

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIÓN PRE-INVASIVA DE  
CÉRVIX, EN USUARIAS DE UCSF DE JOCORO MORAZAN, SAN JORGE,  
LA CRUZ USULUTAN, EN EL PERÍODO ENERO-JUNIO DE 2014**

**Informe Final Presentado por:**

Daysi Marina Coto González

Diana María Georgina Duran Manzanares

Jorge Osmel Morales Chavarría

**Para Optar al Título de:**

DOCTOR EN MEDICINA

**Asesor:**

Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco

SAN SALVADOR, 22 DE AGOSTO DE 2014

## CONTENIDO

### RESUMEN

INTRODUCCION.....i,ii

OBJETIVOS.....3

    OBJETIVO GENERAL.....3

    OBJETIVOS ESPECIFICOS.....3

MARCO TEÓRICO.....4

- FACTORES DE RIESGO.....11
- SÍNTOMAS.....14
- PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CERVIX.....15
- ESTADIOS PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....19
- TRATAMIENTO.....23
- SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO DE LA NEOPLACIA INTRAEPITELIAL.....24
- PREVENCIÓN.....24
- EL IMPACTO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DE CÁNCER DE CERVIX.....25
  - ✓ Dimensión sexual.....28
  - ✓ Dimensión psicológica.....29
  - ✓ Dimensión social.....30

SISTEMA DE HIPOTESIS.....32

- HIPOTESIS .....32
- HIPOTESIS NULA.....32
- DISEÑO METODOLOGICO.....33
  - ✓ PERIODO DE ESTUDIO.....33
  - ✓ UNIVERSO Y MUESTRA.....33
- TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN.....34

VARIABLES DE ESTUDIO.....36

    Operacionalizacion de variables.....36

CRONOGRAMA.....41

- PRESENTACION DE RESULTADOS.....43

INTERPRETACION DE RESULTADOS.....64

ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....70

CONCLUSIONES.....73

RECOMENDACIONES .....75

BIBLIOGRAFÍA.....76

1. 1gardner. - gray. - orahilly, -anatomiahumana . nueva editoriall interamericana,  
mexico,1989.....76

ANEXOS.....78

## RESUMEN

El presente trabajo titulado factores de riesgo asociados a lesión pre-invasiva de cérvix, en usuarias de UCSF jocoro Morazán, UCSF san jorge, UCSF la cruz Usulután, en el período enero-junio de 2014.

Trata de asociar la importancia y papel que juegan el presentar factores de riesgo para desarrollar una lesión pre-invasiva de cáncer cervico uterino, que ocupa una de las primeras causas de muerte en mujeres en El Salvador.

El método de estudio empleado fue descriptivo observacional, utilizando para la obtención de datos la encuesta con una técnica de entrevista, en la que se enfocó un apartado dirigido para aquellas mujeres que presentaron una lesión pre-invasiva de cérvix al momento de la investigación, donde notamos la relación directamente proporcional, estadísticamente hablando, que tiene presentar por lo menos un factor de riesgo para desarrollar dicha lesión, se tabularon los resultados.

Tomando en cuenta la amplia gama de factores de riesgo asociados a presentar lesión pre-invasiva de cérvix, se indagó que éstos tienen real importancia confirmando estadísticamente que las mujeres entrevistadas que tienen lesión preinvasiva de cérvix están expuestas a la gran mayoría de estos factores, por lo que podríamos relacionarlos de manera directa con padecer la patología, entre ellos la edad, estado nutricional, estado civil, multiparidad, uso de anticonceptivos hormonales.

Se abarco un ámbito que no muy estudiado hasta el momento, parece de vital importancia desarrollarlo para dar un manejo integral a las pacientes con lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix, nos referimos al impacto psicológico que afecta a la paciente cuando se les diagnostica su problema de salud, verificando que un 70% de las personas con lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix sintieron preocupación al momento de recibir la noticia y, que un porcentaje nada despreciable el 26 % sintieron miedo, con el objetivo de ayudar en la atención que se debe brindar a la paciente de forma íntegra, incluimos que tipo de apoyo tuvieron las pacientes seleccionadas de parte de sus cercanos, en esta investigación las mujeres confirmaron en un 90% contar con apoyo de su familia, sin embargo el 90 % negó que se les diera algún tipo de apoyo en los centros de salud, además identificamos que sólo el 4% recibió un tipo de atención psicológica.

Llegando a las conclusiones que nuestra población tiene poca información con respecto ésta patología, manera de transmisión, métodos de prevención, por lo que se nos hace importante crear conciencia en los establecimientos de salud para impartir charlas a las mujeres e insistir en la toma periódica de la citología

## INTRODUCCIÓN

Hoy en nuestra época el cáncer de cérvix, es una de las enfermedades que sigue siendo uno de los desafíos para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud. El cáncer del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; aunque es de los más curables, fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres, y en nuestro país es el principal problema de salud en las mujeres con vida sexualmente activa.

Es importante tener en cuenta que existen factores extrínsecos e intrínsecos como: papiloma virus humanos (PVH), alteraciones del sistema inmunológico, anticoncepción oral, bajo nivel económico, herpes virus simple, tabaco, medio ambiente, múltiples parejas sexuales entre otros.

El cáncer de cérvix es la segunda causa de patología ginecológica oncológica a nivel mundial.

El cáncer de cuello uterino causa la muerte a por lo menos 33.000 mujeres de América Latina y el Caribe cada año. En El Salvador, la Organización Mundial de la Salud y el Global Cáncer Center estimó que el cáncer de cérvix tiene una tasa de incidencia anual de 45.6 x 100,000 mujeres año y una mortalidad de 23.5 x 100,000 mujeres año (2002.)

De acuerdo con datos del registro de tumores del instituto del cáncer, en El Salvador, el cáncer cérvico uterino es la neoplasia maligna con mayor incidencia y mortalidad en mujeres. El Salvador se encuentra formando parte del grupo de países con más alta mortalidad por cáncer uterino en las Américas con una tasa de mortalidad de 20-25 por 100,000 mujeres”,

Diferentes factores de la vida de las mujeres salvadoreñas pueden ser capaces de aumentar las posibilidades de adquirir cáncer de cérvix, el cual podría acabar con la vida de muchas pacientes; por esta razón consideramos que nuestra investigación se hace necesaria para conocer las características generales de las pacientes que presentan lesiones pre-invasivas de cérvix

uterino y de esta forma podríamos contribuir a que disminuya la incidencia de esta enfermedad en el área que abarca nuestra investigación.

El impacto emocional de muchas mujeres al saber que poseen esta enfermedad, para integrar el componente psicológico al tratamiento; el conocimiento de estas mujeres sobre la prevención y el tamizaje temprano y el cumplimiento del tratamiento oportuno son factores que de cumplirse de manera adecuada disminuyen la incidencia.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar los factores de riesgo y su relación con la presencia de lesiones pre-invasivas de cérvix uterino, en usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

- Determinar los factores de riesgo y su relación con resultados citológicos que refieran un tipo de lesión pre-invasiva de cérvix uterino.
- Conocer el estado emocional y el impacto psicológico que causa tener resultado de PAP con lesión pre-invasiva de cérvix uterino en las mujeres que la presentan.

## MARCO TEÓRICO

El cáncer de cérvix es uno de los problemas de salud que más preocupa a la población femenina, y a los sistemas de salud, dado que es una de las primeras causas de muerte en las mujeres no solo a nivel nacional, sino que también a nivel de países en desarrollo a pesar de ser el cáncer de carácter más prevenible y curable si es detectado a tiempo por medio del tamizaje con la toma subsecuente de la citología, tomando en cuenta las condiciones para la toma de este examen y la cultura de nuestra población femenina que se niega a hacérselo por muchas razones de carácter netamente subjetivos y no sustentables culturales, religiosos, machistas, etcétera.

Notamos que nuestra población un gran porcentaje está sujeta a muchos factores de riesgo que pueden aumentar la posibilidad que nuestras mujeres padezcan la enfermedad, e inclusive puedan llegar a fallecer por la misma; por no tener el conocimiento adecuado de las posibles causas, de la prevención, del tratamiento adecuado si llega a detectársele alguna lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix.

Obstantemente es preocupante guiar nuestro manejo únicamente médico, dejando atrás el impacto psicosocial que invade a las mujeres que han sido diagnosticadas con una lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix.

### EPIDEMIOLOGÍA

Cada año surgen en todo el mundo casi medio millón de casos nuevos de cáncer de cérvix, la mitad de los cuáles mueren a consecuencia de esta neoplasia. Estas cifras se relacionan con el nivel socioeconómico bajo, por ello, la carga de la enfermedad afecta intensamente a los países en desarrollo.

El cáncer de cérvix es uno de los más importantes problemas de salud en el mundo, ya que este cáncer es el segundo más frecuente en las mujeres a nivel

mundial, con estimaciones de 585.278 nuevos casos en 2010, de los cuales un 85.5% de éstos se produjeron en países en desarrollo.

En El Salvador el cáncer de cérvix es la primera causa de muerte en mujeres por neoplasias, y en la región, El Salvador ocupa el tercer lugar tanto en incidencia como en enfermedad según datos del Centro Mundial de Registros de la Organización Mundial de la Salud Global Cáncer Center (GLOBOCAN) la tasa de mortalidad es de 18.2 muertes por 100,000 mujeres, con una incidencia de 37.2 por 100,000 mujeres ocupando la tercera causa de muerte en la población en general, y el segundo lugar en la población femenina, ubicando al país en el tercer lugar en mortalidad de la región Centroamericana.

El año 2011 murieron 68 mujeres y de enero a abril de 2012 se notifican 12 fallecimientos y 199 nuevos casos de la enfermedad, según los datos epidemiológicos del Sistema Nacional de Salud.

En 1998, el cáncer de cérvix era la principal causa de mortalidad por cáncer entre las mujeres, habiéndose notificado 405 defunciones en todo el país. Se estima que el subregistro de muertes debidas al cáncer es de un 32%.

A pesar de la existencia de un programa de pesquisa del cáncer de cérvix con una red de laboratorios en todo el país, El Salvador persiste como uno de los países latinoamericanos con más alta incidencia y mortalidad por cáncer de Cérvix.

La mortalidad por cáncer de cérvix en El Salvador, sigue siendo un problema de salud pública en el que inciden factores de tipo económico, social, cultural y de inequidad de género; y aunque la morbilidad por cáncer de cérvix afecta a las mujeres de todos los grupos sociales, están en mayor desventaja las mujeres entre los 30 y 59 años, las de nivel socio-económico bajo, las que residen en el área rural y aquellas que nunca se han tomado una citología. La morbilidad por esta patología provoca repercusiones en la calidad de vida de las afectadas y

de su grupo familiar, que inciden en el desarrollo humano de las presentes y futuras generaciones.

La incidencia de cáncer de cérvix es muy variable de una región a otra y está íntimamente relacionada con el nivel de desarrollo de una población.

## **ANATOMIA**

Los órganos del aparato reproductor femenino incluyen: Útero, Ovarios Trompas de Falopio, Cuello uterino y Vagina. (**Anexo 1, Figura 1**)

### ➤ **Útero:**

Es un órgano ubicado en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto, en este encontramos 3 capas gruesas de músculo a los cuales se les da el nombre de miometrio, y la capa de tejido conjuntivo externo se le da el nombre de perímetro. El útero está compuesto por diferentes partes:

*Fondo:* Esta se eleva en sentido superior desde la entrada de las trompas de Falopio.

*Cuerpo:* El cual constituye la mayor parte del útero.

*Cérvix:* Que se extiende hasta la vagina.

### ➤ **Cérvix**

El cérvix es la parte inferior del útero, que está proyectada hacia la vagina. La pared del cérvix extendida hacia la cúpula vaginal se le conoce con el nombre de ectocervix, mientras que la parte que rodea al conducto endocervical se llama endocervix. El cérvix actúa como una puerta de paso hacia el aparato genital femenino, el conducto endocervical fomenta la viabilidad y el paso de los espermatozoides.

A nivel mundial, el cáncer de cérvix es el tercer tipo de cáncer más común en las mujeres y es mucho menos común en los Estados Unidos debido al uso habitual de las pruebas de Papanicolaou (citología vaginal).

El cáncer de cérvix comienza en las células de la superficie del cuello uterino. Existen dos tipos de dichas células: escamosas y columnares. La mayoría de los cánceres provienen de las células escamosas. El cáncer de cérvix generalmente evoluciona lentamente con el paso del tiempo y comienza como una afección pre cancerosa llamada displasia, la cual se puede detectar por medio de una prueba de Papanicolaou y es 100% tratable. Por esta razón es tan importante que las mujeres se practiquen regularmente dicha prueba.

***(Anexo 2, figura 2)***

La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer de cérvix en la actualidad no se han sometido a pruebas de Papanicolaou regulares o no han tenido un seguimiento por resultados anormales.

Los cambios pre cancerosos que no se han detectado pueden terminar en cáncer de cérvix y diseminarse a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado. Puede tomar años para que los cambios pre cancerosos se conviertan en este tipo de Cáncer y los pacientes con esta afección generalmente no tienen problemas hasta que dicho Cáncer esté avanzado y se haya diseminado.

*Las tres maneras en que el Cáncer se disemina en el cuerpo son las siguientes:*

- *A través del tejido:*El cáncer invade el tejido normal que lo rodea.
- *A través del sistema linfático:* El cáncer invade el sistema linfático y circula por los vasos linfáticos hasta otros lugares en el cuerpo.
- *A través de la sangre:* cáncer invade las venas y los capilares, y circula por la sangre hasta otros lugares en el cuerpo.

