
ABORTOS PREVIOS HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

Abortos Previos	2004		2005	
	N°	%	N°	%
1 aborto	0	0.0	30	18.0
2 abortos	3	2.0	2	0.0
3 abortos	0	0.0	3	2.0
4 y más	0	0.0	0	0.0
No abortos	147	98.0	132	80.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia sobre presencia de cáncer cérvico Uterino según abortos previos H.V.Ch.

En la gestión 2004 el comportamiento por abortos previos, el porcentaje fué del 98% con 147 casos que no presentaron abortos.

El cuadro y grafica número tres muestran que del total de 167 mujeres, un gran porcentaje de ellas el 80% con 132 casos no presentaron abortos previos, y un porcentaje del 18.0% con 30 casos presentaron un aborto previo, y un porcentaje del 2.0% presento tres abortos en la gestión 2005.

GRÁFICA N° 3

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN

ABORTOS PREVIOS HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA

BERMEJO 2004 – 2005

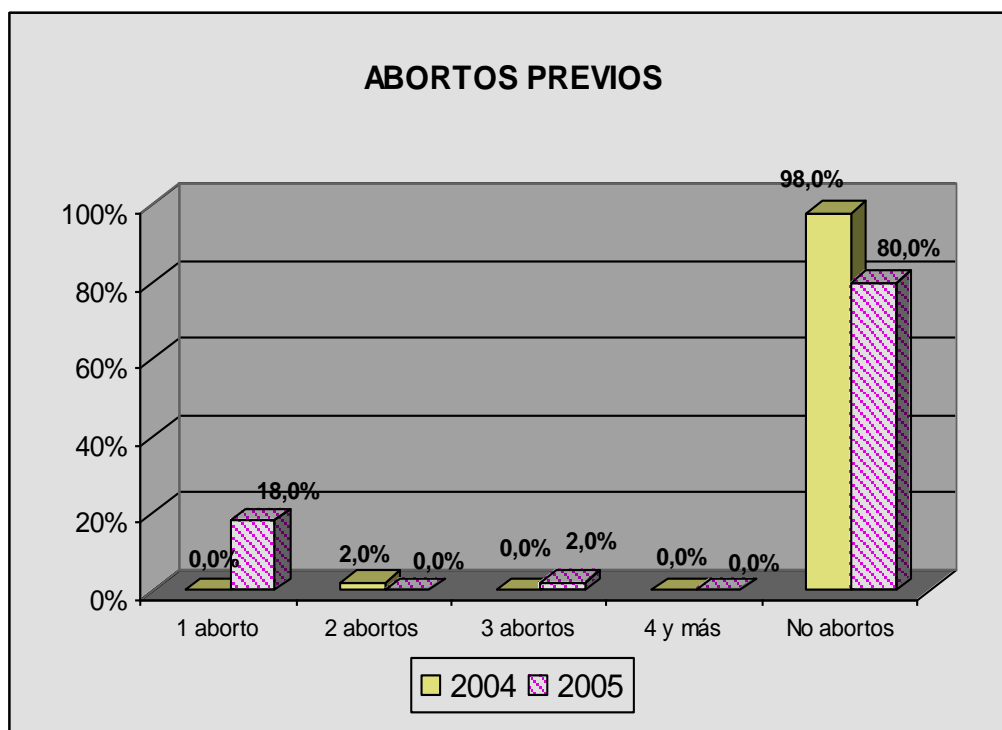


TABLA N° 4

**CASOS SEGÚN ASPECTO DEL CUELLO UTERINO DE MUJERES
EN EDAD FERTIL DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER CÉRVICO
UTERINO
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

Aspecto cuello uterino	2004		2005	
	N°	%	N°	%
Sana	50	33.4	97	58.0
Benigno	20	13.3	0	0.0
Atrófico	5	3.3	13	8.0
Sospechoso	75	50.	57	34.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia sobre aspectos del cuello uterino
Hospital Virgen de Chaguaya.

El cuadro y la grafica número cuatro muestran que en el año 2004, un porcentaje del 50% de los casos atendidos según el aspecto del cuello fueron sospechosos, siendo este un porcentaje alto.

A diferencia del año 2004 en la gestión 2005 disminuye este porcentaje al 34% demostrando que un porcentaje de un 58% de las mujeres en estudio, el cuello uterino fue de aspecto sano.

