

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

**CITOLOGIA SUBSECUENTE RETRASADA COMO PRINCIPAL FACTOR DE
CANCER CERVICAL EN MUJERES EN EDAD FERTIL, CANTÓN SAN
SEBASTIAN, EL CARMEN, CUSCATLAN, DICIEMBRE 2012 - FEBRERO
2013.**

Informe Final Presentado Por:

Andrea Carmelina Ostorga Platero.

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. José Ricardo Antonio Méndez Flamenco.

San Salvador, julio de 2013.

Resumen

El presente trabajo titulado Citología subsecuente retrasada como principal factor de Cáncer cervical en mujeres en edad fértil de cantón san Sebastián, el Carmen, Cuscatlán, Diciembre 2012- Febrero 2013.

Trata la citología como principal forma de prevención del Cáncer de Cérvix que ocupa el primer lugar como causa 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.

Pudimos constatar que el 35.2% realizaron su citología de un año ha menos, y el 64.8% con más de dos años de retraso.

Para el resultado de ultima citología se observó: 63.9% resultado normal y 35.1% resultado anormal con predominio del 22.2% que presentaron inflamación.

Para el resultado de citología Vrs. Toma de citología tenemos una relación de 1-4 para la LEI de alto grado con citología oportuna y retrasada respectivamente.

El 35.48% contesto que la razón de no realizar la citología era descuido.

Aunque no encontramos relación probabilística entre la toma de citología oportuna y retrasada en nuestro estudio, la citología es la principal prueba de tamizaje en la prevención de Cáncer de Cérvix disminuyendo la morbi-mortalidad si se practica de forma periódica y oportuna.

Los patrones culturales inciden de manera negativa en la toma de citología y el Cáncer de Cérvix.

No se encontró relación probabilística entre la citología subsecuente retrasada y el Cáncer de Cérvix Sin embargo encontramos que la Lesión escamosa intraepitelial de alto grado es 4 veces mayor en las usuarias irregulares que en las regulares. (80%- 20%)

INTRODUCCION

El Cáncer de Cérvix ocupa el primer lugar como causa de muerte en mujeres en El Salvador y es el segundo más frecuente en la población mundial.

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. (11)

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 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. En países desarrollados su incidencia y mortalidad decrecieron de manera significativa en el siglo anterior, atribuido en gran parte a la extensa realización periódica de la citología cervical. En países pobres o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso. Siendo América Latina y el Caribe caracterizados por notificar las mayores tasas de incidencia.

En el contexto que vivimos actualmente, es importante conocer la causa de que mujeres en edad fértil no se preocupen por su bienestar habiendo alternativas para prevenir una muerte por cáncer cervical debido a la no realización de citología cervical, siendo esta la principal forma de tamizaje para tan nombrada enfermedad.

Es por esto que se hizo necesario realizar una investigación para conocer la causa de porque las mujeres de Cantón San Sebastián no se realizan la prueba de citología de forma oportuna y de esta manera brindar un aporte a las autoridades pertinentes sobre alternativas que ayuden a concientizar y acercar a estas mujeres a los centros de salud de forma oportuna y de esta manera reducir la alta tasa de muertes por dicha patología.

INDICE

Objetivos	1
Marco teórico	2-23
Epidemiología	2-3
Anatomía del aparato reproductor femenino	3
Fisiología	3-6
Virus del papiloma humano	6-8
Factores de riesgo	8-10
Síntomas	10-11
Prevención de cáncer de cérvix	12-20
Tratamiento	21-23
Hipótesis	24
Diseño metodológico	25-30
Presentación de resultados	31-58
Discusión de resultados	59-62
Conclusiones	63-64
Recomendaciones	65
Bibliografía	66-67
Anexos	68

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar si la Citología subsecuente retrasada contribuye como factor influyente al desarrollo de Cáncer de Cérvix en las mujeres en edad fértil del cantón san Sebastián.

Objetivo específico:

Conocer porque las mujeres en edad fértil del Cantón San Sebastián, no se realizan la Citología en el tiempo oportuno.

Indagar cuántas mujeres se realizan su Citología en forma oportuna.

Averiguar cuántas mujeres que toman su Citología en forma retrasada se les diagnostica Cáncer de Cérvix.

MARCO TEORICO

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 (10).

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.(11)

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.(11)

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. (11)

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.

Anatomía del aparato reproductor femenino

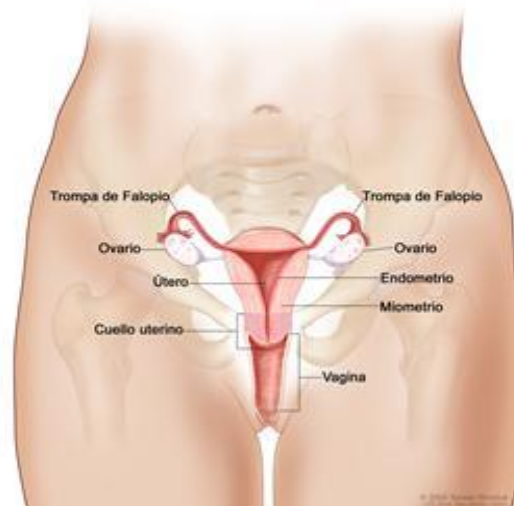


Figura 1. Anatomía del aparato reproductor femenino

Los órganos del aparato reproductor femenino incluyen: Útero, Ovarios Trompas de Falopio, Cuello uterino y Vagina.

Útero:

Es un órgano ubicado en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto, en este encontramos 3 capas gruesas de musculo 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).



Figura 2. Tejido canceroso

El Cáncer de Cérnix 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 Cérnix 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.

La mayoría de las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer de Cérnix 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 Cérnix 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. El 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.

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.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

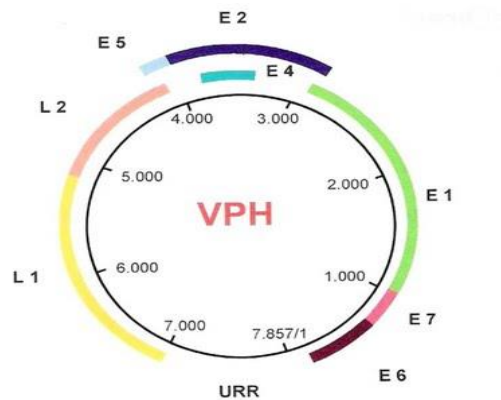


Figura 3. Virus de Papiloma Humano

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.