Cuando las células cancerosas se separan del tumor primario (original) y circulan a través de la linfa o la sangre hasta otros lugares del cuerpo, se puede formar otro tumor (secundario). Este proceso se llama metástasis.

El tumor secundario (metastásico) es el mismo tipo de cáncer que el tumor primario. Por ejemplo, si el cáncer de mama se disemina hasta los huesos, las células cancerosas de los huesos son en realidad células de cáncer de mama. La enfermedad es Cáncer metastásico de mama, no cáncer del hueso.

### VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

Casi todo el Cáncer de Cérvix es causado por el papiloma virus humano (HPV), un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales.

Taxonómicamente los VPHs pertenecen a la familia Papillomaviridae. Son virus muy estables, con capacidad de infección duradera y resistencia a numerosos agentes terapéuticos. Es un virus pequeño, constituido por una cápside icosaédrica y un genoma compuesto de una doble hélice de ADN, formada por 8.000 pares de bases.

Existen muchos tipos diferentes de HPV y muchos de ellos no causan problemas; sin embargo ciertas cepas de este virus realmente conducen al cáncer de cérvix. Otras cepas pueden causar verrugas genitales. (**Anexo 3, figura 3**)

- Según su riesgo oncológico los VPHS se clasifican (1) en:

VPH de bajo riesgo y VPH de alto riesgo:

**Tabla 1.** Clasificación de tipos de VPH según oncogenicidad cervical<sup>16</sup>.

| Clasificación de riesgo | Tipo de VPH  |
|-------------------------|--|
| Alto riesgo             | 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, 82 |
| Probable alto riesgo    | 26, 53, 66   |
| Bajo riesgo             | 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81, CP6108          |
| Riesgo no determinado   | 34, 57, 83   |

La infección por VPH es muy frecuente y muchos individuos infectados nunca llegan a tener manifestaciones clínicas.

Un factor bien establecido que explica parcialmente el riesgo diferencial de desarrollar cáncer cervical es el tipo de VPH infectante.

Actualmente han sido clonados más de 100 tipos de VPH que infectan el tracto ano genital y alrededor de 20 se asocian a cáncer cervical, de éstos, 15 tipos de VPH se clasifican como “alto riesgo” de desarrollar cáncer cervical, tres como “probablemente de alto riesgo”, 12 como “bajo riesgo” y 3 “no determinado”.

Tanto los VPH de alto riesgo como los de bajo riesgo causan las llamadas lesiones intraepiteliales escamosas del cuello uterino de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés), mientras que la mayoría de lesiones clasificadas como lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés), el carcinoma in situ o el cáncer invasivo, son causados por los tipos de VPH llamados de alto riesgo.

➤ **Los VPH 16 y 18:**

Son los dos tipos más frecuentes, son los responsables del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial y los ocho tipos más comunes (VPHs 16, 18, 33, 45, 31, 58, 52, y 35) son los responsables del 89% de los

casos a nivel mundial. La prevalencia relativa del VPH 18 es más importante en el adenocarcinoma que en el carcinoma escamoso (5). La expresión clínica más conocida de la infección viral la constituyen los *condilomas acuminados* o verrugas genitales, asociados en aproximadamente un 90 % a infecciones por los genotipos de VPHs 6 y 11. El VPH representa la infección de transmisión sexual más frecuente. Su prevalencia es muy elevada en varones y en mujeres jóvenes sexualmente activos. En la segunda década de la vida se estima una prevalencia del 20-25%, pero en algunos grupos de adolescentes o de mujeres jóvenes la infección llega a afectar hasta a un 70% de individuos. En la tercera década la prevalencia disminuye, y a partir de los 35 años se mantiene estable en unos valores próximos al 5% (2).

➤ *En función de su tropismo el VPH se clasifican en (1):*

**VPHscutaneotrópicos:** se aíslan frecuentemente en verrugas cutáneas, en enfermos con epidermodisplasiaverruciforme, en lesiones cutáneas en pacientes inmunodeprimidos post-trasplante y en algunos tumores epiteliales (VPHs 1, 4, 5, 8, 41, 48, 60, 63 y 65).

**VPHsmucosotrópicos:** se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto ano genital de ambos sexos. Ocasionalmente, estos tipos virales se aíslan en tejidos y lesiones de la cavidad oral, orofaringe, laringe y en menor grado esófago, conjuntiva y lecho ungueal (VPHs 6, 11, 13, 16, 18, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 39, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 73 ).

Finalmente, un último grupo de VPHs se aíslan indistintamente en tejidos y lesiones cutáneas o mucosas ( VPHs 2, 3, 7, 10, 27, 28, 29, 40, 43, 57, 61, 62 y 72) y su asociación con lesiones malignas está menos establecida.

## FACTORES DE RIESGO

Muchos aspectos inciden en el desarrollo o desencadenamiento de algún tipo de cáncer en las personas. Entre ellos, factores biológicos o, simplemente, por influencia del entorno.

- *Genéticos*: Las personas más susceptibles al cáncer son aquellas que son portadoras de ciertos genes que controlan al ciclo de la célula o los mecanismos de respuesta inmunológica. También puede ocurrir que haya influencia de un factor externo y se de una mutación que lleve a la transformación maligna de las células.
- *Inmunológicos*: Las alteraciones del sistema inmune, congénitas o adquiridas, favorecen la proliferación de células malignas en los tejidos. La respuesta inmune controla, en situaciones normales, los efectos dañinos producidos por las infecciones en el cuerpo humano y, además, es la encargada de eliminar las células alteradas para que no dañen los tejidos.
- *Nutricionales*: Las deficiencias nutricionales vuelven a las personas vulnerables a esta enfermedad, pues están relacionadas con el sistema inmunológico. También se ha establecido que la ingesta desmedida de ciertos alimentos como grasas saturadas o alimentos excesivamente cocinados, puede contribuir al desarrollo del cáncer. Se considera que la ingestión de alimentos antioxidantes, como frutas y vegetales se relaciona con la disminución del riesgo de padecer cáncer de cuello de útero. La asociación es más consistente sobre todo con la ingestión de vitaminas C, E, A y carotenos. La ingestión en la dieta de folatos, vitamina B6 y B12 puede estar también implicada en la carcinogénesis cervical. No obstante no existen conclusiones definitivas que relacionan la dieta y riesgo de cáncer cervical (4).

➤ **Medioambientales:**

- *Tabaquismo:* el tabaco es el factor más importante de progresión, con un aumento del riesgo de 2-4 veces frente a las no fumadoras. El tabaco tiene un efecto carcinogénico directo y además produce alteración de la inmunidad local en el cuello uterino, esto contribuye a cronificar la infección.
- La exposición a la radiación solar, la contaminación del aire y las ondas electromagnéticas, son objeto de intenso estudio, puesto que existen ya evidencias que las vinculan con algunos tipos de cáncer.
- *Anticonceptivos hormonales:* el consumo de contraceptivos hormonales durante cinco ó más años actúa como co-factor para padecer cáncer cervical, pues. Los estrógenos favorecen la proliferación de las lesiones ya establecidas. Los gestágenos pueden estimular la expresión viral. Los estrógenos y gestágenos de los contraceptivos inhiben la apoptosis a nivel cervical y modifican la respuesta inmunitaria local, lo que facilitaría la carcinogénesis, sobre todo si el consumo es superior a 10 años. El riesgo disminuye 8 años después de haberlos suspendido
- *Microorganismos:* en particular virus. Está demostrado que algunos virus son condición necesaria para que se desarrolle el cáncer; por ejemplo el virus del Papiloma Humano, de transmisión sexual y de altísima prevalencia, factor necesario en la génesis del cáncer de cuellos uterino.
- *Genotipo viral:* Es el factor de riesgo más importante de persistencia viral y de progresión hacia una lesión pre invasiva, siendo los genotipos 16 y 18 los que presentan un mayor riesgo de progresión . Los genotipos 16 y 18, tienen una integración más efectiva en el genoma humano que otros genotipos, por lo que pueden desarrollar de forma más rápida lesiones de alto grado

➤ **Otros factores de riesgo para el Cáncer de Cérvix**

- El riesgo está relacionado con el *comportamiento sexual*: Edad del primer coito, número de compañeros sexuales y relaciones sexuales con compañeros que tienen o han tenido múltiples parejas sexuales.
- *Edad del primer coito*: Las características histológicas de la zona de transformación escamoso-cilíndrica en el exocérvix de las mujeres jóvenes, pueden explicar el mayor riesgo de infección entre las mujeres que inician tempranamente la actividad sexual. La inmadurez cervical, las deficiencias de flujo cervical protector y la ectopia cervical aumentada pueden conducir a una mayor susceptibilidad para la adquisición de una infección por el VPH en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.
- *Número de compañeros sexuales*: La asociación entre el número de parejas sexuales y la probabilidad de detectar ADN del VPH en el tracto genital inferior es consistente. El tiempo que transcurre entre una pareja y otra, es otro factor influyente, ya que existe más riesgo de infección si el lapso de tiempo entre una pareja y otra es corto.

Parejas sexuales que tengan múltiples compañeros sexuales o que participen en actividades sexuales de alto riesgo

- *Alta paridad*: Las modificaciones hormonales del embarazo, las modificaciones cervicales del parto podrían explicar esta asociación.

➤ **Otras Infecciones de transmisión sexual:**

- *Chlamydia trachomatis* parece ser un co-factor en el desarrollo de lesiones preneoplásicas y cáncer del cuello uterino, cuyo mecanismo de acción es por inducción de inflamación crónica y metabolitos mutagénicos.
- *Herpes*: Se ha demostrado la asociación de la seropositividad del Virus Herpes Simple tipo 2 (VHS-2) con un riesgo aumentado de cáncer de cuello de útero . Las pacientes con VIH positivas tienen mayor riesgo de infección por VPH y de padecer cáncer cervical.

- **VIH:** actúan como co-factores en el desarrollo de lesiones preneoplásicas y cáncer de cuello uterino. El VIH se asocia tanto a la prevalencia, como a la progresión de infecciones por VPH a lesiones neoplásicas del Tracto Genital Inferior (T.G.I.) y del canal anal. Las pacientes portadoras de VIH tienen más riesgo de infección por el VPH (RR: 17) y 9 veces más riesgo de desarrollar cáncer de cérvix. Es debido a las modificaciones que se producen en la inmunidad general y local de estas pacientes

Estrato socioeconómico bajo que no les permite a las mujeres costear las pruebas de Papanicolaou.

La circuncisión masculina actúa como factor protector frente a la infección, se asocia con un menor riesgo de infección por VPH y con menor riesgo de transmisión y progresión a cáncer de cérvix en sus compañeras sexuales.

El uso del preservativo durante el contacto sexual es una barrera que disminuye la posibilidad de contagio, pero no se previene por completo la transmisión del VPH.

## SÍNTOMAS

La mayor parte del tiempo, el cáncer de Cérvix es asintomático. Cuando los síntomas aparecen, pueden ser:

1. Secreción vaginal continua, que puede ser pálida, acuosa, rosada, marrón, sanguinolenta o de olor fétido
2. Sangrado vaginal anormal entre períodos, después de la relación sexual o después de la menopausia
3. Períodos menstruales más abundantes y que duran más de lo usual

- Los síntomas del cáncer de cérvix avanzado comprenden:
- Pérdida del apetito
- Pérdida de peso
- Fatiga
- Dolor pélvico
- Dolor de espalda
- Dolor en las piernas
- Inflamación en una sola pierna
- Sangrado vaginal profuso
- Fuga o filtración de orina o heces por la vagina
- Fracturas óseas

## PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CERVIX

### ❖ SIGNOS Y EXÁMENES

Los cambios pre canceroso y el cáncer de cérvix no se pueden ver a simple vista. Se necesitan exámenes especiales para descubrir tales enfermedades.

#### ➤ **Citología o prueba de Papanicolaou**

Las pruebas de Papanicolaou detectan los pre cánceres y el cáncer, pero no ofrecen el diagnóstico final. Si se encuentran cambios anormales, generalmente se examina el cuello uterino bajo aumento o ampliación microscópica, lo cual se denomina colposcopia. Durante este procedimiento, se extraen fragmentos de tejido en forma quirúrgica (biopsia), los cuales se envían al laboratorio para su análisis.

La prevención secundaria del cáncer de cérvix se introdujo a mediados del siglo pasado, mediante la citología de Papanicolaou. La prueba más comúnmente usada en el tamizaje del cáncer de cérvix es la citología cervical desarrollada por George Papanicolaou en la década de 1930; La citología ha demostrado su capacidad de reducir la tasa de cáncer de cérvix cuando se ha aplicado de forma programada, sistemática y continuada. Se basa en el principio de la exfoliación celular que presentan los diferentes tejidos del cuerpo humano. En condiciones de patología, la descamación es más intensa cuanto más inmadura es dicha lesión, ya que disminuyen las fuerzas de cohesión entre las células. La citología de Papanicolaou consiste en la toma, observación e interpretación de una muestra de células del cérvix. Esta prueba detecta cambios inflamatorios, infecciosos o la presencia de células anormales y neoplásicas. De la citología cervical no debe esperarse un diagnóstico sino un resultado, normal o anormal. Las citologías anormales detectan mujeres potencialmente afectas de lesiones cervicales.