GRÁFICA N° 4

**CASOS SEGÚN ASPECTO DEL CUELLO UTERINO DE MUJERES
EN EDAD FERTIL DIAGNOSTICADAS CON CÁNCER CÉRVICO
UTERINO
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

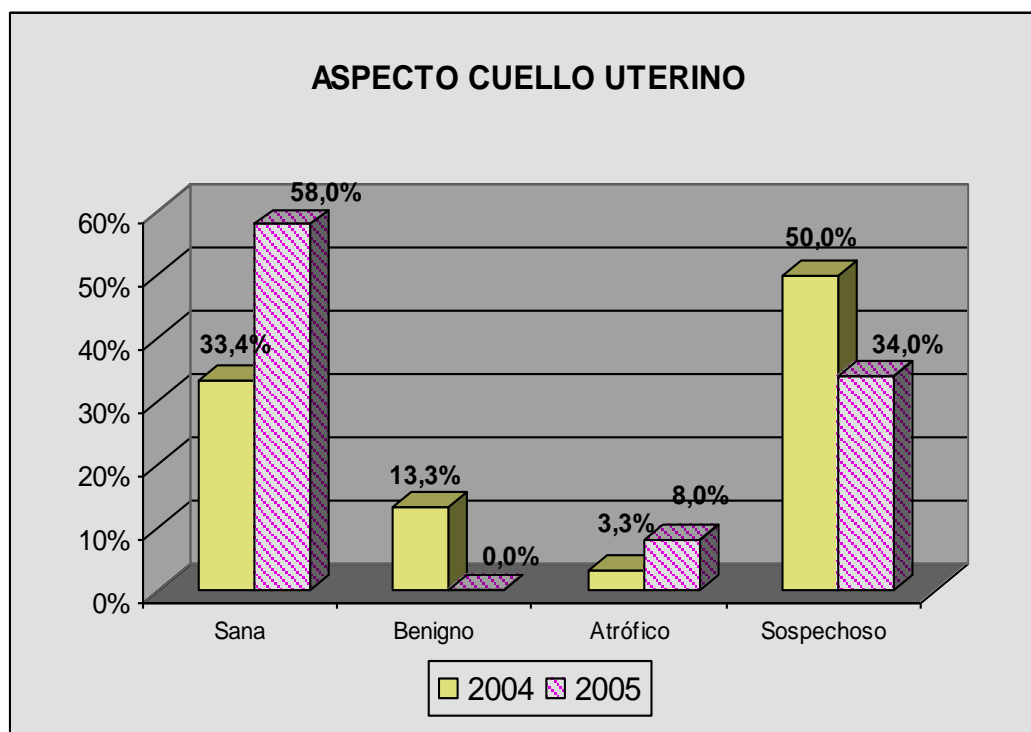


TABLA N° 5

**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

Infecciones de transmisión sexual	2004		2005	
	N°	%	N°	%
Tricomoniasis	24	16.0	34	20.3
Candidiasis	60	40.0	89	53.2
Garderenella	50	33.3	23	13.7
Gonorrea	2	1.3	1	0.5
Vaginosis	14	9.3	20	11.9
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia tabulación cáncer según infecciones De transmisión sexual H.V.Ch. 2004-2005.

El cuadro y la grafica número cinco demuestran que en la gestión 2004, un porcentaje del 40% de las mujeres que asistieron a la consulta ginecológica presentó candidiasis. En la gestión 2005 un porcentaje de 53.2% de las mujeres tuvieron el mismo comportamiento, ninguna de las mujeres tuvo el mismo comportamiento, ninguna de las pacientes con diagnostico positivo realizaron un control ginecológico periódico.

GRÁFICA N° 5

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN INFECCIONES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