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 cervical¹⁶.

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 la influencia de un factor externo 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 relación 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 a 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 o 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 (7)

Microorganismos: en particular virus. Está demostrado que algunos virus son condición necesaria para que se desarrolle el cáncer. Tal es el caso del 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 (5). Los genotipos 16, 18 y 45, 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 (1).

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 (10). 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 (4).

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 (4).

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 (4).

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 (1). 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 (1)

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 (3); 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 la 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

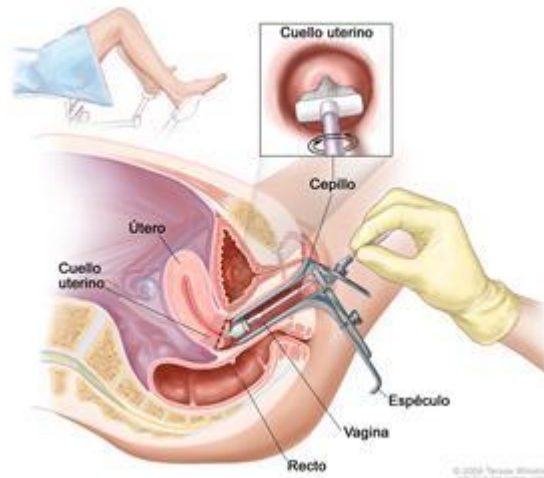


Figura 4. Toma de citología

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.

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 (3).

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*" (6) 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.

SISTEMA BETHESDA 2001 (modificado)

<p>IDONEIDAD DE LA MUESTRA</p> <p>Satisfactorio para la evaluación (se agrega un indicador de calidad: elementos de la ZT, flora, etc.)</p> <p>Parcialmente satisfactorio para evaluación por (se especifica la causa: artefactos, ausencia elementos epiteliales de la ZT...).</p> <p>Insatisfactoria para evaluación (se especifica la causa).</p> <p>RESULTADO/INTERPRETACIÓN</p> <p><u>Negativa para lesiones intraepiteliales o malignidad</u></p> <p>MICROORGANISMOS Trichomonas vaginalis Organismos fúngicos compatibles morfológicamente con Cándida. Cambios en la flora sugestiva de vaginosis bacteriana. Bacterias morfológicamente compatibles con Actinomyces. Cambios celulares asociados con el virus herpes simple.</p> <p>OTROS CAMBIOS NO NEOPLÁSICOS: Cambios reactivos asociados con: Inflamación (incluye reparación típica). Radiación. Dispositivo intrauterino (DIU). Células glandulares post-histerectomía. Atrofia.</p>	<p>RESULTADO/INTERPRETACIÓN (CONT)</p> <p><u>Anomalías celulares epiteliales</u></p> <p>- CÉLULAS ESCAMOSAS *Células escamosas atípicas: de significado incierto (ASC-US). no es posible excluir HSIL (ASC-H). *Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LSIL): VPH y displasia leve / CIN 1. *Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (HSIL): displasia moderada, severa, CIS / CIN 2 y CIN 3 *Carcinoma de células escamosas.</p> <p>- CÉLULAS GLANDULARES *Células glandulares atípicas: endometriales, endocervicales, NOS. *Células glandulares atípicas probablemente neoplásicas: Endocervical, NOS. Adenocarcinoma endocervical in situ. Adenocarcinoma</p> <p>Otros</p> <p>-Células endometriales en mujer ≥ 40 años.</p> <p>TÉCNICAS AUXILIARES: (p.ej. HPV).</p> <p>RECOMENDACIONES: (opcional).</p> <p>NOTAS Y SUGERENCIAS (opcional)</p>
--	--

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 Hinselmann (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 (8). 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.

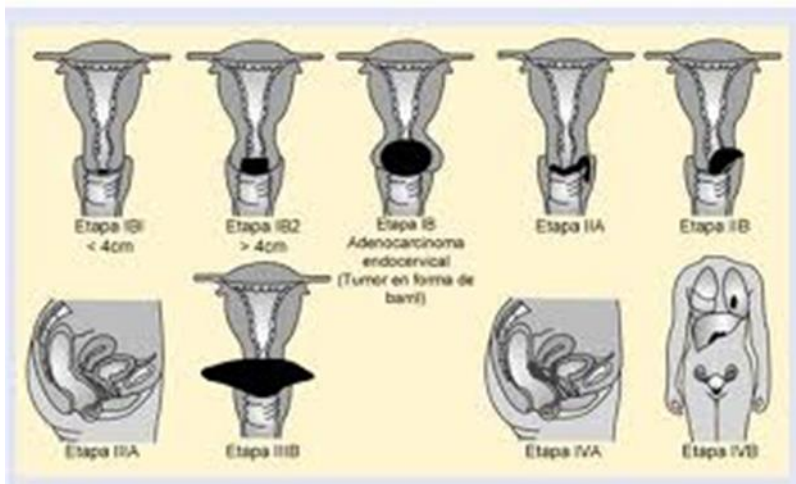
El comité de nomenclatura de la IFCPC constituido en el congreso mundial que se celebró en el 2008 en nueva Zelanda recibió el encargo de revisar y actualizar la clasificación colposcópica actualmente vigente y aprobada en Barcelona durante el congreso del 2002. La propuesta de clasificación fue aprobada 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 (8)

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 (2):

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

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 computerizada.

- 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 Cérnix 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:

Termo coagulación.

Electrocoagulación.

Criocoagulación.

Vaporización con láser de CO₂.

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 (8)

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 (7)

HIPOTESIS

La Citología subsecuente retrasada, es un factor influyente para desarrollo de Cáncer de Cérvix en las mujeres en edad fértil del cantón San Sebastián, El Carmen Cuscatlán.

DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación se pretendió alcanzar mediante un estudio descriptivo observacional, sobre La Citología subsecuente retrasada como principal factor del Cáncer de Cérvix, en mujeres en edad fértil del Cantón San Sebastián, El Carmen Cuscatlán.

Periodo de estudio comprendió de Diciembre de 2012 a Febrero de 2013

Se consideró como universo de informantes a las pacientes de 19 a 49 años de Cantón San Sebastián, El Carmen Cuscatlán.