#### ➤ **Técnica para toma de citología**

Es una técnica barata y de fácil ejecución. Para la toma de citología, se introduce un espéculo en la vagina para ensancharla. Luego, se introduce un cepillo en la vagina para obtener células del cuello uterino. Las células se observan bajo un microscopio para determinar si hay signos de enfermedad. (Anexo 4, Figura 4)

Los programas organizados de tamizaje poblacional mediante la citología han demostrado su efectividad al disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en los países donde se han aplicado de forma masiva. En los últimos 50 años la toma de citología ha reducido la morbi-mortalidad por cáncer cervical en un 75-80%, en los países donde se ha aplicado con una estrategia poblacional con cobertura suficiente y continua.

Las citologías deben ser interpretadas y por lo tanto están sujetas a error. Para hacer más homogénea la lectura, se han propuesto varios sistemas de clasificación.

En la actualidad el más usado es la clasificación de Bethesda, elaborado en el año 2001 "*The Bethesda System-2001*" en la que no sólo se clasifican los hallazgos sino que se requiere la valoración de la muestra, es decir, si es o no adecuada. Las citologías deben ser interpretadas y por lo tanto están sujetas a error.

### ➤ **COLPOSCOPIA**

Esta técnica consiste en la visualización del tracto genital mediante un microscopio binocular con una potente fuente de luz centrada sobre el campo de exploración. Fue creada y desarrollada por Hans Hinselman (Hamburgo-1925).

Permite identificar la topografía y extensión de las lesiones pre cancerosas, localizar las áreas más sospechosas donde practicar la toma de biopsia y planificar un tratamiento efectivo.

Requiere una buena formación y experiencia del especialista. Es un prueba muy sensible para la detección de las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, sin embargo es poco específica, pues no siempre la imágenes colposcópicas anormales corresponde a lesiones intraepiteliales. Conocer las características colposcópicas del cuello uterino normal y poder identificarlas sientan las bases para diferenciar los resultados colposcópicos normales de los anormales.

El concepto anatómico más importante es la zona de transformación, si no se puede identificar adecuadamente toda la zona de transformación, el examen colposcópico se considerará insatisfactorio.

La clasificación de los hallazgos colposcópicos vigente actualmente es la ratificada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de

Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) en su XI Congreso de Barcelona 2002.

- Los hallazgos colposcópicos son clasificados en:
- Hallazgos colposcópicos normales.
- Hallazgos colposcópicos anormales.
- Características colposcópicas sugestivas de lesión de bajo grado (cambios menores).
- Características colposcópicas sugestivas de lesión de alto grado (cambios mayores).
- Características colposcópicas sugestivas de cáncer invasivo.
- Colposcopia insatisfactoria (cuando la unión escamoso-columnar no es visible, la asociación con trauma, inflamación o atrofia que impida valorar, no visualización del cuello uterino).
- Hallazgos misceláneos, como condilomas, erosión, pólipos, etc.

El comité de nomenclatura de la IFCPC constituido en el congreso mundial que se celebró en el 2008 en nueva Zelanda recibió el encargo de revisar y actualizar la clasificación colposcópica actualmente vigente y aprobada en Barcelona durante el congreso del 2002. La propuesta de clasificación fue aprobada en julio 2011 por el Board de la IFCPC y por la asamblea general celebrada durante el XIV congreso Mundial de Patología cervical y colposcopia de la IFCPC celebrado en Rio de Janeiro.

El proceso utilizado para determinar si el cáncer se ha diseminado dentro del cuello uterino o hasta otras partes del cuerpo se llama estadificación.

La información obtenida en el proceso de estadificación determina el estadio de la enfermedad. es importante conocer el estadio de la enfermedad para planificar el tratamiento.

## ESTADIOS PARA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO:

### ➤ **Estadio 0 (carcinoma in situ)**

#### **En el estadio 0**

Se encuentran células anormales en el revestimiento más interno del cuello uterino. Estas células anormales se pueden volver cancerosas y diseminarse hasta el tejido cercano normal. El estadio 0 también se llama carcinoma in situ.

### ➤ **Estadio I**

En el estadio I, el cáncer se formó y se encuentra solamente en el cuello uterino. El estadio I se divide en estadios IA y IB, según la cantidad de cáncer que se encuentre.

- ✓ Estadio IA: se detecta una cantidad muy pequeña de cáncer en los tejidos del cuello uterino que solo puede verse con un microscopio. El estadio IA se divide en estadios IA1 y IA2 de acuerdo con el tamaño del tumor.
- ✓ En el estadio IA1, el cáncer está a no más de tres milímetros de profundidad y no mide más de siete milímetros de ancho.
- ✓ En el estadio IA2, el cáncer está a más de tres milímetros de profundidad, pero no a más de cinco milímetros de profundidad, y no mide más de siete milímetros de ancho.
- ✓ Estadio IB: en el estadio IB, el cáncer solo se puede ver con un microscopio y está a más de cinco milímetros de profundidad o mide más de siete milímetros de ancho, o se puede ver sin un microscopio. El cáncer que se puede ver sin un microscopio se divide en los estadios IB1 y IB2, de acuerdo con el tamaño del tumor.
- ✓ En el estadio IB1, el cáncer se puede ver sin un microscopio y no mide más de cuatro centímetros.

- ✓ En el estadio IB2, el cáncer se puede ver sin un microscopio y mide más de cuatro centímetros.

➤ **Estadio II**

En el estadio II, el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared de la pelvis (tejidos que revisten la parte del cuerpo entre las caderas) o hasta el tercio inferior de la vagina. El estadio II se divide en estadios IIA y IIB, según la distancia a la que el cáncer se diseminó.

- ✓ Estadio IIA: el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina, pero no hasta los tejidos que rodean el útero.
- ✓ Estadio IIB: el cáncer se diseminó más allá del cuello uterino hasta los dos tercios superiores de la vagina y los tejidos que rodean el útero.

➤ **Estadio III**

En el estadio III, el cáncer se diseminó hasta el tercio inferior de la vagina, se puede haber diseminado hasta la pared de la pelvis o puede haber hecho que el riñón deje de funcionar. El estadio III se divide en estadios IIIA y IIIB, según la distancia hasta la que el cáncer se diseminó.

- ✓ Estadio IIIA: el cáncer se diseminó hasta el tercio inferior de la vagina, pero no hasta la pared de la pelvis.
- ✓ Estadio IIIB: el cáncer se diseminó hasta la pared de la pelvis o el tumor se volvió lo suficientemente grande como para bloquear los uréteres (los tubos que conectan los riñones con la vejiga). Este bloqueo puede hacer que los riñones aumenten de tamaño o dejen de funcionar. Las células cancerosas también se pueden haber diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis.

➤ **Estadio IV**

En el estadio IV, el cáncer se diseminó hasta la vejiga, el recto u otras partes del cuerpo. El estadio IV se divide en estadios IVA y IVB, según el lugar donde se encuentre el cáncer.

- ✓ Estadio IVA: el cáncer se diseminó hasta la vejiga o la pared del recto, y se puede haber diseminado hasta los ganglios linfáticos de la pelvis.
- ✓ Estadio IVB: el cáncer se diseminó más allá de la pelvis y los ganglios linfáticos de la pelvis hasta otros lugares en el cuerpo, como el abdomen, el hígado, el tracto intestinal o los pulmones. (Anexo 5, Figura 5)

❖ **En el proceso de estadificación, se pueden utilizar otros exámenes y procedimientos:**

➤ *Radiografía del tórax:*

Radiografía de los órganos y huesos del interior del pecho. un rayo x es un tipo de haz de energía que atraviesa el cuerpo y se plasma en una película, logrando una imagen de áreas del interior del cuerpo.

➤ *Exploración por TAC:*

Procedimiento mediante el cual se toma una serie de imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo, desde ángulos diferentes. las imágenes son creadas por una computadora conectada a una máquina de rayos x. es posible que se inyecte o se ingiera un tinte para que los órganos o tejidos se destaquen más claramente en la radiografía. este procedimiento también se llama tomografía computada, tomografía computadorizada o tomografía axial computarizada.

➤ *Linfangiografía:*

Procedimiento que se usa para tomar radiografías del sistema linfático. se inyecta un tinte en los vasos linfáticos de los pies. el tinte viaja hacia arriba a través de los ganglios linfáticos y los vasos linfáticos, y se toman radiografías

para determinar si hay algún bloqueo. Esta prueba ayuda a determinar si el Cáncer se diseminó hasta los ganglios linfáticos.

➤ *Estadificación quirúrgica pre tratamiento:*

se realiza una cirugía (operación) para determinar si el cáncer se diseminó dentro del cuello uterino o hasta otras partes del cuerpo. En algunos casos, el cáncer de cérvix se puede extirpar al mismo tiempo. La estadificación quirúrgica pre tratamiento habitualmente se realiza solo como parte de un ensayo clínico.

➤ *Ecografía:*

Procedimiento en el cual se hacen rebotar ondas sonoras de alta energía (ultrasónicas) en tejidos u órganos internos y se crean ecos. los ecos forman una imagen de los tejidos corporales que se llama sonograma.

➤ *IRM(imágenes por resonancia magnética):*

Procedimiento para el que se utiliza un imán, ondas de radio y una computadora para crear imágenes detalladas de áreas internas del cuerpo. Este procedimiento también se llama imágenes por resonancia magnética nuclear (IRM).

➤ *Biopsia por aspiración con aguja fina (Caaf):*

Extracción de tejido o líquido mediante una aguja fina.

Los resultados de estas pruebas se consideran junto con los resultados de La biopsia original del tumor para determinar el estadio del cáncer de cuello uterino.

- *Legrado endocervical (ECC):*

Para examinar la abertura del cuello uterino

- *Biopsia cónica:*

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

## TRATAMIENTO

Existen diversos tipos de tratamiento, los cuales se dividen en:

- **Destructivos:** producen una destrucción física de la lesión y, por tanto, no obtienen tejido para estudio histológico, estos son:
  - a) Termo coagulación.
  - b) Electrocoagulación.
  - c) Criocoagulación.
  - d) Vaporización con láser de CO<sub>2</sub>.
- **Escisionales:** extirpan la lesión, por ello puede realizarse el estudio histológico, que permitirá descartar la presencia micro invasión o invasión, que está presente en un 6-12% y un 2% respectivamente Son:
- **La conización:** La técnica consiste en la exéresis de toda la zona de transformación, incluyendo la lesión. La conización con asa diatérmica se considera un método seguro y eficaz. La escisión con asa diatérmica fue introducida por Cartier en 1984 para la toma de biopsias con fines diagnósticos. En 1989 Prendiville propuso la técnica con finalidad terapéutica al incorporar asas de mayor tamaño que permiten la exéresis de toda la zona de transformación y se emplean las siglas LEEP (LoopElectricalExcisionProcedure).

## **SEGUIMIENTO POSTRATAMIENTO DE LA NEOPLASIA INTRAEPITELIAL**

Aunque los porcentajes de éxito de los tratamientos actuales son superiores al 95%, el seguimiento pos tratamiento es necesario.

Las mujeres tratadas por una CIN presentan un riesgo de desarrollar un cáncer invasor 5 veces mayor que el de la población general, y éste puede aparecer en un periodo de 10 a 20 años después del tratamiento.

El riesgo de recurrencia es aproximadamente un 15% (5-25%), la mayoría de las recurrencias se dan en los dos primeros años, aunque el riesgo está incrementado en las dos siguientes décadas.

## **PREVENCIÓN**

En junio de 2006, la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos aprobó la vacuna llamada Gardasil, la cual previene contra la infección producida por los dos tipos de papiloma virus humano (HPV) responsables de la mayoría de los casos de cáncer de cérvix.

Los estudios han mostrado que la vacuna parece prevenir el Cáncer de Cérvix en sus etapas iniciales y las lesiones pre cancerosas.

Gardasil: es la primera vacuna aprobada dirigida específicamente a prevenir cualquier tipo de cáncer.

Practicar relaciones sexuales con protección (usando condones) también reduce el riesgo de contraer HPV y otras enfermedades de transmisión sexual. La infección con papiloma virus humano ocasiona verrugas genitales, las cuales pueden ser apenas visibles o de varias pulgadas de ancho. Si una mujer observa verrugas en los genitales de su pareja, debe evitar la relación sexual con esa persona.

Limitar el número de compañeros sexuales y evitar las parejas que participan en actividades sexuales de alto riesgo, Para reducir adicionalmente el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix.

Practicarse pruebas de Papanicolaou (citología vaginal) puede ayudar a detectar cambios pre cancerosos que pueden tratarse antes de que se conviertan en cáncer de cérvix. Estas pruebas son muy efectivas para descubrir tales cambios, pero tienen que hacerse en forma regular. Los exámenes pélvicos anuales, incluyendo la citología vaginal, se deben iniciar cuando la mujer se vuelve sexualmente activa, o en mujeres de 20 años que no son sexualmente activas. Si se observan cambios anormales, se debe llevar a cabo una colposcopia con biopsia.

Si la persona fuma, debe suspenderlo, dado que el consumo de cigarrillo está asociado con un aumento del riesgo de cáncer de cérvix.

## **EL IMPACTO PSICOLÓGICO Y EMOCIONAL DE CÁNCER DE CÉRVIX.**

El impacto psicológico que causa el diagnóstico de cáncer de cérvix puede ser considerado de manera general, como un evento vital estresante que afectará no sólo a la persona que lo recibe, sino que también tendrá incidencia en su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer de cérvix no produce el mismo impacto en todas las mujeres. Estas diferencias emocionales podrían estar en función de factores personales como edad, sexo, recursos y características individuales, entre otros .condiciones físicas, severidad de los síntomas y factores medioambientales como la eficacia de redes de apoyo social, actitudes de la comunidad.