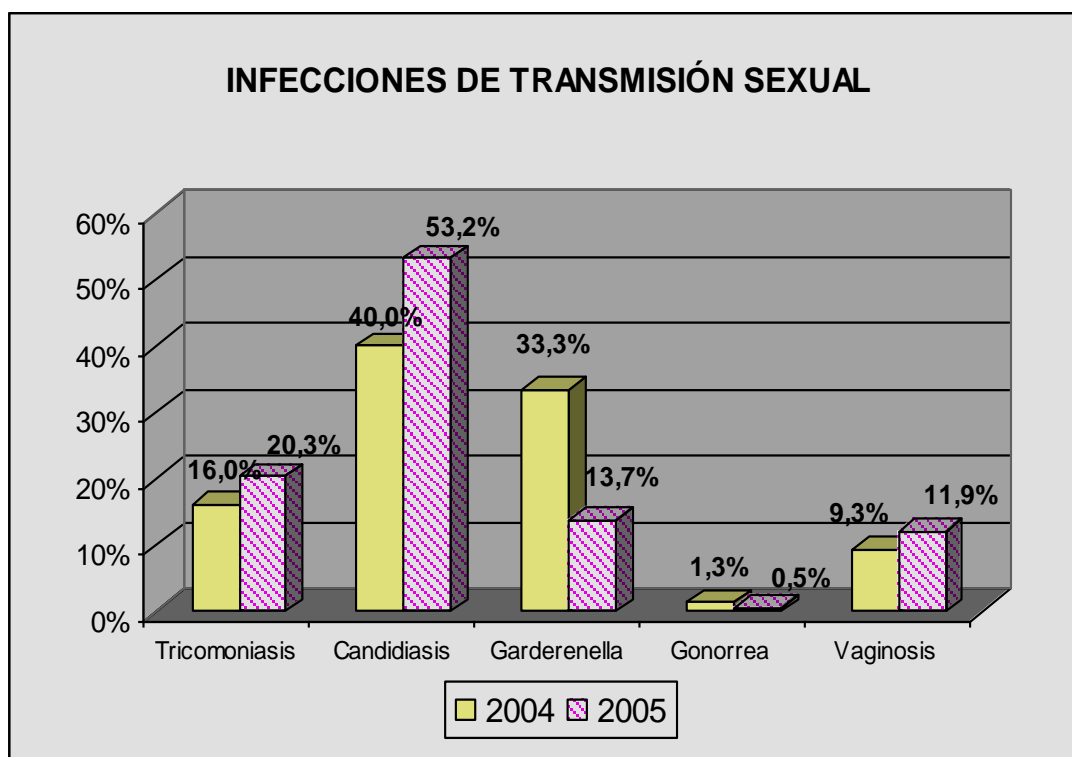


TABLA N° 6

**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN
TIEMPO DE REMISIÓN INFORME CITOLÓGICO
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

Tiempo de Remisión	2004		2005	
	Nº	%	Nº	%
15 – 20 días	0	0.0	0	0.0
21 – 35 días	150	100.0	167	100.0
35 más	0	0.0	0	0.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia, investigación de reportes de resultados según tiempo de remisión.H.V.Ch. 2004-2005.

El cuadro y la grafica número seis muestran que la remisión del informe citológico desde la capital del departamento fue entre 21 y 35 días para ambas gestiones.

GRÁFICA N° 6

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN
TIEMPO DE REMISIÓN INFORME CITOLÓGICO
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

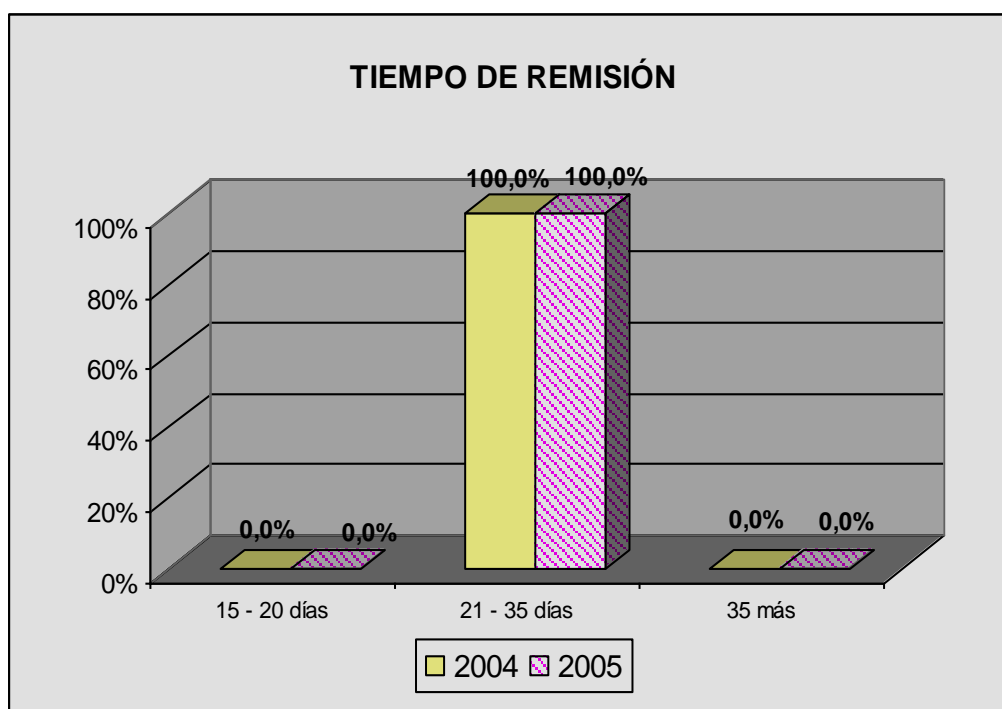


TABLA N° 7

**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN
NÚMERO DE TOMAS CITOLÓGICAS
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