Buscando una representación estadística adecuada, se realizó un diseño de muestra aleatoria con un 93% de nivel de confianza y un error muestral asociado del 7%. Con lo que se obtuvo el diseño siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}$$

Símbolos y valores:

Z = 1.812 Área bajo la curva normal (Nivel de Confianza del 93%)

N = 300 (Total de mujeres del Cantón San Sebastián, Carmen Cuscatlán.)

E = 0.07 (7% Error en la estimación de la muestra)

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

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

n = Tamaño de la muestra a determinar.

$$n : \frac{1.812^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 300}{0.07^2 \times 299 + 1.812^2 \times 0.5 \times 0.5} = 108$$

De esta manera se obtuvo la muestra que tiene un valor de 108 mujeres con quienes se realizó el estudio.

VARIABLES DE ESTUDIO

VI: Mujeres en edad fértil del Cantón San Sebastián, con citología subsecuente retrasada.

VD: Causas de Cáncer de Cérvix en mujeres en edad fértil de Cantón San Sebastián.

Operacionalización de variables:

Objetivo específico	Variable	Definición	Escala de medición	Técnica de medición
Indagar cuántas mujeres se realizan su Citología en forma oportuna.	Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	Mujer	Entrevista
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser.	Años	Entrevista
	Nivel educativo	Etapas que forman la educación de un individuo.	Analfabeta Primaria Secundaria Tercer ciclo Bachillerato	Entrevista
	Estado civil	Situación de la persona física en relación a otra.	Soltera Casada Union libre	Entrevista
	Paridad	Número de hijos que una mujer a dado a luz.	Nulipara Primipara Dos partos Multipara	Entrevista
	Trabajo	Esfuerzo personal para la producción de bienes.	Ama de casa Formal Informal	Entrevista
	Religión	Creencia o dogma sobre una entidad divina.	Católica Protestante	Entrevista

Objetivo específico	Variable	Definición	Escala de medición	Técnica de medición
Averiguar cuántas mujeres que toman su Citología en forma retrasada se les diagnostica Cáncer de Cérvix.	Sexo	Condición orgánica que distingue al macho de la hembra.	Mujer	Entrevista
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser.	Años	Entrevista
	Nivel Educativo	Etapas que forman la educación de un individuo.	Analfabeta Primaria Secundaria Estudio superior	Entrevista
	Domicilio	Lugar donde la persona tiene su residencia.	Rural Urbano	Entrevista
Objetivo Especifico	Variable	Definición	Escala de medición	Tecnica de medición
	Estado civil	Situación de la persona física en relacion a otra.	Soltera Casada Union Libre	Entrevista
	Paridad	Número de hijos que una mujer a dado a luz.	Nulipara Primipara Multipara	Entrevista
	Trabajo	Esfuerzo personal para la producción de bienes.	Empleada Desempleada	Entrevista
	Religión	Creencia o creenciadogma	Católica Evangélica	Entrevista

Cruces de variables.

Edad de la mujer	Toma de Citología subsecuente retrasada
Estado civil	Toma de Citología subsecuente retrasada
Paridad	Toma de Citología subsecuente retrasada
Trabajo	Toma de Citología subsecuente retrasada
Nivel educativo	Toma de Citología subsecuente retrasada
Religión	Toma de Citología subsecuente retrasada
Causas de no tomar Citología	Toma de Citología subsecuente retrasada
Respuesta de Citología	Toma de Citología subsecuente retrasada
Edad de la mujer	Causas de Cáncer de Cérvix
Paridad	Edad de la mujer
Edad de primera relaciónn sexual	Respuesta de Citología
Número de compañeros sexuales	Respuesta de Citología
Hábito de fumar	Respuesta de Citología

Para obtener la información requerida para llevar a cabo la investigación se obtuvo de dos fuentes: Las pacientes en edad fértil de Cantón San Sebastián y el expediente clínico de cada una de las mismas. Escogidas al azar.

La técnica empleada para obtener la información fue la entrevista.

Para la recolección de datos se utilizaron dos técnicas diferentes tales como, encuestas e información suministrada a través del expediente clínico de cada una de ellas, para obtener los suficientes datos requeridos. Se utilizó una estadística descriptiva para analizar la información obtenida en cada una de las encuestas a realizadas, teniendo en cuenta la población con su respectiva muestra utilizada.

Para el análisis de estos datos se tabulo la información en una matriz auxiliándose de programaMicrosoft Office EXCEL 2007 y Para la interpretación y análisis se utilizó el programa SPSS versión 17.0 para Windows (“StatisticalPackageforthe Social Sciencies”).Para luego convertirlos en gráficos con porcentajes y valores, los cuales permiten una mejor explicación y apreciación de los resultados obtenidos sustentados con la teoría expuesta en el marco teórico utilizando para ello nuevamente el programa Microsoft Office EXCEL 2007.

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

Cantón San Sebastián El Carmen Cuscatlán en el periodo de Febrero 2013. A través de una entrevista en el ECOS-F San Sebastián.

EDAD

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

Tabla 2. Edad en años de mujeres

EDAD	Nº Mujeres	Porcentaje	Porcentaje acumulado
20-24	19	17.6%	17.6%
25-29	20	18.6%	36.2%
30-34	17	15.7%	51.9%
35-39	17	15.7%	67.6%
40-44	17	15.7%	83.3%
45-49	18	16.7%	100%
Total	108	100%	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Tabla 3. Edad media

	N	Mínimo	Máximo	Edad media
Edad	108	20	49	33.37

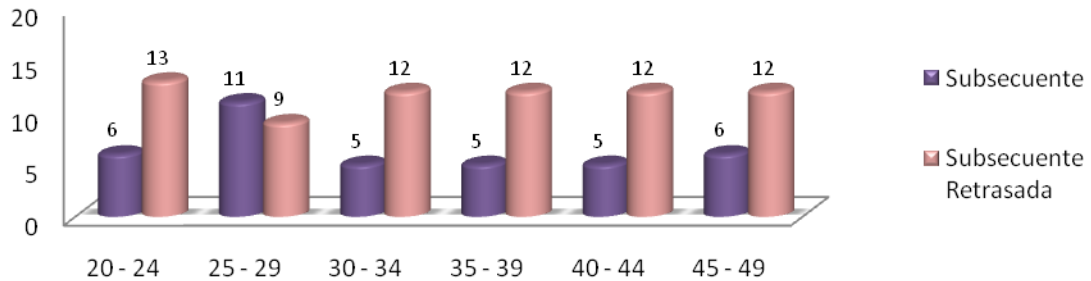
Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

De las 108 mujeres en estudio, La edad media fue de 33.37 años, Con una edad mínima de 20 y una máxima de 49 años.