Cabe recordar que la situación de padecer un cáncer de cérvix puede producir un gran impacto emocional en la paciente, el cual frecuentemente genera una

serie de reacciones psicológicas en ésta, siendo producto de las diferentes dificultades objetivas que tienen que ver con la enfermedad en sí (como son los síntomas, tratamientos, las pruebas médicas, etc.), así como de sus vivencias subjetivas ante ésta (el significado que tiene la situación de tener cáncer de cérvix , que influye a su vez en su comportamiento e interacción con los demás), la reacción de otras personas, etc.

La reacción psicológica de la paciente surge de la interacción entre diferentes condicionantes externas y la respuesta que la persona les da en función de su visión del mundo.

Entonces es claro que la expresión emocional es un determinante de la evolución positiva en la conducta ante la enfermedad de cáncer de cérvix, teniendo en cuenta que las pacientes que manifiestan especialmente sus temores desarrollan rápidamente mecanismos de ajuste psicológico que se van desencadenando a lo largo del proceso de afrontamiento , y les provee de cierta estabilidad en general, notándose ésto en la presentación de pocos cambios en la alimentación, el desarrollo del trabajo, la convivencia con la familia, y otros aspectos que hacen parte del día a día del desarrollo de la paciente.

El cáncer de cérvix puede considerarse como una situación que se convierte en una experiencia única que afecta a la persona en su totalidad y a todo su círculo de relaciones interpersonales por el estrés que genera.

La forma como estos individuos viven su experiencia asociada al cáncer de cérvix está ligada a psicobiografía y al contexto personal y social en que se encuentra el paciente al sobrevenir la enfermedad. Igualmente, la experiencia subjetiva de la enfermedad está condicionada por los tratamientos posibles, por las creencias sociales con respecto al tipo de cáncer en particular.

La vivencia del cáncer de cérvix es altamente estresante, debido a que obliga a la persona a enfrentarse con temas tan amplios como la muerte, el sufrimiento, el dolor, el deterioro, la transcendencia, temas en los cuales cada una de las

personas afectadas debe encontrar la respuesta y un sentido personal. Para esto debe integrar la enfermedad a su identidad y redefinir sus relaciones consigo mismo, con los otros y con el entorno, y finalmente con el sentido mismo de su existencia.

Más que un acontecimiento estresante aislado, el tener cáncer de cérvix implica padecer una serie de acontecimientos estresantes interconectados.

Cinco reacciones iniciales tras el diagnóstico de cáncer que sugieren mecanismos de compensación para disminuir el estrés, éstos son:

1. Negación: el paciente no cree en el diagnóstico que le han informado.
2. Evitación: evita hablar del cáncer.
3. Distorsión: distorsiona el diagnóstico autoconvenciéndose de que tiene otra enfermedad en lugar de cáncer.
4. Comparación positiva: el paciente asume actitud de pensar con optimismo en los casos de curación.
5. Búsqueda de información: el desconocimiento del pronóstico y efectos secundarios le genera incertidumbre y ansiedad.

El cáncer de cérvix provoca una crisis existencial tanto en la mujer que lo padece como en su familia. Se destaca que, en las mujeres con cáncer de cérvix, el recibir consejerías grupales desde el momento del diagnóstico, favorece el buen afrontamiento de la enfermedad. Es importante que en estas consejerías se compartan las experiencias con otras mujeres que han vivido su misma situación y que están en distintos períodos del proceso de enfermedad.

Un factor importante de valorar en las mujeres con cáncer de cérvix, ya que esta enfermedad provoca alteraciones en diversos aspectos de la vida. La valoración de la mujer debe ser integral, considerando aspectos físicos, el sexual, social y psicológico.

### ✓ **Dimensión sexual**

Al ser el cáncer de cérvix un cáncer ginecológico resulta evidente que la dimensión sexual pueda ser la más afectada. Esta dimensión se afecta fundamentalmente por el tipo de tratamiento utilizado. La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que tiene una menor repercusión en el ámbito sexual.

Según un estudio realizado, el realizar cirugía reconstructiva a mujeres sometidas a exanteración pélvica favorece su vida sexual. Las mujeres que no son sometidas a cirugías reconstructivas, reportan un deterioro en el funcionamiento sexual al presentar mayores impedimentos físicos y menor autoestima.

La radioterapia, se describe como la modalidad de tratamiento que más altera el aspecto físico de la sexualidad, produciendo disfunción sexual persistente durante los dos años posteriores, como ausencia o falta de libido, falta de lubricación vaginal , dispareunia , disconformidad con la vida sexual y pareja con libido disminuido.

El reinicio de la actividad sexual tras haber recibido el tratamiento, es recordado como un evento psicológicamente traumático. Las mujeres refieren temor e inseguridad de no poder satisfacer sexualmente a sus parejas, y por consecuencia sienten que ellos buscarán satisfacción sexual en otro lado; refieren que el indicador de satisfacción sexual en los hombres es tener coito, por lo tanto muchas de ellas desafían sus dificultades físicas para satisfacer a sus parejas. Esto se observa más frecuentemente en parejas con una mala comunicación, situación que les impide hablar de forma directa y abierta sobre estas dificultades . La mala comunicación también repercute en las parejas de las mujeres con cáncer de cérvix, quienes señalan estar asustados de reiniciar la actividad sexual por miedo a causarles dolor o daño físico; las mujeres en cambio interpretan este comportamiento como desinterés o rechazo hacia ellas como mujer.

### ➤ **Dimensión psicológica**

La aceptación inicial del diagnóstico de cáncer, su tratamiento y los posibles efectos secundarios son un componente importante para las habilidades de afrontamiento. Una actitud realista, determinante y una participación activa en el proceso de tratamiento permite, a algunas pacientes, enfrentar el diagnóstico, los procedimientos desagradables y los efectos secundarios con menor estrés.

Existen múltiples preocupaciones en las mujeres con cáncer de cérvix , entre las que predominan el apoyo social, el estrés general, el bienestar familiar, la vida sexual y de pareja y los síntomas físicos asociados al tratamiento. Un sentimiento recurrente es la preocupación constante por su enfermedad y el miedo a la recidiva.

Sin embargo, tras dos años post tratamiento las mujeres aun refieren preocupación por su enfermedad.

Uno de los temas que preocupa a las mujeres es la infertilidad, dado el gran impacto en la feminidad y en el rol reproductivo. Las mujeres experimentan sentimientos de pérdida, los que influyen negativamente en su relación de pareja y dificultan la posibilidad de poder tener, de manera satisfactoria, una posterior relación, tristeza de no poder tener hijos , incapacidad de hablar abiertamente sobre fertilidad , frustración relacionada a infertilidad y luto por la pérdida de la capacidad reproductiva , son las mayores preocupaciones.

Otra secuela del tratamiento para el cáncer de cérvix es la alteración en la percepción de la imagen corporal. Esta alteración se debe a cicatrices producto del tratamiento lo que trae como consecuencia una baja autoestima y una disminución de la confianza en si misma, siendo aún más evidente en las mujeres premenopáusicas.

Al respecto, existe la necesidad de recibir consejería y apoyo continuo , para resolver preocupaciones relacionadas con efectos de largo plazo del tratamiento, recidiva y aspectos psicosociales.

### ➤ **Dimensión social**

El cáncer de cérvix al estar relacionado con la promiscuidad sexual trae como consecuencia un estigma social que provoca en la mujer aislamiento por vergüenza, rabia, negación y depresión. El apoyo social de la familia, pareja y amistades constituye la clave para un eficaz afrontamiento y una equilibrada adaptación a la nueva realidad. El no tener una red de apoyo social, puede favorecer el uso de estrategias de afrontamiento poco efectivas tales como el abuso de sustancias y la negación.

El sistema familiar entra en crisis con el diagnóstico de cáncer. Existe un período de reajuste a la nueva situación que requiere de apoyo profesional para afrontar y adaptarse exitosamente. Necesitan estar informados de la enfermedad y clarificar mitos y creencias al respecto.

La reinserción de la mujer a las actividades habituales ocurre aproximadamente a los dos años posteriores al tratamiento, ya que antes se ven imposibilitadas de reanudar sus actividades cotidianas, por los efectos secundarios del tratamiento recibido.

El apoyo social recibido es significativo, en todo momento, pero se vuelve más importante a partir de los seis meses post tratamiento, ya que es ahí cuando la mujer percibe la necesidad de hablar y compartir experiencias de tener cáncer, del tratamiento y de los efectos secundarios de éste, dado que se produce una estabilidad en las alteraciones físicas. También necesitan interactuar con mujeres que han tenido tratamiento similar, para poder hablar con alguien que las pueda entender, escuchar y poder recibir apoyo y reconocimiento de su mejoría y progreso. Un apoyo social indirecto, percibido por las mujeres con cáncer de cérvix, es el amor por sus hijos y el cuidado continuo de éstos, lo que es considerado la principal motivación para la búsqueda de tratamiento.

### ➤ **Dimensión física**

El aspecto físico de las mujeres con cáncer de cérvix es el más valorado según la medicina actual. Las alteraciones físicas están sujetas principalmente a la modalidad de tratamiento utilizada. Las pacientes sometidas a radioterapia son las que presentan mayores alteraciones, entre las cuales se encuentran diarrea, poliaquiuria, disuria, secreción vaginal abundante, irritación vaginal, irritación en piel irradiada, cansancio y debilidad. Estos síntomas en el período agudo alteran principalmente el bienestar físico. Tres a cuatro años tras la radioterapia, persisten síntomas como diarrea y fatiga crónica, las que tienen un gran impacto en el deterioro de la función social. alteraciones urinarias (cistitis, fístulas y ulceraciones), dérmicas (edema, eritema, fibrosis y ulceraciones) y alteraciones genitales (vaginitis, sequedad vaginal, estrechez vaginal, acortamiento vaginal, dispareunia, necrosis cervical, etc.).

## **SISTEMA DE HIPOTESIS**

### **➤ HIPOTESIS:**

Las mujeres expuestas a factores de riesgo son más propensas a presentar una lesión pre-invasiva de cérvix que las mujeres tamizadas en los municipios de Jocoro, Morazán, La Cruz Estanzuelas y San Jorge de Usulután.

### **➤ HIPOTESIS NULA:**

Las mujeres no expuestas a factores de riesgo son más propensas a presentar una lesión pre-invasiva de cérvix que las mujeres tamizadas en los municipios de Jocoro, Morazán, La Cruz Estanzuelas y San Jorge de Usulután.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación se pretendió alcanzar mediante un estudio descriptivo observacional, sobre la Relación que existe entre la presencia de factores de riesgo en una mujer que se toma la citología y la presencia de lesión pre-invasiva en su resultado en mujeres en edad fértil de Municipio de Jocoro de Morazán, y Municipios de San Jorge y La Cruz Estanzuelas de Usulután.

### ✓ **PERIODO DE ESTUDIO:**

Periodo de estudio comprende Enero de 2014 a Julio de 2014

### ✓ **UNIVERSO Y MUESTRA.**

#### **UNIVERSO:**

Mujeres que se realizaron citología en las unidades de salud de Jocoro, Morazán, San Jorge y La Cruz Estanzuelas de Usulután desde el 1 de Enero al 30 de Junio del 2014.

#### **MUESTRA:**

La muestra se tomó buscando una representación estadística adecuada, se realizó un diseño de muestra aleatorio simple, ya que los elementos del universo tienen igual probabilidad de ser incluidos en la muestra.

Donde:

Se utilizan los siguientes valores:

$n$  = Tamaño de la muestra a determinar.

$Z$  = Margen de Confianza

$P$  = 0.50. Probabilidad de éxito (desconocida) de una Paciente de ser seleccionada.

Q = 0.50. Probabilidad de fracaso (desconocida) de una paciente de no ser seleccionada.

N = Tamaño de la población (Total de mujeres tamizadas)

E = Error en la estimación muestral

n = ?

Z = 95% - 1.96

P = 50% - 0.50

Q = 50% - 0.50

N = 250

E = 5% - 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 250 \times 0.50 \times 0.50}{(0.05)^2 \times (250-1) + (1.96)^2 \times 0.50 \times 0.50} = \frac{240.1}{1.5829} = 151$$

## TÉCNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN.

### ✓ MÉTODO.

El método que se utilizó para la recolección de información es la revisión de expediente clínico, de donde se tomaran datos y se consignaran en una hoja de vaciado de datos; luego se tomaran al azar 1 de cada 3 pacientes será entrevistada y se llenara una encuesta.

### ✓ TÉCNICA.

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de información:

Revisión de Expedientes Clínicos: Se hizo una revisión de expedientes para ver los resultados de las citologías, de la cuál seleccionamos pacientes tamizadas al azar para pasar a la entrevista.

Encuesta: La cual fue dirigida a mujeres tamizadas previamente seleccionadas.

✓ **INSTRUMENTO.**

El instrumento utilizado es la encuesta que fue formulado con preguntas cerradas, con el objetivo de obtener opiniones de manera directa y concreta de la población en estudio la cual estuvo dirigido a mujeres en edad reproductiva que se tomaron la citología entre los meses de Enero a Junio de 2014, parara saber si la exposición a factores de riesgo influyen para presentar una lesión pre-invasiva de cérvix, además conocer el impacto psicosocial de esta población ante el tema del cáncer de cérvix.

Se utilizará una estadística descriptiva para analizar la información obtenida en cada una de las encuestas a realizar, teniendo en cuenta la población con su respectiva muestra utilizada.