Número de tomas citológicas	2004		2005	
	Nº	%	Nº	%
Nunca	7	5.0	30	18.0
1 toma	140	93.0	126	75.4
2 tomas	3	2.0	9	5.3
3 tomas	0	0.0	0	0.0
4 tomas	0	0.0	2	1.1
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia tabulación de casos de cáncer según Tomas citológica en el H.V.Ch. 2004-2005.

El cuadro y la grafica numero siete muestran, que en el año 2004 del total de 167 mujeres en edad fértil, 140 casos se realizaron una sola toma citológica que muestra un porcentaje de 93%.

En el año 2005 el comportamiento es similar siendo el porcentaje de 75.4% (120 casos).

GRÁFICA N° 7

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN
NÚMERO DE TOMAS CITOLÓGICAS
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

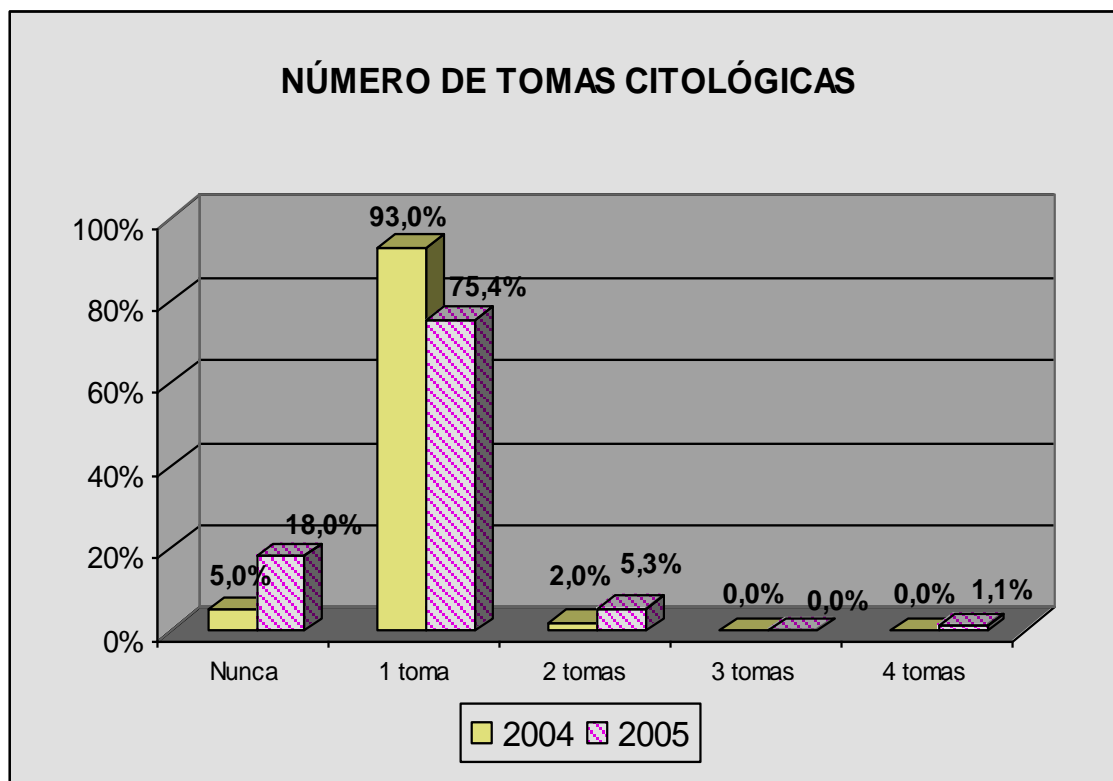


TABLA N° 8

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SEGÚN GRUPOS DE EDAD
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

Grupo de edades	2004		2005	
	N°	%	N°	%
15 – 24	20	13.3	30	17.9
25 – 34	40	26.6	60	35.9
35 – 44	38	25.3	50	29.9
45 – 54	39	26.0	17	10.0
55 y más	13	8.6	10	6.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia por tabulación del cáncer cérvico uterino según grupos de edad. H.V.Ch. 2004-2005.