EDAD Y ÚLTIMA TOMA DE CITOLOGIA

Se presentan en el siguiente Grafico los resultados obtenidos sobre la edad de las mujeres de nuestro estudio y la toma de citología de forma oportuna o tardía respectivamente.

Grafico 1. Edad de mujeres, cantón San Sebastián y toma de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Los resultados encontrados fueron: No hay relación probabilística entre la edad y última toma de citología. Pero podemos observar que las mujeres entre 25 y 29 años tienen un mayor porcentaje (55%) de realización oportuna de citología (Anexo 1)

ESTADO CIVIL

A continuación se presentan los resultados obtenidos con respecto al estado civil de mujeres estudiadas

Tabla 4. Estado civil de mujeres de Cantón San Sebastián

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado

ESTADO CIVIL	Casada	34	31.5	31.5
	Soltera	8	7.4	38.9
	Unión estable	66	61.1	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Los resultados obtenidos del estado civil de las mujeres de la muestra fue: Casadas: 31.5%; Unión estable: 61.1%; Solteras: 7.4%. podemos observar que predominan concretamente con un 61.1% las mujeres en unión estable.

ESTADO CIVIL Y TOMA DE CITOLOGIA

Observaremos la tabla de resultados entre el estado civil y la toma de citología

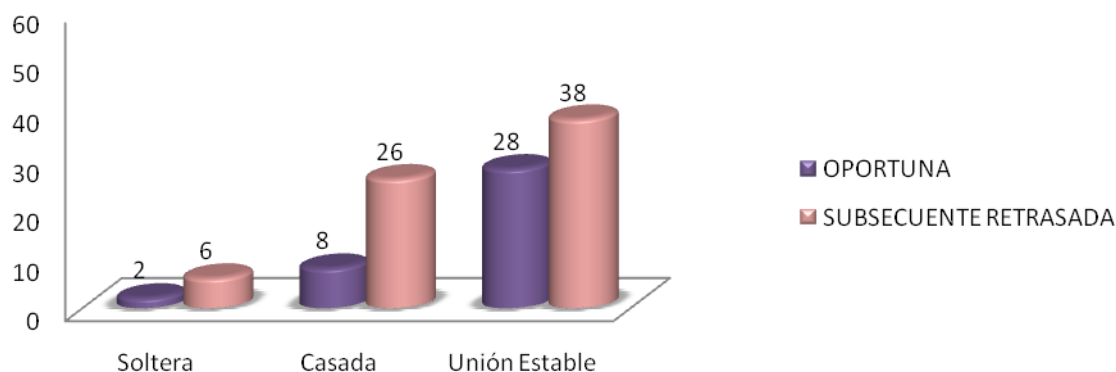
Tabla 5. Estado civil y toma de citología

			Toma de citología		Total
			Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada	
ESTADO CIVIL	Soltera	Nº casos	2	6	8
		Porcentaje	25%	75%	100.0%
	Casada	Nº casos	8	26	34
		Porcentaje	23.5%	76.50%	100.0%
	Unión estable	Nº casos	28	38	66
		Porcentaje	42.4%	57.6%	100.0%
Total	Nº casos	38	70	108	
	Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Grafico 2. Estado Civil de mujeres, cantón

San Sebastián y toma de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Para este cruce de variables entre el estado civil y la toma de citología se logró evidenciar que: de las mujeres solteras el 25% se realizaron la citología de forma oportuna y el 75% de forma retrasada; Casadas: 23.5% y 76.5% respectivamente; unión estable: 42.4% oportuna y 57.6% retrasada.

Nivel de escolaridad:

Se presentan a continuación los resultados obtenidos sobre el nivel de estudio que presentan las pacientes de nuestra muestra.

Tabla 6. Nivel educativo de mujeres de Cantón San Sebastián

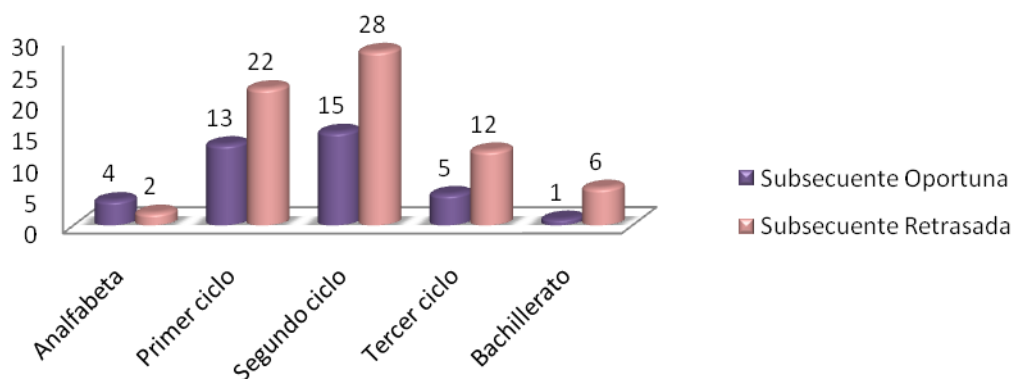
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NIVEL EDUCATIVO	Analfabeta	6	5.6	5.6
	Primer Ciclo	35	32.4	38.0
	Segundo Ciclo	43	39.8	77.8
	Tercer Ciclo	17	15.7	93.5
	Bachillerato	7	6.5	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos obtenida en investigación Febrero 2013

Los resultados fueron: Analfabeta: 5.6%; primer ciclo: 32.4%; Segundo ciclo: 39.8%; Tercer ciclo: 15.7%; Bachillerato: 6.5%. Se encontró que el 72.2% de las mujeres no pasan de sexto grado de estudio

NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMA TOMA DE CITOLOGÍA

Grafico 3. Nivel educativo de mujeres, cantón San Sebastián y toma de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

De las mujeres analfabetas 66.7% realizaron Citología oportuna y 33.3% retrasada; Las de primer ciclo 37.1 y 62.9%; de segundo ciclo: 34.9% y 65.1%; Las de tercer ciclo: 29.4% y 70.6%; Bachillerato: 14.3 y 85.7% respectivamente. No existe una relación probabilística entre la toma de citología y el nivel educativo. (Anexo 2)

PARIDAD

Con respecto al número de partos verificados por las mujeres en nuestra muestra se verificaron los siguientes resultados:

Tabla 7. Número de partos de mujeres Cantón San Sebastián

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado

NUMERO DE PARTOS	Nulíparas	4	3.7	3.7
	Primíparas	13	12.0	15.7
	Múltiparas	91	84.3	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de: obtenida en investigación Febrero 2013

Con respecto al número de partos de las mujeres en nuestra muestra obtuvimos nulípara: 3.7%; primípara: 12%; Múltipara: 84.3% Con un predominio notorio de pacientes múltiparas.