## VARIABLES DE ESTUDIO

**VD:** Mujeres tamizadas expuestas a factores de riesgo.

**VI:** Mujeres tamizadas que presentan Lesión Pre-invasiva de Cérvix.

### Operacionalización de variables:

| Objetivo Específico   | Variable        | Definición  | Escala de medición  | Técnica de medición |
|---|-----------------|---|---|---------------------|
| Determinar los factores de riesgo y su relación con resultados citológicos que refieran un tipo de lesión pre-invasiva de cérvix uterino. | Edad            | Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana (son los años de vida que presenta una persona). | Años<br>10-20<br>20-30<br>30-40<br>40-50<br>50-60<br>60-70  | Encuesta            |
|   | Nivel educativo | Años de formación educativa de un individuo.  | Analfabeta<br>Primaria<br>Secundaria<br>Tercer ciclo<br>Bachillerato<br>Estudio Superior<br>Universitario | Encuesta            |

|  |                 |   |  |            |
|--|-----------------|---|--|------------|
|  |                 |   | Estudio superior no universitario.                             |            |
|  | Estado civil    | Situación de pareja en que se encuentra una persona.  | Soltera<br>Casada<br>Union libre                               | Encuesta   |
|  | Paridad         | Número de hijos que una mujer ha dado a luz.  | Nulipara<br>Primipara<br>Dos partos<br>Multipara<br>Embarazada | Entrevista |
|  | Trabajo         | Esfuerzo personal para la producción de bienes.   | Desempleado<br>Subempleado<br>Empleo Formal                    | Entrevista |
|  | Co-Morbilidades | Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa. | Crónicas<br>ITS  | Entrevista |
|  | Anticonceptivos | Es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en  | No uso<br>ACOS<br>Inyección                                    | Entrevista |

|  |                         |   |  |            |
|--|-------------------------|---|--|------------|
|  |                         | mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.   | Barrera Naturales  |            |
|  | Sustancias Psicoactivas | Es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. | Tabaco<br>Alcohol<br>Drogas<br>Café  | Entrevista |
|  | Parejas sexuales        | Se trata de relaciones en donde se puede tener un encuentro erótico, ya sean besos, faje, actividad sexual, sin que exista un vínculo afectivo.   | Edad de inicio de RS<br>1.Pareja sexual<br>2.parejas sexuales<br>Varias parejas sexuales | Entrevista |

|  |   |   |   |                                |
|--|---|---|---|--------------------------------|
|  | Nutrición   | Conjunto de procesos, hábitos, etc., relacionados con la alimentación humana.   | IMC<br>Desnutrición<br>Normal<br>Sobrepeso<br>Obesidad  | Expediente Clínico             |
|  | Estratificación de Lesiones pre-invasivas de cérvix | Unas terminologías universales para la lectura de citologías cérvico uterinas mediante estadios y<br><br>Categorías más claras que las que permiten el sistema pap. | 1.Negativo para LIE o malignidad.<br>2. ASC – US.<br>3.ASCUS que sugiere LIE de alto grado<br>4. LIE de bajo grado.<br>5. LIE de alto grado.<br>6. LIE de alto grado sospechoso de infiltración.<br>7. Carcinoma escamocelular<br>8. nflamación | Encuesta<br>Expediente Clínico |

|  |  |  |              |  |
|--|--|--|--------------|--|
|  |  |  | 9. Infección |  |
|--|--|--|--------------|--|

| Objetivo específico  | Variable              | Definición  | Escala de medición   | Técnica de medición |
|--|-----------------------|---|--|---------------------|
| Conocer el estado emocional y el impacto psicológico que causa tener resultado de PAP con lesión pre-invasiva de cérvix uterino en las mujeres que la presentan. | Dimensión Social      | Se refiere a la habilidad de relacionarte con otras personas  | Relación con la familia<br>Relación con amigos<br>Relación con la religión<br>Relación con la pareja | Entrevista          |
|  | Dimensión Psicológica | Se define como la recolección de la idea de la persona como ser dirigido a metas y dotado de un conjunto de procesos que le permiten guiar su conducta creativa y | Apoyo Familiar<br>Apoyo del Servicio de Salud<br>Atención psicológica                                | Entrevista          |

|   |                          | armónicamente en el contexto cambiante donde se dan las diversas situaciones en que participa.   |  |                         |
|---|--------------------------|--|--|-------------------------|
|   |                          |  |  |                         |
| Objetivo Especifico   | Variable                 | Definición   | Escala de medición                             | Técnica de medición     |
| Indagar el cumplimiento de referencia oportuna y tratamiento adecuado en las pacientes diagnosticadas con lesión pre-invasiva d cervix uterino en el sistema nacional de salud. | Referencia               | Es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud. | Expedientes clínicos<br>Oportuna<br>Inoportuna | Revisión de Expedientes |
|   | Quien dio la Referencia. | Persona encargada de enviar la referencia  | Médico<br>Licenciado                           | Expediente Clínico      |

|  |  |                              |  |  |
|--|--|------------------------------|--|--|
|  |  | al segundo nivel de atención | en enfermería<br>Técnico en enfermería |  |
|--|--|------------------------------|--|--|

## CRONOGRAMA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LESIÓN PRE-INVASIVA DE CÉRVIX, EN  
USUARIAS DE UCSF JOCORO MORAZAN, UCSF SAN JORGE, UCSF LA CRUZ  
USULUTAN, EN EL PERÍODO ENERO-JUNIO DE 2014

| MESES   | ENERO |   |   |   | FEBRE<br>RO |   |   |   | MARZ<br>O |   |   |   | ABRIL |   |   |   | MAYO |   |   |   | JUNIO |   |   |   | JULIO |   |   |   | AGOST<br>O |   |   |   | SEPTI<br>EMBR<br>E |   |   |   | OCTUB<br>RE |   |   |   | NOVIE<br>MBRE |   |   |   | DICIEM<br>BRE |   |   |   |   |   |   |   |
|---|-------|---|---|---|-------------|---|---|---|-----------|---|---|---|-------|---|---|---|------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|------------|---|---|---|--------------------|---|---|---|-------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|---|---|---|---|
|   | 1     | 2 | 3 | 4 | 1           | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1                  | 2 | 3 | 4 | 1           | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 |               |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>SEMANAS</b>  | 1     | 2 | 3 | 4 | 1           | 2 | 3 | 4 | 1         | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1    | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1     | 2 | 3 | 4 | 1          | 2 | 3 | 4 | 1                  | 2 | 3 | 4 | 1           | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 | 1             | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>ACTIVIDADES</b>  |       |   |   |   |             |   |   |   |           |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |            |   |   |   |                    |   |   |   |             |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
| Inicio del<br>seminario   |       |   |   |   |             |   |   | X |           |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |            |   |   |   |                    |   |   |   |             |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
| Reuniones con el<br>equipo de<br>investigación                      |       |   | X | X | X           | X | X | X | X         | X | X | X | X     | X | X | X | X    | X | X | X | X     | X | X | X | X     | X | X | X | X          | X | X | X | X                  | X | X | X | X           | X | X | X | X             | X | X | X | X             | X | X | X |   |   |   |   |
| Elaboración del<br>perfil de<br>investigación                       |       |   |   |   |             |   |   | X |           |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |            |   |   |   |                    |   |   |   |             |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
| Elaboración de<br>plan de trabajo                                   |       |   |   |   |             |   |   | X |           |   |   |   |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |            |   |   |   |                    |   |   |   |             |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |
| Elaboración de<br>primer avance de<br>protocolo de<br>investigación |       |   |   |   |             |   |   |   |           |   |   | X |       |   |   |   |      |   |   |   |       |   |   |   |       |   |   |   |            |   |   |   |                    |   |   |   |             |   |   |   |               |   |   |   |               |   |   |   |   |   |   |   |



## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación fueron analizados, posteriores a su correspondiente tabulación. El estudio fue aplicado a mujeres en edad fértil de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

 La edad fue expresada en años y los resultados se agruparon de la siguiente manera:

- **Tabla 1**-Edad en años de mujeres encuestadas.

| EDAD  | Nº Mujeres | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------|------------|------------|----------------------|
| 20-24 | 20         | 13.2 %     | 13.2 %               |
| 25-29 | 27         | 17.9 %     | 31.1 %               |
| 30-34 | 25         | 16.6 %     | 47.7 %               |
| 35-39 | 26         | 17.2 %     | 64.9 %               |
| 40-44 | 35         | 23.2 %     | 88.1 %               |
| 45-49 | 18         | 11.9 %     | 100 %                |
| Total | 151        | 100 %      |                      |

**Tabla 1.1 : Edad media de las mujeres encuestadas**

|      | N   | Mínimo | Máximo | Edad media |
|------|-----|--------|--------|------------|
| Edad | 151 | 20     | 49     | 33.37      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre IMC de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla-2** : IMC encuestadas en la investigación.

|     |            | Frecuencia | Porcentaje |
|-----|------------|------------|------------|
| IMC | Desnutrida | 1          | 0.6 %      |
|     | Normal     | 25         | 16.6 %     |
|     | Sobrepeso  | 80         | 53 %       |
|     | Obesidad   | 45         | 29.8 %     |
|     | total      | 151        | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la procedencia de las mujeres que se tomaron la citología y estos son los resultados:

**Tabla 4** : Precedencia geográfica de las mujeres en estudio.

|              |            | frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|------------|
| Procedencia: | Rural      | 96         | 63.6 %     |
|              | Urban<br>o | 55         | 36.4 %     |
|              | Total      | 151        | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre el nivel educativo de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 5: Nivel educativo de mujeres encuestadas.**

|                 |                              | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------|------------------------------|------------|------------|----------------------|
| Nivel educativo | Analfabeta                   | 25         | 16.6 %     | 16.6 %               |
|                 | Primer ciclo                 | 38         | 25.2 %     | 41.8 %               |
|                 | Segundo ciclo                | 49         | 32.4 %     | 74.2 %               |
|                 | Tercer ciclo                 | 27         | 17.9 %     | 92.1 %               |
|                 | Bachillerato                 | 10         | 6.6 %      | 98.7 %               |
|                 | Superiores no universitarios | 2          | 1.3 %      | 100 %                |
|                 | Superiores Universitarios    | 0          | 0 %        | 100 %                |
|                 | Total                        | 151        | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la religión de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

**Tabla 6 :** Que religión prfesan las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután

|          |            | frecuencia | Porcentaje |
|----------|------------|------------|------------|
| Religión | Católica   | 65         | 43 %       |
|          | Evangélica | 86         | 57 %       |
|          | Luteranos  | 0          | 0 %        |
|          | Otros      | 0          | 0 %        |
|          | Total      | 151        | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la relación con la familia, amigos y la religión de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

**Tabla 7:** Relación con la familia, amigos y religiónde las mujeres sujetas a estudio

| Relacion | Familia |       | %     | Amigos |       | %     | Religión |      | %   |
|----------|---------|-------|-------|--------|-------|-------|----------|------|-----|
|          | Buena   | 128   | 84.8% | Buena  | 140   | 92.7% | Buena    | 145  | 96% |
| Mala     | 23      | 15.2% | Mala  | 11     | 7.3 % | Mala  | 6        | 4 %  |     |
| Total    | 151     | 100%  | Total | 151    | 100%  | Total | 151      | 100% |     |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre el tiempo de la toma de última citología de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

**Tabla 8:** Fecha de toma de última citología de las mujeres en estudio.

|                                   |                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------------------------------|------------------|------------|------------|----------------------|
| Fecha de toma de última citología | Menos de un año  | 48         | 31.8 %     | 31.8 %               |
|                                   | Un año           | 45         | 29.9 %     | 61.7 %               |
|                                   | Dos años         | 26         | 17.2 %     | 78.9 %               |
|                                   | Tres años        | 15         | 9.9 %      | 88.8 %               |
|                                   | Mas de tres años | 17         | 11.2 %     | 100 %                |
|                                   | Total            | 151        | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la causa de no realizar citología oportuna en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

**Tabla 9:** Causa de que las mujeres en estudio no se tomaron su citología oportunamente.

|   |                  | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---|------------------|------------|------------|----------------------|
| Causa de no realizar Citología oportuna | Descuida         | 48         | 32%        | 32 %                 |
|   | Distancia        | 15         | 10 %       | 42%                  |
|   | Dolor            | 12         | 8 %        | 50%                  |
|   | Les da pena      | 20         | 13 %       | 63%                  |
|   | Maltrato         | 35         | 23 %       | 86%                  |
|   | Resultado tardío | 6          | 4 %        | 90%                  |
|   | Falta de tiempo  | 11         | 7 %        | 97%                  |
|   | Trabajo          | 4          | 3 %        | 100%                 |
|   | Total            | 151        | 100%       |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre resultado de la última citología en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- *Tabla 11:* Último resultado de citología de las mujeres encuestadas.

|                               |                         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------|-------------------------|------------|------------|----------------------|
| Ultimo resultado de citología | Normal                  | 36         | 23.8 %     | 23.8 %               |
|                               | Inflamación             | 46         | 30.5 %     | 54.3 %               |
|                               | LEI de bajo grado       | 45         | 29.8 %     | 84.1 %               |
|                               | LEI de alto grado       | 5          | 3.3 %      | 87.4 %               |
|                               | Infección               | 19         | 12.6 %     | 100 %                |
|                               | Carcinoma escamocelular | 0          | 0 %        | 100 %                |
|                               | ASC-US                  | 0          | 0 %        | 100 %                |
|                               | ASG-US                  | 0          | 0 %        | 100 %                |
|                               | Total                   | 151        | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