El cuadro y la grafica número ocho muestran que el cáncer cérvico uterino se presento con mayor frecuencia en las edades de 25 – 34 años siendo el porcentaje de 26.6%, un porcentaje de 25.3% que corresponde al grupo de edad de 35-44 años en la gestión 2004, seguido del grupo de edad de 45 – 54 años con un porcentaje de 26%.

En la gestión 2005 la distribución por grupo de edades es similar a la gestión 2004 con un porcentaje de 35.9% que corresponde a la edad de 25 – 34 años, y un porcentaje de 29.9% para la edad de 35 – 44 años.

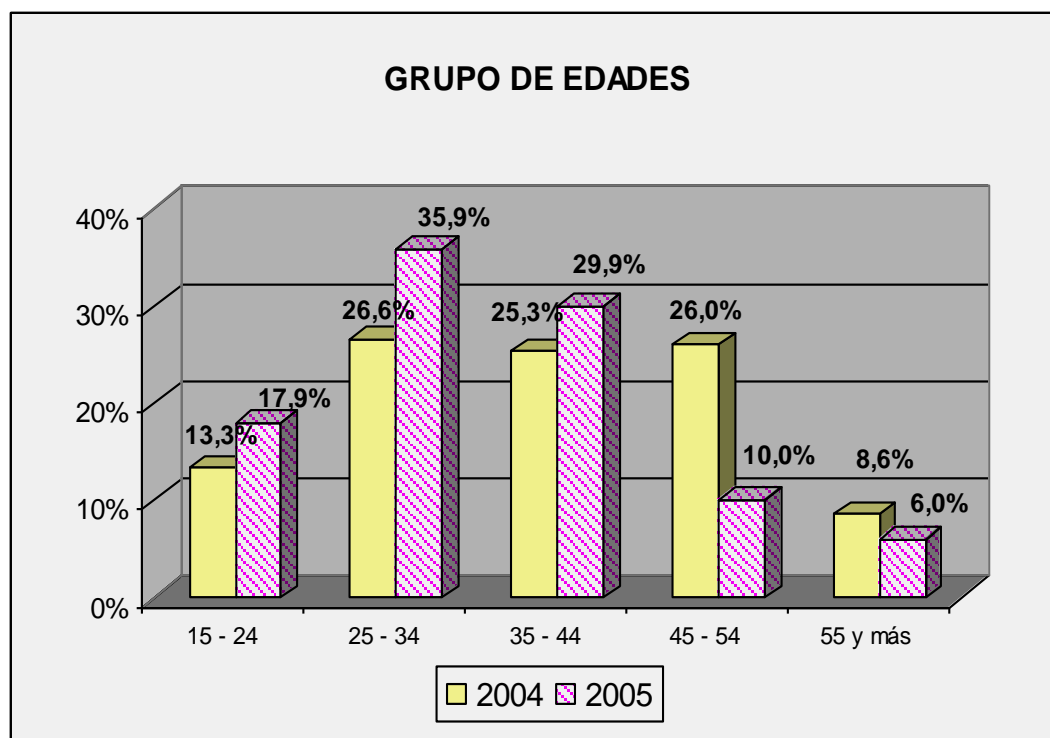
GRÁFICA N° 8**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SEGÚN GRUPOS DE EDAD
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

TABLA N° 9

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SEGÚN ESTADO CIVIL, HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA

BERMEJO 2004 – 2005

Estado Civil	2004		2005	
	N°	%	N°	%
Unión Estable	74	49.3	92	55.1
Casada	40	26.0	50	29.9
Divorciada	3	2.0	2	1.2
Soltera	30	20.6	13	7.8
Viuda	3	2.0	10	6.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia por tabulación del cáncer cérvico uterino
Según estado civil. H.V.Ch. 2004-2005.

El cuadro y grafica número nueve muestran que, de acuerdo al estado civil de las mujeres el mayor porcentaje 49.3% corresponde a unión estable en la gestión 2004.

En la gestión 2005 este comportamiento se mantiene con un porcentaje de 55.1% a unión estable.