PARIDAD Y ÚLTIMA TOMA DE CITOLOGIA

Podemos observar los valores de la información recabada entre el número de partos y la toma de citología en la tabla y gráfico respectivo.

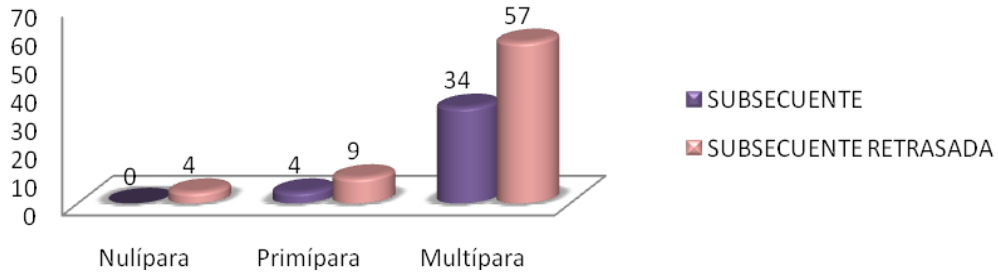
Tabla 8. Número de partos Vrs. Toma de citología

			Toma de citología		Total
			Subsecuente	Subsecuente Retrasada	
Número de partos	Nulípara	Frecuencia		4	4
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Primípara	Frecuencia	4	9	13
		Porcentaje	30.8%	69.2%	100.0%
	Múltipara	Frecuencia	34	57	91
		Porcentaje	37.4%	62.6%	100.0%
Total		Frecuencia	38	70	108
		Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

Fuente de: obtenida en investigación Febrero 2013

Grafico 4.

Número de partos de mujeres, cantón San Sebastián y toma de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Vemos que el 100% de las mujeres nulíparas se realizaron su citología de forma retrasada; De las primíparas: 30.8% lo hicieron en forma oportuna y el 69.2% en forma retrasada; para las multíparas 37.4% y 62.6% respectivamente.

NUMERO DE PARTOS Y RESULTADO DE ÚLTIMA CITOLOGÍA

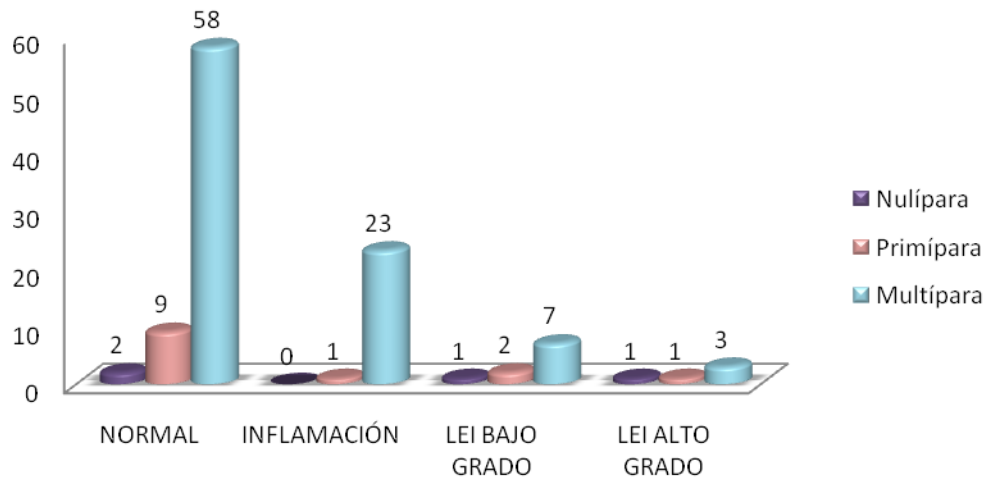
Observaremos en la siguiente tabla los resultados obtenidos entre el número de partos y el resultado de la última toma de citología.

Tabla 9. Número de partos Vrs. Resultado de Última toma de Citología

			Resultado de última Citología				Total	
			NORMA L	INFLAMACION	LEI BAJO GRADO	LEI ALTO GRADO		
Número de partos	Nulípara	Frecuencia	2		1	1	4	
		Porcentaje	50.0%		25.0%	25.0%	100.0%	
	Primípara	Frecuencia	9	1	2	1	13	
		Porcentaje	69.2 %	7.7%	15.4%	7.7%	100.0%	
	Multípara	Frecuencia	58	23	7	3	91	
		Porcentaje	63.7%	25.3%	7.7%	3.3%	100.0%	
	Total		Frecuencia	69	24	10	5	108
			Porcentaje	63.9%	22.2%	9.3%	4.6%	100.0%

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Tabla 9.A. Número de partos y resultado de última citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Podemos apreciar que los resultados fueron los siguientes: con respecto al respuesta normal y anormal de citología respectivamente nulíparas 50% y 50%; primíparas: 69.2% y 30.8% múltiparas: 63.7% y 36.3%.

OCUPACIÓN

Encontramos a continuación los datos que resultaron sobre la ocupación de las mujeres de Cantón San Sebastián en estudio.