De la muestra del presente trabajo de investigación se selecciona el grupo de mujeres con citología positiva a lesión pre-invasiva de cérvix, para profundizar en la relación de factores de riesgo y el impacto psicosocial de las mujeres cuando escuchan su diagnóstico, obteniendo los siguientes resultados:

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la procedencia de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 12: Que impacto tuvo en el diagnóstico de lesión pre invasiva de cérvix en las mujeres encuestadas.**

|  |              | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--|--------------|------------|------------|----------------------|
| Impacto del diagnóstico de lesión pre invasiva de cérvix | Tristeza     | 2          | 4 %        | 4 %                  |
|  | Preocupación | 35         | 70 %       | 74 %                 |
|  | Miedo        | 13         | 26 %       | 100 %                |
|  | No sabe      | 0          | 0 %        | 100 %                |
|  | Total        | 50         | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la ocupación de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 13: Clase de ocupación de las mujeres encuestadas.**

|           |                       | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-----------|-----------------------|------------|------------|----------------------|
| Ocupación | Ama de Casa           | 28         | 56 %       | 56 %                 |
|           | Exposición Solar      | 15         | 30 %       | 86 %                 |
|           | Exposición a químicos | 2          | 4 %        | 90 %                 |
|           | Trabajo Formal        | 5          | 10 %       | 100 %                |
|           | Total                 | 50         |            |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014

 **HÁBITOS:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre los hábitos más frecuentes de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla14: Qué hábitos factor de riesgo tienen con más frecuencias las mujeres encuestadas.**

|         |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------|---------|------------|------------|----------------------|
| Hábitos | Tabaco  | 2          | 4 %        | 4 %                  |
|         | Alcohol | 5          | 10 %       | 14 %                 |
|         | Drogas  | 0          | 0 %        | 14 %                 |
|         | Café    | 35         | 70 %       | 84 %                 |
|         | Cigarro | 8          | 16 %       | 100 %                |
|         | Total   | 50         | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

**+** **MENARQUIA:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la edad de la primera menstruación en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 15: Edad de menarquia más frecuente de las mujeres en estudio.**

|                              |         | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|---------|------------|------------|
| Edad de primera menstruación | 10 a 14 | 45         | 90 %       |
|                              | 15 a 20 | 5          | 10 %       |
|                              | Total   | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

**+** **EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la edad de inicio de relaciones sexuales en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 16: Edad inicio de relaciones sexuales en la población estudio.**

|                                    |         | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------------|---------|------------|------------|
| Edad inicio de relaciones sexuales | 10 a 15 | 10         | 20 %       |
|                                    | 16 a 20 | 35         | 70 %       |
|                                    | 21 a 25 | 4          | 8 %        |
|                                    | 26 a 30 | 1          | 2 %        |
|                                    | Total   | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre el número de compañeros sexuales en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 17: Numero de compañeros sexuales en las mujeres encuestadas.**

|                     |             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------------------|-------------|------------|------------|----------------------|
| Compañeros sexuales | ninguno     | 0          | 0 %        | 0 %                  |
|                     | Uno         | 25         | 50 %       | 50 %                 |
|                     | Dos         | 21         | 42 %       | 92 %                 |
|                     | Tres        | 3          | 6 %        | 98 %                 |
|                     | Más de tres | 1          | 2 %        | 100 %                |
|                     | Total       | 50         | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

**FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES POR SEMANA:**  
 Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la frecuencia de relaciones sexuales por semana en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 18: Frecuencia de relaciones sexuales por semana en las mujeres con lesión pre-invasiva de cérvix uterino.**

|  |         | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|--|---------|------------|------------|----------------------|
| Frecuencia de Relaciones sexuales por semana | Ninguna | 8          | 16 %       | 16 %                 |
|  | Una     | 10         | 20 %       | 36 %                 |
|  | Dos     | 27         | 54 %       | 90 %                 |
|  | Tres    | 5          | 10 %       | 100 %                |
|  | Total   | 50         | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre el uso de métodos de planificación familiar en las mujeres de las UCSF Jococho de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 19: Métodos de planificación familiar más usados en las mujeres encuestadas.**

|                               |             | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|-------------------------------|-------------|------------|------------|----------------------|
| Uso de planificación familiar | No usa      | 11         | 22 %       | 22 %                 |
|                               | ACOS        | 9          | 18 %       | 40 %                 |
|                               | Inyectables | 25         | 50 %       | 90 %                 |
|                               | Barrera     | 5          | 10 %       | 100 %                |
|                               | Otros       | 0          | 0 %        | 100 %                |
|                               | Total       | 50         | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jococho de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **PARIDAD:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la paridad de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 20: Paridad de las mujeres estudiadas.**

|         |            | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|---------|------------|------------|------------|----------------------|
| Paridad | Nulípara   | 1          | 2 %        | 2 %                  |
|         | Primípara  | 5          | 10 %       | 12 %                 |
|         | Múltipara  | 44         | 88 %       | 100 %                |
|         | Embarazada | 0          | 0 %        | 100%                 |
|         | Total      | 50         | 100 %      |                      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **SABE QUE ES EL CÁNCER DE CÉRVIX:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre en conocimiento que tienes sobre si sabes que es cáncer de cervix en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 21:Conocimiento sobre el significado de cáncer de cérvix.**

|                                 |       | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------------|-------|------------|------------|
| Sabe que es el cáncer de cérvix | Si    | 25         | 50 %       |
|                                 | No    | 25         | 50 %       |
|                                 | Total | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la procedencia de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 22; Conocimiento de adquisición, transmisión del Cáncer de cérvix en las mujeres de las**

|   |                     | Frecuencia | Porcentaje |
|---|---------------------|------------|------------|
| Sabe cómo se adquiere el Cáncer de cérvix | No sabe             | 20         | 40 %       |
|   | ETS                 | 15         | 30 %       |
|   | Promiscuidad        | 5          | 10 %       |
|   | Relaciones Sexuales | 10         | 20 %       |
|   | Total               | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

### SABE CÓMO PREVENIR EL CÁNCER DE CÉRVIX

Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre si sabe como prevenir el cáncer de cervix en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

**Tabla 23: Conocimiento sobre cómo prevenir el cáncer de cérvix en las mujeres encuestadas.**

|  |              | Frecuencia | Porcentaje |
|--|--------------|------------|------------|
| Sabe cómo prevenir el cáncer de cérvix | Citología    | 15         | 30 %       |
|  | Fidelidad    | 6          | 12 %       |
|  | Preservativo | 2          | 4 %        |
|  | No sabe      | 27         | 54 %       |
|  | Total        | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

### ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre si han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 24: Padecimiento de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres entrevistadas.**

|   |       | Frecuencia | Porcentaje |
|---|-------|------------|------------|
| A padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual | Si    | 40         | 80 %       |
|   | No    | 10         | 20 %       |
|   | Total | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **ENFERMEDAD CRÓNICA**

Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre enfermedad crónica de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 25: Padecen de enfermedades crónico-degenerativas las pacientes con lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix.**

|                           |          | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|----------|------------|------------|
| Alguna enfermedad crónica | Ninguna  | 20         | 40 %       |
|                           | HTA      | 9          | 18 %       |
|                           | DM       | 11         | 22 %       |
|                           | HTA + DM | 10         | 20 %       |
|                           | CANCER   | 0          | 0 %        |
|                           | Otra     | 0          | 0 %        |
|                           | Total    | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **APOYO FAMILIAR:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre el apoyo familiar en las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 26:Cuanto apoyo familiar tienen las mujeres entrevistadas.**

|                            |       | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|-------|------------|------------|
| Tiene apoyo de la Familiar | Si    | 42         | 84 %       |
|                            | No    | 8          | 16 %       |
|                            | Total | 50         | 100%       |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **APOYO DEL SERVICIO DE SALUD**

Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre el apoyo que tienen las mujeres del servicio de salud en las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 27:Apoyo de los centros de salud a las pacientes con lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix.**

|                             |       | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------------|-------|------------|------------|
| Apoyo del Servicio de Salud | Si    | 5          | 10 %       |
|                             | No    | 45         | 90 %       |
|                             | Total | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 **ATENCIÓN PSICOLÓGICA:** Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre atención psicológica de las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

**Tabla N° 28:**Atención psicológica de las mujeres encuestadas.

|                      |       | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|-------|------------|------------|
| Atención psicológica | Si    | 4          | 8 %        |
|                      | No    | 46         | 92 %       |
|                      | Total | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

 Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la si le explicaron sobre la situación en salud a las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 29:**Le explicaron de su diagnóstico en el centro de salud.

|                     |    | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|----|------------|------------|
| Le explicaron en el | Si | 35         | 70 %       |
|                     |    |            | 30 %       |

|                              |       |    |       |
|------------------------------|-------|----|-------|
| centro de salud su situación | No    | 15 |       |
|                              | Total | 50 | 100 % |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

✚ Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre de donde obtuvieron la información sobre su enfermedad las mujeres de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután.

- **Tabla 30: Donde se enteraron de su diagnóstico las mujeres que presentaron lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix.**

|  |   | Frecuencia | Porcentaje |
|--|---|------------|------------|
| Donde obtuvo la información de su enfermedad | Centro de salud                             | 48         | 96 %       |
|  | Familia                                     | 1          | 2 %        |
|  | Amigos                                      | 1          | 2 %        |
|  | personas que han tenido la misma enfermedad | 0          | 0 %        |
|  | Total                                       | 50         | 100 %      |

**Fuente de datos:** obtenida en encuestas pasadas a usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estanzuelas de Usulután, junio 2014.

## INTERPRETACION DE RESULTADOS

- ✓ **Tabla N°1:** Edad de las mujeres encuestadas en la investigación.

Se puede apreciar en los resultados obtenidos según edades en años de las mujeres de la muestra son las siguientes de 20 a 24 años: 20 equivalentes a un 13.2%; entre las edades de 25 a 29 años son 27 equivalentes a un 17.9 %; entre las edades de 30 a 34 años son 25 equivalentes a un 16.6 %; entre las edades de 35 a 39 años son 26 equivalente a un 17.2 %; entre las edades de 40 a 44 años son 35 equivalentes a un 23.2 % y entre las edades de 45 a 49 años son 18 equivalentes a un 11.9 %.

- ✓ **Tabla N°2:** Índice de masa corporal que presentan las mujeres en estudio..

Se puede apreciar que los resultados con respecto al índice de masa corporal en las mujeres encuestadas fueron: una paciente con desnutrición que equivale al 0.6 %, 25 pacientes con peso normal que equivale al 16.6 %; con sobre peso es la mayoría de pacientes encuestadas con un 53% y pacientes con obesidad fueron 45 con un 29.8 %.

- ✓ **Tabla N°3:**Cuál es el estado civil más frecuente entre las mujeres que se realizan la citología..

Se observa que de los resultados obtenidos acerca del estado civil de las mujeres encuestados son: casadas 40 con un 26.5%; solteras son 26 con un 17.2% y unión estable 85 con un 56.3 %.

✓ **Tabla N°4:** Procedencia de las mujeres encuestadas.

Los resultados obtenidos de la procedencia de las mujeres de la muestra fue: Rural con un 63.6 %; Urbano con un 36.4 %.

✓ **Tabla N°5:** Nivel educativo de las mujeres encuestadas.

Se puede apreciar que el nivel educativo que poseen las mujeres de la muestra fueron: analfabetismo son 25 con un 16.6 %; las que estudiaron hasta primer ciclo son 38 con un 25.2 %; las que estudiaron hasta segundo ciclo son 49 con un 32.4 %; las que estudiaron hasta tercer ciclo son 27 con un 17.9 %; las que estudiaron bachillerato son 10 con un 6.6 %; las que estudiaron algún grado superior no universitario son 2 con un 1.3 %.

✓ **Tabla N° 6:** Que religión profesan las mujeres encuestadas.

Los resultados obtenidos en cuanto a la religión de las mujeres encuestadas son: la religión católica asisten 65 equivalente a un 43 %; a la evangélica asisten 86 equivalente a un 57 %. A la luterana ninguna y a otra religión ninguna.

✓ **Tabla N°7:** Relación con la familia, amigos y la religión de las mujeres en estudio.

En los resultados obtenidos fueron; la relación con la familia es Buena 128 que equivale a un 84.8 % y mala 23 equivalente a 15.2 %; la relación con los amigos es; buena 140 que equivale a un 92.7% y mala 11 equivalente a un 7.3 %; la relación con la religión es de :buena 145 equivalente a un 96 % y mala son de 6 que equivale a un 4 %.

- ✓ **Tabla N°8:** Fecha de toma de última citología de las mujeres en estudio:

Según la información sobre la fecha de toma de última citología es; menos de un año 48 equivalente a un 31.8 %; un año son 45 equivalente a un 29.9 %; las de dos años son 26 equivalente a un 17.2 %; las de tres años son 15 equivalente a un 9.9% y las que se han tomado su última citología más de tres años son 17 equivalentes a un 11.2 %.

- ✓ **Tabla N° 9:** Causa de no realizar Citología oportuna de las mujeres en estudio:

Según la información obtenida acerca de realizarse la citología a tiempo u oportuna fue; por descuido de ellas son 48 equivalente a un 32 %; por la distancia hacia la unidad de salud son 15 equivalente a un 10 %; porque les produce mucho dolor son 12 equivalente a un 8 %; porque les da pena son 20 equivalente a un 13 % ; porque reciben algún tipo de maltrato en la unidad de salud son 35 equivalente a un 23 %; las que no se realizan por que el resultado es tardío son 6 equivalente a un 4 %; las que no se le realizan por falta de tiempo son 11 equivalente a un 7% Y las que por el trabajo no se la pueden realizar son 4 equivalente a un 3%.