GRÁFICA N° 9

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SEGÚN ESTADO CIVIL, HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

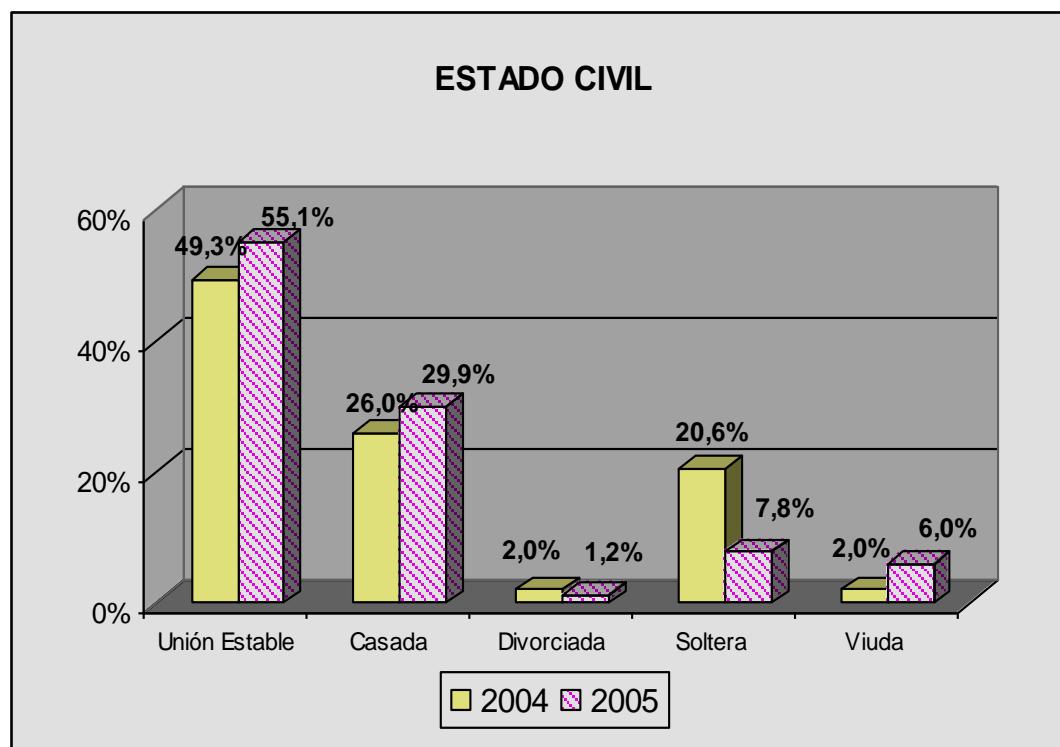


TABLA N° 10

CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO

SEGÚN PROCEDENCIA, HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA

BERMEJO 2004 – 2005

Procedencia	2004		2005	
	N°	%	N°	%
Urbana	95	63.3	126	75.4
Rural	33	22.0	32	19.1
Otros	22	14.6	9	5.3
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia por tabulación del cáncer cérvico uterino
Según procedencia. H.V.Ch. 2004-2005.

En la gestión 2004 el cuadro y grafica número diez muestran que el mayor porcentaje 63.3% corresponde al área urbana, (95 casos).

En la gestión 2005 los resultados según la procedencia el mayor porcentaje fue de 75.4% que corresponde al área urbana (126 casos), y muy pocas mujeres provienen del área rural siendo el porcentaje de 19.1%