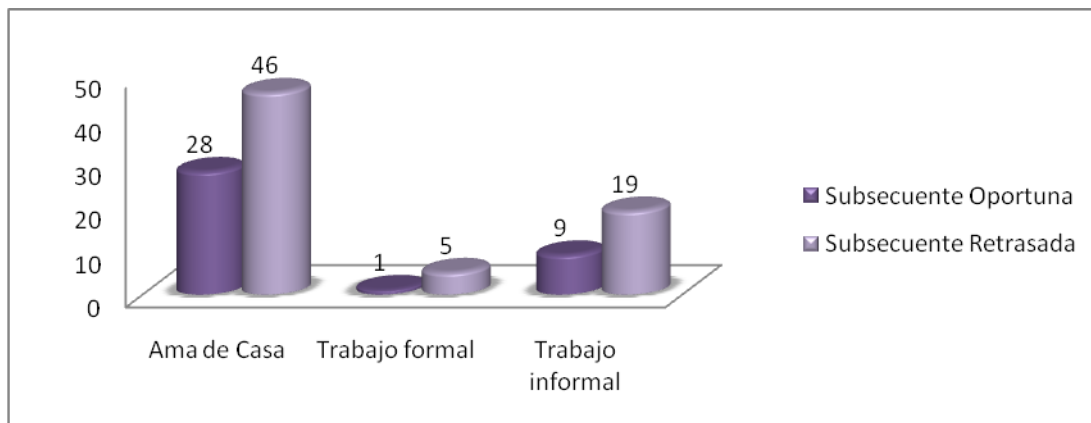
Tabla 10. Ocupación de las mujeres de Cantón, San Sebastián

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
OCUPACIÓN	Ama de Casa	74	68.5	68.5
	Trabajo formal	6	5.6	74.1
	Trabajo informal	28	25.9	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos obtenida en investigación Febrero 2013

Los resultados obtenidos fueron: Ama de casa: 68.5%; trabajo formal: 5.6%; Trabajo informal: 25.9%

Grafico 5. OCUPACION Y ÚLTIMA TOMA DE CITOLOGÍA



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

La información obtenida fue: Las mujeres amas de casa 37.8% realizaron su citología de forma oportuna y el 62.2% de forma retrasada; La que tienen un trabajo formal: 16.7 la realizaron de forma oportuna y el 83.3% retrasada; con trabajo informal la realizaron de forma oportuna un 32.1% y de forma retrasada un 67.9%.(Anexo 3.)

RELIGIÓN

Observamos los resultados obtenidos sobre la religiosidad de las mujeres del estudio en la tabla

Tabla 11. Religión de mujeres de Cantón San Sebastián

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RELIGIÓN	Católico	97	89.8	89.8
	Evangélico	11	10.2	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Se observa que el 89.8% profesan la religión católica y el 10.2% profesan la religión Evangélica.

RELIGIÓN Y ÚLTIMA TOMA DE CITOLOGIA

Observaremos la relación existente entre la religión y la toma de citología encontrada en las mujeres de Cantón San Sebastián de nuestro estudio.

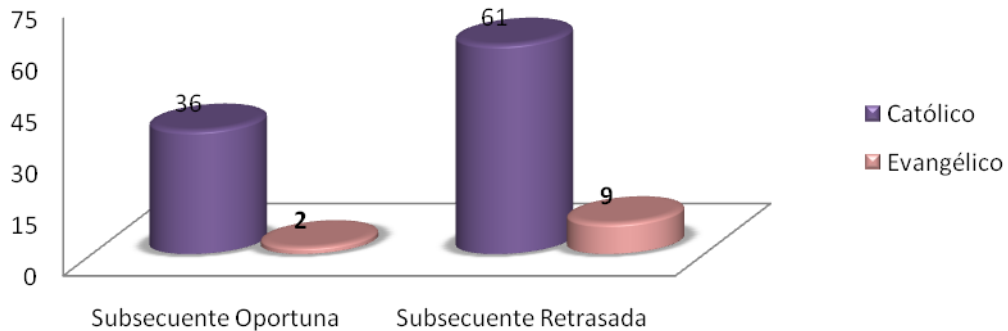
Tabla 12. Religión Vrs. Toma de citología

		Toma de citología			
		Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada	Total	
RELIGIÓN	Católico	Frecuencia	36	61	97
		Porcentaje	37.1%	62.9%	100.0%
	Evangélico	Frecuencia	2	9	11
		Porcentaje	18.2%	81.8%	100.0%
Total		Frecuencia	38	70	108
		Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Grafico 6. Religión que profesan las mujeres de cantón

San Sebastián toma de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

De las mujeres de religión Católica 37.1% se toman su citología de forma oportuna y el 62.9% retrasada; Con respecto a las de religión Evangélica 18.2% lo hicieron de forma oportuna y 81.8% retrasada.

Conocimiento de mujeres de la muestras con respecto a la citología

Encontramos que: 94.4% de las mujeres respondieron que si sabían que es la Citología. Mientras que el 5.6% no lo sabían.

Al indagar lo que sabían las mujeres sobre para qué sirve la citología

Los resultados que se obtuvieron son: el 77.8% si saben para qué sirve la Citología y el 22.2% restante no.

Obtuvimos los siguientes resultados al indagar como se toma la citología

Los resultados arrojados sobre si sabían cómo se toma el examen de citología fue: 95.4% respondieron que sí y el 4.6% no.

Al investigar sobre el conocimiento sobre si se había explicado en el centro de salud que es, para que sirve, como se toma y la importancia que tiene

tomarse a tiempo su citología las mujeres de nuestra muestra obtuvimos la siguiente información

Vimos que el 50% en algún momento habían recibido esta información por parte de un proveedor de salud y el 50% restante que no se le había brindado.

Con respecto a la toma de citología y la experiencia que han tenido las mujeres de nuestra muestra, los resultados fueron

El 55.6% verifico que su experiencia había sido buena y el 44.4% mala.

La información obtenida por parte de las mujeres en nuestro estudio con respecto a si se han practicado la citología en el último año encontramos lo siguiente:

Tabla 13. Toma de Citología en el último año

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
TOMA DE CITOLOGÍA	Sí	44	40.8	40.8
	No	64	59.2	100.0
Total		108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Los datos obtenidos fueron: un 59.2% de las pacientes de la muestra no se realizan la citología en el último año y 40.8% si lo han hecho.

En cuanto al tiempo en que las mujeres de nuestra muestra se realizaron su última citología encontramos los siguientes resultados:

Tabla 14. Años de última toma de citología

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Años	Menor de 1-1	38	35.2	35.2
	2-4	51	47.2	82.4
	5-7	11	10.2	92.6
	8-10	7	6.5	99.1
	Mayor de 10	1	0.9	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Los resultados obtenidos fueron: Las que se practicaron citología entre un año y menos fue: 35.2%; de 2-4 años: 47.2%; de 5-7 años: 10.2%; de 8-10 años: 6.5% y mayor de 10 años 0.9%

Al investigar a qué edad se realizaron su primera citología las pacientes en estudio pudimos constatar que:

Los resultados obtenidos fueron: Entre 17 y 20 años: 23.1%; entre 21 y 24 años: 24.1%; entre 25 y 28 años: 25.8%; entre 29y 32 años: 16.7%; entre 33 y 36 años: 5.6%; entre 37 y 40 años: 4.7%. El mayor porcentaje se observó en las pacientes de 25 a 28 años.