- ✓ **Tabla N°11:** Último resultado de citología de las mujeres en estudio:

Según la información obtenida acerca de último resultado de citología fue; Normal: 23.8 %; Inflamación:30.5 %; LEI de bajo grado: 29.8 %; LEI de alto grado:3.3 %; Infección: 12.6%; Carcinoma escamo celular: 0 %; ASC-US: 0%; ASG-US:0 %.

- ✓ **Tabla N°12:** Que impacto tuvo en el diagnóstico de lesión pre invasiva de cérvix en las mujeres en estudio.

Según la información obtenida el impacto que tuvieron al diagnóstico de lesión pre maligna de cervix fue; tristeza:4 %; Preocupación:70 %; Miedo:26 %; No sabe:0%.

- ✓ **Tabla N°13:** Ocupación de las mujeres en estudio.

Según la información obtenida la ocupación de las mujeres en estudio fue; Ama de casa: 56%; Exposición solar: 30%; Exposición a químicos: 4%; Trabajo formal: 10%.

✓ **Tabla N°14:** Hábitos de mujeres en estudio:

Según la información obtenida sobre los hábitos de las mujeres fue: Tabaco: 4%; Alcohol: 10%; Drogas: 0%; Café: 70%; Cigarro: 16%.

✓ **Tabla N°15:** Edad de primera menstruación en las mujeres en estudio.

Según la información obtenida sobre la edad de la primera menstruación en las mujeres de la muestra fue; De 10 a 14 años: 90%; De 15 a 20 años: 10%.

✓ **Tabla N°16:** Edad inicio de relaciones sexuales de las mujeres en estudio.

Según la información obtenida sobre el inicio de las relaciones sexuales fue; 10 a 15 años: 20%; 16 a 20 años: 70%; 21 a 25 años: 8%; 26 a 30 años: 2%.

✓ **Tabla N°17:** Numero de compañeros sexuales de las mujeres en estudio.

Según la información obtenida el numero de compañeros sexuales en las mujeres de la muestra fue; ninguno:0%; Uno:50%; dos:42%; Tres:6%; más de tres:2%.

✓ **Tabla N°18:** Frecuencia de relaciones sexuales por semana de las mujeres en estudio.

Según la información obtenida de la frecuencia de relaciones sexuales por semana en fue; ninguna: 16%; Una: 20%; Dos: 54%; Tres: 10%.

✓ **Tabla N°19:** Uso de métodos de planificación familiar en las mujeres en estudio.

Según la información el uso de métodos de planificación familiar; No usa:20%; ACOS: 18%; Inyectables :50 %; Barrera:10 %; Otros :0 %.

- ✓ **Tabla N°20:** Paridad de las mujeres en estudio.

Según la información obtenida de la paridad de las mujeres de la muestra fue; Nulipara:2%; Primipara:10%; Multipara:88%; Embarazadas:0%.

- ✓ **Tabla N°21:** Sabe que es el cáncer de cérvix.

Según la información si saben las mujeres que es el cáncer de cérvix: Si: 50%; No: 50 %.

- ✓ **Tabla N°22:** Sabe cómo se adquiere el Cáncer de cérvix en las mujeres en las mujeres en estudio.

Según la información sobre si saben cómo se adquiere el cáncer de cérvix fue; No sabe:40%; ETS: 30% ;Promiscuidad:10% ;Relaciones sexuales:20%.

- ✓ **Tabla N°23:** Sabe cómo prevenir el cáncer de cérvix en las mujeres en estudio.

Según la información sobre si saben las mujeres de la muestra cómo prevenir el cáncer de cérvix fue; Citología: 30%; Fidelidad: 12%; Preservativo: 4%; No sabe: 54%.

- ✓ **Tabla N°24:** Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual las mujeres en estudio.

Según la información obtenido sobre si han padecido alguna enfermedad de transmisión sexual fue; Si: 80%; No: 20%.

- ✓ **Tabla N°25:** Padece de alguna enfermedad crónica las mujeres en estudio.

Según la información obtenida sobre padecimiento de alguna enfermedad crónica fue; Ninguna: 40%; HTA: 18%; DM: 22%; HTA+HTA: 20%; Cancer:0%; Otras:0%.

- ✓ **Tabla N°26:** Tienen apoyo de la Familiar las mujeres en estudio.

Según la información obtenida sobre el apoyo familiar que tienen las mujeres de la muestra fue; Si tienen: 84%; No tienen: 16%.

- ✓ **Tabla N°27:** Reciben algún apoyo del Servicio de Salud en las mujeres en estudio.

Según la información obtenida sobre el apoyo que recibe las mujeres de parte del servicio de salud fue; Si reciben: 10%; No reciben: 90%.

- ✓ **Tabla N°28:** Reciben alguna atención psicológica las mujeres en estudio.

Según la información obtenida sobre atención psicológica de parte de las unidades de salud en las mujeres fue; Si recibió: 8%; No recibió: 92%.

- ✓ **Tabla N°29:** Le explicaron su situación en el centro de salud a las mujeres en estudio.

Según la información si le explicaron la situación de salud de las mujeres en estudio fue; Si le explicaron: 70%; no le explicaron: 30%.

- ✓ **Tabla N°30:** De donde obtuvieron la información sobre su enfermedad las mujeres en estudio.

Según obtuvieron información sobre su salud las mujeres de la muestra fue: Centro de salud: 96%; Familia: 2%; Amigos: 2%; personas que han tenido la misma enfermedad: 0%.

## **ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

Los estudios epidemiológicos han buscado diversas explicaciones que han ayudado a comprender el desarrollo del cáncer de cérvix.

En El Salvador, el cáncer de cérvix sigue siendo un problema de salud pública en el que inciden factores de tipo económico, social, cultural y de inequidad de género; y aunque la morbilidad afecta a las mujeres de todos los grupos sociales, están en mayor desventaja las mujeres entre los 20 y 49 años, las de nivel socio-económico bajo, las que residen en el área rural y aquellas que nunca se han tomado una citología.

En nuestras pacientes de estudio pudimos constatar que el mayor porcentaje encuestado se encuentra dentro de la tercera década de la vida, las cuales son mujeres en edad reproductiva lo que indica que son usuarias activas dentro de las diferentes centros de salud en estudio dentro de diferentes programas de atención a la mujer (ver gráfica 1), además el 56.3 % de las pacientes encuestadas se encuentran en unión estable (Ver gráfica 3), de procedencia en su mayoría rural, lo que indica la imposibilidad de estas pacientes ante dificultades como el acceso a servicios de salud continuos debidos a la lejanía de dichos centros, así como para atención especializada, (Ver tabla4), además dentro del nivel educativo el mayor porcentaje de usuarias se encuentra a nivel de segundo ciclo, lo que incluye cuarto quinto y sexto grado, lo cual indica que dichas usuarias tienen una escolaridad baja que repercute en sus estilos de vida, el cuidado de su salud, sus prácticas y costumbres lo cual repercute en su calidad de vida, y un 86% practican Religión Evangélica, lo cual se tomó en cuenta ya que al indagar sobre la Religión se puede conocer el grado de aceptación de servicios de salud de la población es estudio.(Ver gráfica 6).

Un factor importante que consideramos abordar en nuestra investigación fue la fecha en las usuarias se realizaron el último tamizaje (citología) y su relación

con el apareamiento de lesión pre-maligna de cérvix, del los cuales, el 31.8% la habia realizado hace menos de un año y solamente 17.2% hace mas de dos años, lo que deja en evidencia que la población encuestada en su mayoría realizan tamizaje periódicamente. (ver gráfico 8)

Dentro de las principales causas de no hacer citología oportuna el 32 % refiere que es a causa de descuido, seguido por maltrato a las usuarias con un 23% y como tercera causa la pena con un 13%, lo que indica la importancia de la educación a esta población para tomar conciencia de los beneficios de realizar el tamizaje cervicouterino. (ver grafica 9), siendo el resultado mayor obtenido inflamación seguido de LEI de bajo grado con una diferencia entre ambas de 0.7%, en donde se evidencia la sensibilidad y especificidad de la prueba para la detección de lesión pre- maligna de cervix,.

Dentro de nuestra investigación se ha incluido el impacto psicológico que tiene la noticia para las usuarias de los centros investigados el saber que poseen una lesión pre- maligna de cervix, es por esto que se investigó el impacto que tenia en las usuarias siendo el principal emoción la preocupación con un 70%, la cual puede desencadenar trastornos de ansiedad o incluso cuadros depresivos ante la noticia.

Dentro de los factores de riesgo asociados al apareamiento de lesión pre-maligna de cervix se investigaron los siguientes:

**HABITOS:** de los cuales el principal fue el consumo del café con un 70 , seguido del uso del cigarro con 16% y alcohol con un 10% .

**EDAD DE PRIMERA MENSTRUACIÓN:** 90% de la población se encontró en edad temprana entre 10 y 14 años.

**INICIO DE RELACIONES SEXUALES:** el 70% de usuarias inició relaciones sexuales entre los 16 a 20 años constituyendo el 70%, seguido con un 20% entre 10 y 15, en donde se evidencia el inicio temprano de relaciones sexuales en la adolescencia exponiendo a dichas usuarias a enfermedades de transmisión sexual entre ellos el VPH siendo el mayor responsable de cáncer cervico-uterino. (ver grafica 16).

**NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES:** el 50% refiere haber tenido un compañero sexual, el 42% dos compañeros, y solamente el 2% mas de tres.

**RELACIONES SEXUALES POR SEMANA:** las relaciones sexuales podrían estar relacionadas a la lesión de cervix, que probablemente desencadenaría cambios en epitelio y convertirse en una lesión pre- maligna de cervix en donde predomina que el 54% refiere tener relaciones dos veces a la semana y solamente y solamente el 10% 5 veces a la semana.

**PLANIFICACIÓN FAMILIAR:** el uso de diferentes métodos pueden estar relacionados con el apareamiento de lesión pre- maligna de cervix ya sea probablemente por la prolongada exposición a estrógenos siendo el más utilizado por las usuarias entrevistadas la inyección y el menos usados los ACOS.

**PARIDAD:** el 88% de usuarias son multíparas y solamente el 2% son nulípara

**OBESIDAD:** según nuestro estudio el 53% de usuarias tiene sobrepeso y un 29.8% obesidad, lo que podría estar relacionada con apareamiento de lesión maligna. (ver gráfica dos)

Se indaga además acerca del conocimiento que tienen las usuarias sobre el cáncer de cerviz en donde un 50% de las usuarias conoce sobre la enfermedad y un 50% no lo conoce; sobre la forma de adquirir la enfermedad el 40% de usuarias no la conoce y solamente un 20% responde que a través de relaciones sexuales, por lo que se puede constatar la falta de conocimiento sobre esta enfermedad en nuestra población de estudio, y por ende la necesidad de educación y medidas de prevención en los sectores de estudio, por lo tanto las medidas de prevención el 54% de nuestra población encuestada no las conoce (ver grafica 23)

Se indaga en nuestra investigación el apoyo psicológico que estas mujeres con diagnóstico de lesión pre- maligna poseen tanto familiar como el mostrado en el establecimiento de salud, en donde el 84% de usuarias cuenta con apoyo de su familia (ver tabla 26), además el 92% refiere que no ha recibido ningún tipo de atención psicológica en los centros de salud investigados, por lo que se debe de tomar en cuenta el impacto psicológico que tiene para las usuarias el adquirir una lesión pre- maligna de cerviz y de esta manera poder evitar trastornos de ansiedad, estados depresivos, o cualquier otra sintomatología psicológica que pudiese existir al conocer estos resultados, mostrar apoyo a las pacientes, resolver dudas y de esta forma abordar de una manera integral y completa esta enfermedad.

## CONCLUSIONES

1. La edad en que las mujeres se realizan la citología en los centros de salud pública en su mayoría oscila entre los 20 y 49 años, de las cuales un porcentaje relativamente alto pertenecen a la zona rural, con un nivel socio-económico bajo, con estado nutricional por arriba de valores normales el 82.8 %.
2. Los patrones culturales de nuestras pacientes en estudio con respecto a la toma de citología se encuentran íntimamente relacionados con la falta de interés en la misma, se observa en los resultados que el 38.3% de las mujeres no lleva un control periódico del tamizaje con la citología por descuido.
3. Los resultados obtenidos en la toma de citología data un valor alarmante de resultados anormales, siendo tan sólo el 23.8% de citologías sin alteraciones, se puede observar que las lesiones más frecuentes son, en orden descendente, inflamación (30.5%), seguido por LEI de bajo grado (29.8%), en tercer lugar infecciones con 12.6%, siendo poco frecuente encontrar LEI de alto grado u otro tipo de lesión, asociamos ésta baja frecuencia a que las mujeres en estudio toman periódicamente su tamizaje.
4. El impacto psicológico que tienen las pacientes cuando se les detecta una lesión pre-invasiva de cérvix, haciendo constar que el 70% de las pacientes sintieron preocupación y un 20% de éstas sintió miedo, dejando claro que en los servicios de salud no se da importancia a ese aspecto, enfocándose únicamente en la condición patológica, comprobando que no se da atención íntegra a la paciente afectada
5. Los factores de riesgo tienen una relación probabilística esperada en pacientes que presentan una lesión pre-invasiva de cérvix, ya que de las 50 mujeres afectadas elegidas al azar, todas cumplen por lo menos dos factores de riesgo, siendo los más representativos la edad de inicio de relaciones

sexuales 90% antes de los 20 años, la menarquia antes de los 14 años en el 90%, dato curioso que el 50% ha tenido más de 2 parejas sexuales este dato se encuentra ligado a patrones culturales por lo que no es muy confiable, desligamos el hecho de relacionar la frecuencia con que se tienen relaciones sexuales y la probabilidad de presentar una lesión pre-invasiva de cáncer de cérvix, otro factor influyente es el uso de anticonceptivos hormonales del tipo Orales e Inyectados, observamos que tienen un porcentaje de uso alto (68%) en la población estudiada.