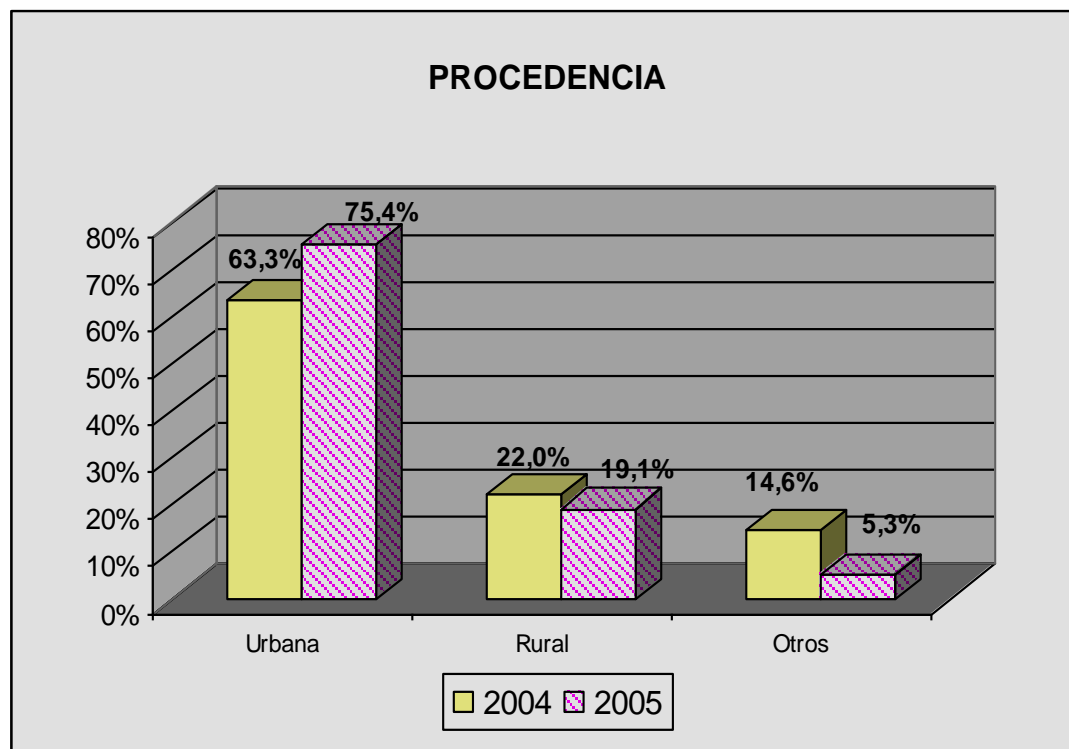
GRÁFICA N° 10**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SEGÚN PROCEDENCIA, HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

TABLA N° 11

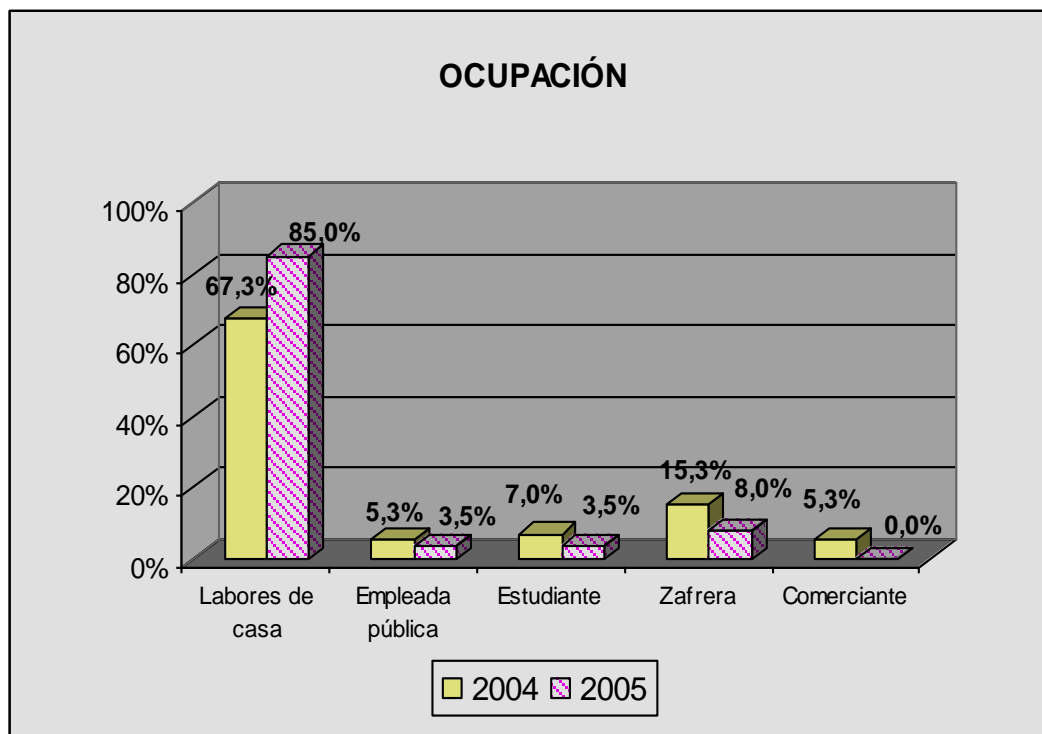
CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN OCUPACIÓN,
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005

Ocupación	2004		2005	
	N°	%	N°	%
Labores de casa	101	67.3	142	85.0
Empleada pública	8	5.3	6	3.5
Estudiante	10	7.0	6	3.5
Zafrera	23	15.3	13	8.0
Comerciante	8	5.3	0	0.0
Total	150	100	167	100

Fuente: Elaboración propia por tabulación del cáncer cérvico uterino
Según ocupación. H.V.Ch. 2004-2005.