Sobre la frecuencia con que deben de realizarse su citología los datos fueron los siguientes:

El 69.4% de las pacientes si saben la frecuencia con la que deben realizar la citología y el 30.6% no lo sabe.

Al indagar la razón por la que no se realiza su citología a tiempo las mujeres en estudio pudimos ver que:

Tabla 15. Causa de no realizar Citología.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RAZÓN DE NO REALIZAR CITOLOGÍA		77	71.3	71.3
	Descuido	11	10.2	81.5
	Distancia	1	.9	82.4
	Dolor	3	2.8	85.2
	Les da pena	2	1.9	87.0
	Mal trato	5	4.6	91.7
	Resultado tardío	2	1.9	93.5
	Tiempo/Trabajo	7	6.5	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

La información obtenida en el estudio fue: 3.7% no la realizan por dolor; 22.2% contestaron que es por maltrato a la hora de la toma; 9.3% no se la realizan por falta de tiempo por trabajo; El 26.9% no la realizan por descuido; EL 23.1% si se la realizan; Un 7.4% dicen que no obtienen resultado y 7.4% no se la realizan por pena con el personal de salud.

RAZON DE NO REALIZAR CITOLOGÍA Y ULTIMA TOMA DE CITOLOGÍA

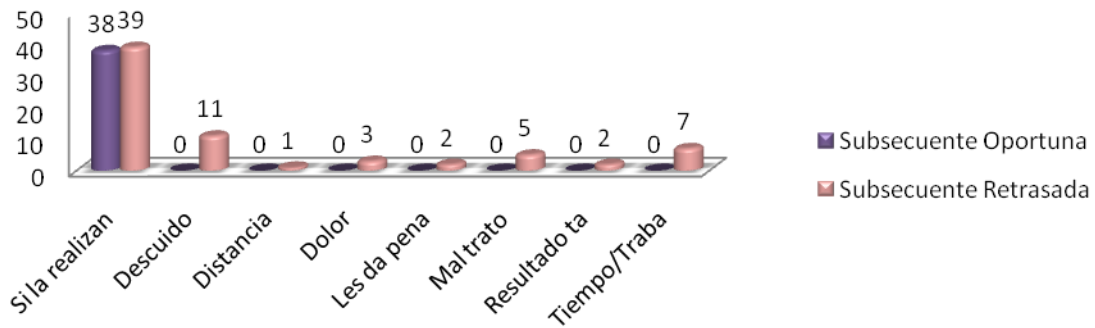
Tabla 16. Razones de no realizar citología Vrs. Toma de Citología

			Toma de citología		Total
			Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada	
RAZON PORQUE NO REALIZAN LA CITOLOGÍA	Si la realizan	Frecuencia	38	39	77
		Porcentaje	49.4%	50.6%	100.0%
	Descuido	Frecuencia		11	11
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Distancia	Frecuencia		1	1
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Dolor	Frecuencia		3	3
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Les da pena	Frecuencia		2	2
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Mal trato	Frecuencia		5	5
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Resultado Tardio	Frecuencia		2	2
		Porcentaje		100.0%	100.0%
	Tiempo/Traba	Frecuencia		7	7

		Porcentaje		100.0%	100.0%
Total		Frecuencia	38	70	108
		Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Grafico 7 Causas de no realizar la citología y toma de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

El relacionar la razón por la cual no se realizan la citología el 35.2% se realizó su citología oportuna y no tenían ninguna razón de no hacerla. El 64.8% la hicieron en forma retrasada de estas el 59.6% no tenían ninguna razón para no hacerlo. 11 de 70 casos con citología retrasada opinaron que fue por descuido.

Pudimos investigar cuales son los riesgos de no tomar la Citología en forma oportuna en las mujeres de la muestras y observamos lo siguiente:

Tabla 17. Riesgos de no tomar Citología oportuna

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
RIESGO DE NO TOMA CITOLOGÍA OPORTUNA	Cáncer	85	78.7	78.7
	ETS	2	1.9	80.6
	No sabe	21	19.4	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

El 78.7% respondieron que uno de los riesgos de no realizarla es el cáncer cervical; El 1.9% opina que las ETS. Y el 19.4% no saben cuáles son los riesgos.

Al indagar si las mujeres de nuestra muestra entendían porque deben tomarse su citología a tiempo observamos que:

Los resultados obtenidos fueron: El 86.1% respondieron que si entienden la razón. Mientras que el 13.9% no entienden porque deben hacerlo. (Anexo 4.)

Investigamos el resultado de la última Citología de las mujeres de la muestra.

Para esto presentamos la información obtenida de la siguiente manera:

Tabla 18. Respuesta de última citología

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
RESPUESTA DE ULTIMA CITOLOGIA	NORMAL	69	63.9	63.9
	INFLAMACIÓN	24	22.2	86.1
	LEI BAJO GRADO	10	9.3	95.7
	LEI ALTO GRADO	5	4.6	100.0
	Total	108	100.0	

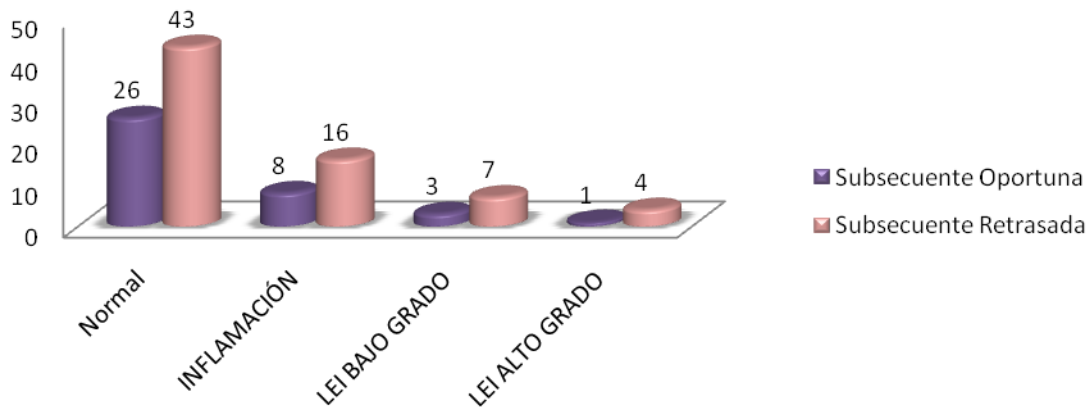
Fuente de datos obtenida en investigación Febrero 2013

El 22.2 % resulto inflamación; el 9.3% LEI bajo grado; El 4.6% LEI alto grado y el 63.9% restante obtuvieron un resultado normal.