6. Culturalmente las mujeres en El Salvador inician la maternidad a temprana edad, y a medida avanzan en años así también el número de partos sin importar si esto trae o no consecuencias tanto para su salud, su economía y porque no decirlo para sus propios hijos. Evidenciando ese resultado con un 88% de mujeres Multíparas. Observando también una relación ascendente entre el número de partos y la respuesta anormal de la citología.

7. La Citología retrasada no tiene relación como factor precipitante en el Cáncer de Cérvix, Pero si es un factor directo al no descubrir a tiempo una lesión pre maligna que es tratable y curable si se descubre de manera oportuna a través de la toma de Citología oportuna.

8. Es alarmante la falta de conocimiento de nuestra población con respecto al cáncer de cérvix, la importancia de realizarse periódicamente la citología, la falta de educación sobre las maneras de transmisión, adquisición, tratamiento y prevención del cáncer de cérvix uterino.

9. La asociación de las lesiones pre-invasivas de cérvix con otras enfermedades infecciosas y crónico-degenerativas, es exponencial demostrando que 6 de cada 10 mujeres con lesión pre-invasiva de cérvix uterino padecen una patología crónico degenerativa y que el 80% ha padecido antes otro tipo de enfermedad de transmisión sexual infecciosa siendo el factor de riesgo más vinculado con presentar una lesión pre-invasiva de cérvix.

## RECOMENDACIONES

- 1- Que se capacite al personal de salud de una forma constante sobre la forma correcta de tomar la prueba de Papanicolaou y que las usuarias no tengan miedo de realizársela por alguna molestia en el momento de tomarla.
- 2- Realizar charlas constantes de sensibilización y buen trato a las usuarias, dirigidos al personal de salud, para que estos puedan transmitir un ambiente adecuado de empatía y confianza y así lograr un acercamiento mayor de las usuarias a la toma de citologías.
- 3- Dar seguimiento al programa de toma de citología, a través de los medios de comunicación masivos donde se les da a conocer la importancia de la toma de citología constante para su beneficio y prevención oportuna del cáncer de cérvix.
- 4- Capacitar al personal para brindar atención no sólo a la patología en sí, sino también sensibilizarnos por el estado emocional que estas pacientes tienen cuando se les da la noticia de su padecimiento.
- 5- Crear grupos de diálogos comunitarios donde se den a conocer temas que tengan como objetivo incentivar a las mujeres para que estas

valoren la importancia de cuidar su salud en la prevención del cáncer cérvico uterino.

- 6- Educar a las mujeres en las distintas formas de transmisión y prevención del cáncer de cérvix.
- 7- Hacer énfasis en los principales factores de riesgo asociados a presentar una lesión pre-invasiva de cérvix y hacer conciencia en la población para disminuir en la manera de lo posible estar sujeto a alguno de ellos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gardner. - Gray. - Orahilly, **-anatomia humana** . nueva editorial interamericana, Mexico, 1989.
2. Muñoz N. Y colaboradores. International Agency for Research on Cancer Multicenter Cervical Cancer Study Group. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. s.l. : N Engl J Med Feb, 2003. 6, 348 (6):518-27.
3. Myers ER. Y colaboradores. Mathematical model for the natural history of human papillomavirus infection and cervical carcinogenesis. s.l. : Am J Epidemiol, 2000. 151:1158-71.
4. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in the carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1941;42:193-206.
5. Rieck G, Fiander A. The effect of lifestyle, role of diet and nutrition factors on gynaecological cancer. s.l. : Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2006. 20 (2):227- 251.
6. Smith JS. Y colaboradores. Human papillomavirus type distribution in invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. s.l. : Int J Cancer, 2007. 121(3):621-32.

7. Solomon D. Y colaboradores. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. s.l. : JAMA, 2002. 287(16):2114-2119..
8. t.wsadler, **lagmanembriologia medica 11va edicion**,edwolterskluwer-lippcottwilliams y wilkins año 2009
9. US Food and Drug Administration. *FDA Licenses New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by Human*
10. Urdaneta-Machado JR. Y Colaboradores. Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello uterino. s.l. :ProgObstetGynecol., 2011. S0304-5013(11)00313-X.
11. GARDNER. - GRAY. - ORAHILLY, - **ANATOMIA HUMANA . NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA**, Mexico, 1989.
12. JONATHAN S. BEREK ED. - **TRATADO DE GINECOLOGÍA DE NOVAK 13° EDICION ED. MC GRAW HILL.**
13. <http://www.conetur.com/articulo.php?id=75&PHPSESSID=665d363f5947b1252674372266c05706>
14. [http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Clinicas/Clinicas\\_Oncologicas/Instituto del Cancer de El Salvador - I.C.E.S. - Dr. Narciso Diaz Baz n 2307.htm](http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Clinicas/Clinicas_Oncologicas/Instituto%20del%20Cancer%20de%20El%20Salvador%20-%20I.C.E.S.%20-%20Dr.%20Narciso%20Diaz%20Baz%20n%202307.htm)
15. <http://www.salud.gob.sv/index.php/novedades/noticias/noticias-ciudadanosas/209-octubre-2012/1526--02-10-2012-oficializan-campana-de-deteccion-de-cancer-de-cervix-y-mama-prueba-que-amas-tu-vida>

## **ANEXOS**

## ENCUESTA

### TEMA DE INVESTIGACIÓN:

Identificar los factores de riesgo y su relación con la presencia de lesiones pre-invasivas de cérvix uterino, en usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estazuelas de Usulután.



### OBETIVO:

Identificar los factores de riesgo y su relación con la presencia de lesiones pre-invasivas de cérvix uterino, en usuarias de las UCSF Jocoro de Morazán, UCSF San Jorge de San Miguel y UCSF Estazuelas de Usulután.

**INTRUCCIONES:** Marque su respuesta con una "X" si es de opción múltiple, y escriba la respuesta que considere coincida con su realidad.

1. Edad: \_\_\_\_

2. Peso: \_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_

IMC: \_\_\_\_ Desnutrición: \_\_\_\_ Normal: \_\_\_\_ Obesidad: \_\_\_\_

Sobrepeso: \_\_\_\_

3. Estado civil:

Soltera: \_\_\_\_ Casada: \_\_\_\_ Acompañada: \_\_\_\_

4. Procedencia:

Rural \_\_\_\_ Urbano \_\_\_\_

5. Nivel educativo:

Analfabeta: \_\_\_\_ Primer ciclo: \_\_\_\_ Segundo ciclo: \_\_\_\_ Tercer ciclo: \_\_\_\_

Bachillerato: \_\_\_\_ Superiores no universitarios: \_\_\_\_ Superiores universitarios:

\_\_\_\_

6. Ocupación:

Ama de Casa:\_\_\_ Exposición Solar:\_\_\_ Exposición a químicos:\_\_\_ Trabajo Formal:\_\_\_

7. Qué religión profesa:

Católica:\_\_\_ Evangélica:\_\_\_ Luteranos: \_\_\_ Otros:\_\_\_

8. Hábitos, consume:

Tabaco: \_\_\_ Alcohol: \_\_\_ Drogas: \_\_\_ Café: \_\_\_ Cigarro: \_\_\_

9. Relación con: la familia: B \_\_ M\_\_ Amigos: B\_\_\_ M\_\_\_ Religión: B\_\_\_ M\_\_\_

Pareja: B: \_\_M\_\_

10. Edad inicio de relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

11. Numero de compañeros sexuales: \_\_\_\_\_

12. Frecuencia de relaciones sexuales: \_\_\_\_\_

13. Edad de primera menstruación: \_\_\_\_\_

14. Usa algún método de planificación familiar: Si\_\_ No\_\_\_

ACOS:\_\_\_ Inyectables:\_\_\_ Barrera:\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

15. Paridad:

Nulípara:\_\_\_ Primípara:\_\_\_ Multípara:\_\_\_ Embarazada\_\_\_

16. Fecha de toma de última citología\_\_\_ si la respuesta es mayor de un año,

Causa de no realizar citología oportuna:

Descuido:\_\_\_ Distancia:\_\_\_ Dolor:\_\_\_ Les da pena:\_\_\_

Maltrato:\_\_\_ Resultado tardío:\_\_\_ Falta de tiempo:\_\_\_ Trabajo:\_\_\_

17. Ultimo resultado de citología:

Normal:\_\_\_ Inflamación\_\_\_ LEI de bajo grado\_\_\_ LEI de alto grado \_\_\_

Infección: \_\_\_ Carcinoma escamocelular: \_\_\_ ASC-US: \_\_\_ ASG-US: \_\_\_

18. Que impacto tuvo en usted el diagnóstico de lesión pre invasiva de  
cérvix?

a) Tristeza:\_\_\_ b) Preocupación:\_\_\_ c)Miedo:\_\_\_ d) No sabe:\_\_\_

19. Sabe cuáles son los riesgos de no tomar citología oportuna:

Cáncer:\_\_\_ ETS:\_\_\_ No sabe:\_\_\_

20. Sabe que es el cáncer de cervix:

Si:\_\_\_ No:\_\_\_

21. Sabe cómo se adquiere el cáncer de cervix:

22. No sabe\_\_\_ ETS\_\_\_ Promiscuidad\_\_\_ Relaciones Sexuales\_\_\_

23. Sabe cómo prevenir el cáncer de cervix:

Citología\_\_\_ Fidelidad\_\_\_ Preservativo\_\_\_ No sabe\_\_\_

24. A padecido de alguna enfermedad de trasmisión sexual: Si\_\_\_\_\_

No\_\_\_\_\_

25. Alguna enfermedad crónica\_\_\_\_\_

26. Tiene apoyo de familiar: Si:\_\_\_No:\_\_\_

27. Apoyo del Servicio de Salud: Si:\_\_\_No:\_\_\_

28. Atención psicológica: Si:\_\_\_No:\_\_\_

29. Le explicaron en el centro de salud su situación?

Si:\_\_\_ No:\_\_\_

30. De donde obtuvo usted la información sobre su enfermedad?

A) Centro de salud B) de la familia C) de los amigos d) personas que han  
tenido la misma enfermedad.

## ANEXOS

### ANEXO 1.

#### Anatomía del aparato reproductor femenino



Figura 1. Anatomía del aparato reproductor femenino

### ANEXO 2



ADAM

Figura 2. Tejido canceroso

### ANEXO 3

## VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

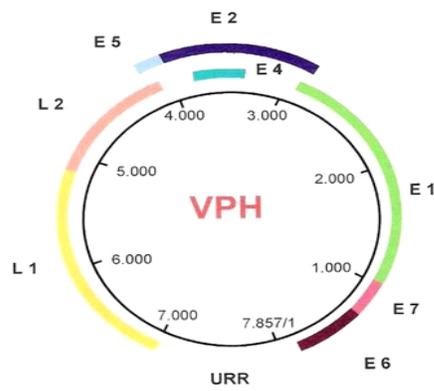


Figura 3. Virus de Papiloma Humano

### ANEXO 4

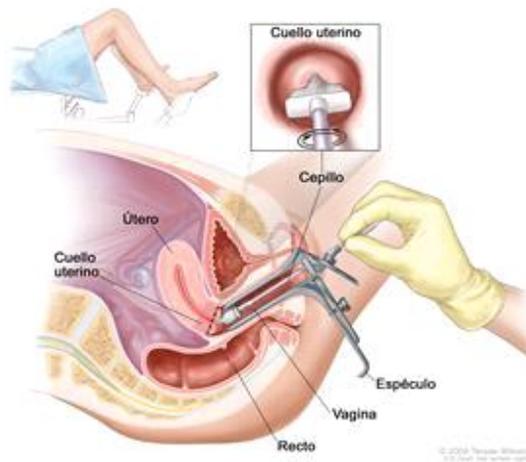


Figura 4. Toma de citología

ANEXO 5

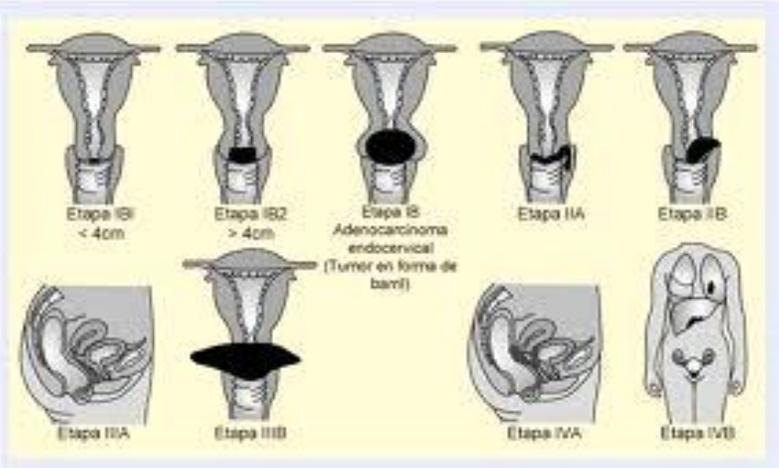


FIGURA 5: ESTADIOS DEL CANCER DE CERVIX