El cuadro y la grafica número once muestran que, el mayor porcentaje 67.3% corresponde a las mujeres que se dedican a labores de casa en la gestión 2004.

En la gestión 2005 es casi similar a la gestión 2004 siendo un porcentaje de 85.0% de ocupación labores de casa.

GRÁFICA N° 11**CASOS DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO SEGÚN OCUPACIÓN,
HOSPITAL VIRGEN DE CHAGUAYA
BERMEJO 2004 – 2005**

1 CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación nos permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- El cáncer cérvico uterino en mujeres en edad fértil en el Hospital Virgen de Chaguaya en los años 2004-2005 según, el grado de lesión el mayor porcentaje corresponde a inflamatorio con un porcentaje de 86.7% y un porcentaje de 85%, seguido de NIC I (lesión intraepitelial de bajo grado) con un porcentaje de 5,3%, y un porcentaje de 4,2%, NIC II con un porcentaje 4,0% y para el año 2005 5,3% y NIC III (lesión intraepitelial de alto grado) y carcinoma invasor con un 3,3% y 3,0% para el 2005.
- En el año 2004 el cáncer cérvico uterino se presentó en las edades de 25-34 años, con un porcentaje de 26.6 % y un porcentaje 35.9 % en la gestión 2005; considerando el estado civil el porcentaje fue de 49.3% y el 55.1%, de procedencia urbana con un porcentaje de 63,3% para la gestión 2004 y 75,4% para la gestión 2005.
- Las mujeres con cáncer cérvico uterino tuvieron 5 partos previos, la mayoría no tuvieron abortos previos, el aspecto del cuello uterino fue sospechoso de neoplasia, con un porcentaje del 50% en el año 2004, el aspecto del cuello uterino en el año 2005 fue sano con un porcentaje del 58%, un porcentaje del 40% presentaron infecciones de transmisión sexual como candidiasis en el año 2004 y un porcentaje del 53,2% en la gestión 2005.
- Las mujeres con cáncer cérvico uterino no tuvieron antecedentes de tratamiento previo a la citología cervical, el tiempo de la remisión del informe citológico fue de 30 días y más; de las mujeres en estudio se realizaron una

sola toma citológica o ninguna con un porcentaje de 93,0% en la gestión 2004 y un porcentaje de 75,4% para la gestión 2005.

6.2. RECOMENDACIONES.

- Esperando que los resultados mostrados en esta investigación, fortalezca el programa Salud Sexual y Reproductiva ya que las coberturas en detección de cáncer cérvico uterino y sus lesiones precursoras en las mujeres, por medio del examen citológico son bajas.
- Se recomienda la realización de estrategias de información, educación y comunicación con personal capacitado en Salud Sexual Reproductiva; que tome en cuenta el CACU ya que los proveedores de salud, no tienen el tiempo necesario para informar a la población, sobre la toma del PAP y sus posibles tratamientos.
- Considerando la magnitud del problema, se hace imprescindible fortalecer a nivel departamental el programa de Detección del Cáncer Cérvico Uterino, desarrollando acciones integrales, es decir actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
- Se sugiere la realización de un programa de educación continua para el personal de Salud del Hospital Virgen de Chaguada
- Se recomienda la capacitación del personal de laboratorio del Hospital Virgen de Chaguaya, en técnicas de procesamiento para el diagnóstico de presunción y certeza de la citología cervical y evitar la demora de los resultados citológicos desde la capital del departamento, y de esta manera el personal no sea subutilizado para los procedimientos del PAP, Colposcopia, etc.

- Se recomienda a las autoridades de salud prioricen dentro de las políticas de salud el programa SSR garantizando los insumos necesarios para la realización del examen del PAP. Igualmente se sugiere un sistema de referencia y contrarreferencia oportuna.
- Es importante que el programa SSR trabaje en coordinación con las damas voluntarias de la Liga de Lucha contra el Cáncer; para coordinar el manejo y traslado de pacientes a centros especializados (Oncológicos), ya que el costo del tratamiento y traslado de estos usuarios constituye una barrera económica al igual que las barreras sociales y culturales.