RESPUESTA DE ÚLTIMA CITOLOGÍA Y TOMA DE CITOLOGÍA

Grafico 8.

**Ultimo resultado de citología
ytoma de citología**



Fuente de: obtenida en investigación Febrero 2013

El 22.2 % resulto inflamación; el 9.3% LEI bajo grado; El 4.6% LEI alto grado y el 63.9% restante obtuvieron un resultado normal. Se puede observar que se presenta una relación significativa en pacientes que obtuvieron una respuesta de citología con un LEI de alto grado de un 20% - 80% en toma de citología oportuna y retrasada respectivamente. (Ver anexo 5.)

EDAD DE MUJERES Y RESPUESTA DE ÚLTIMA CITOLOGÍA

A continuación se presenta el grafico con los resultados obtenidos sobre la edad de las mujeres en estudio y la respuesta de la última Citología.

Al investigar el conocimiento que las mujeres de la muestra tenían sobre el Cáncer de Cérvix encontramos que:

94.4% de las pacientes respondieron si haber escuchado sobre dicha patología y el 5.6% no ha escuchado. (Ver anexo 5.)

Observamos los resultados obtenidos sobre el conocimiento de que es el Cáncer de Cérvix de las mujeres de la muestra

De las mujeres en estudio obtuvimos la siguiente información: en un 94.4% si saben que es el cáncer de cérvix y el 5.6% respondieron que no.(Ver anexo 6)

Entre las causas conocidas sobre el Cáncer de Cérvix de las mujeres en estudio encontramos:

En el siguiente cuadro se presentan los resultados de las causas de cáncer de cérvix que las mujeres de nuestra muestra identifican como tales

Tabla 19. Causas de Cáncer de Cérvix

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CAUSAS DEL CÁNCER DE CÉRVIX	ETS	5	4.6	4.6
	NO SABE	68	63.0	67.6
	PROMISCUO	19	17.6	85.2
	R. SEXUALES TEMPRANAS	16	14.8	100.0
	Total	108	100.0	

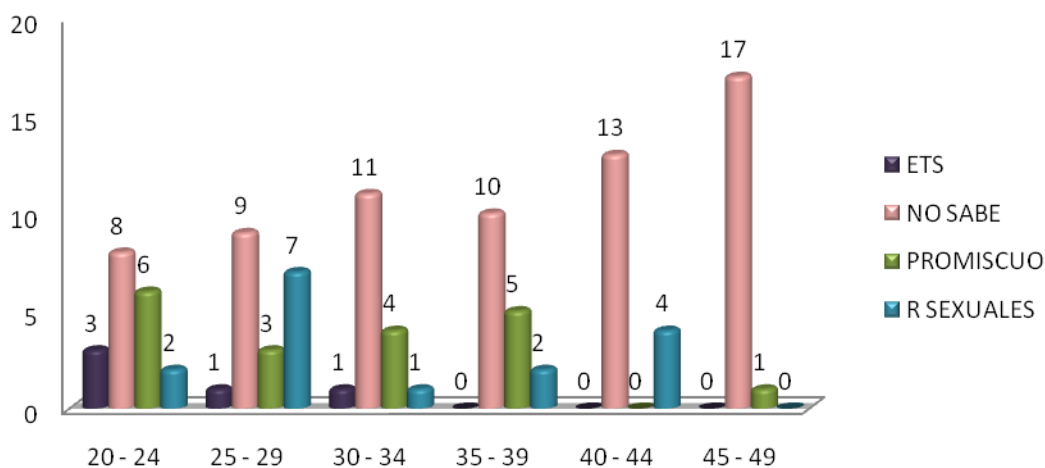
Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Evidenciamos que el 4.6% piensa que es por ETS; otro 63% respondieron que no saben cómo se adquiere, 17.6% piensa que es por promiscuidad y el 14.8% por relaciones sexuales a temprana edad.

EDAD Y CAUSAS DE CÁNCER DE CÉRVIX

Se presenta en el siguiente gráfico la edad de las pacientes con respecto al conocimiento de cómo se adquiere el Cáncer de cérvix.

Grafico 9.
Edad de las mujeres y
Causas de Cáncer de cérvix



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

El 63% respondieron que no saben cómo se adquiere, Al mismo tiempo se puede observar que las mujeres entre los 20 y 24 años respondieron que no saben en un 40.1% mientras que en las edades de 49 a 49 años se observó un 94.4% que respondieron no saber. Observando que a menor edad mayor conocimiento sobre el Cáncer de cérvix. (Ver anexo 8.)

Pudimos indagar si las mujeres de la muestra Saben cómo prevenir el Cáncer de Cérvix y los resultados fueron:

En la siguiente tabla se expresa el conocimiento de las pacientes con respecto a cómo prevenir el Cáncer de Cérvix obtenidos en la investigación.

Tabla 20. Como prevenir el Cáncer de Cérvix

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
COMO PREVENIR EL CÁNCER DE CÉRVIX	CITOLOGIA	5	4.6	4.6
	FIDELIDAD	31	28.7	33.3
	NO SABE	70	64.8	98.1
	PRESERVATIVO	2	1.9	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Un 4.6% respondieron que: haciendo su citología; 28.7% opinan que siendo fieles a su pareja; 64.8% no saben cómo prevenirlo y 1.9% piensa que utilizando preservativo.

Sobre la edad inicio relaciones sexuales encontramos que:

La edad mínima de inicio de relaciones sexuales fue de 14 años con una máxima de 26 años y una edad media de 20 años.

Para una mejor apreciación de la respuesta se establecieron rangos de 3 años. Obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 21. Edad de inicio de relaciones sexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
EDAD DE INICIO DE RS	14-16	112	11.1	11.1
	17-19	64	59.2	70.3
	20-22	26	24.2	94.5
	23-25	5	4.6	99.1
	26-28	1	0.9	100
	Total	108	100.0	

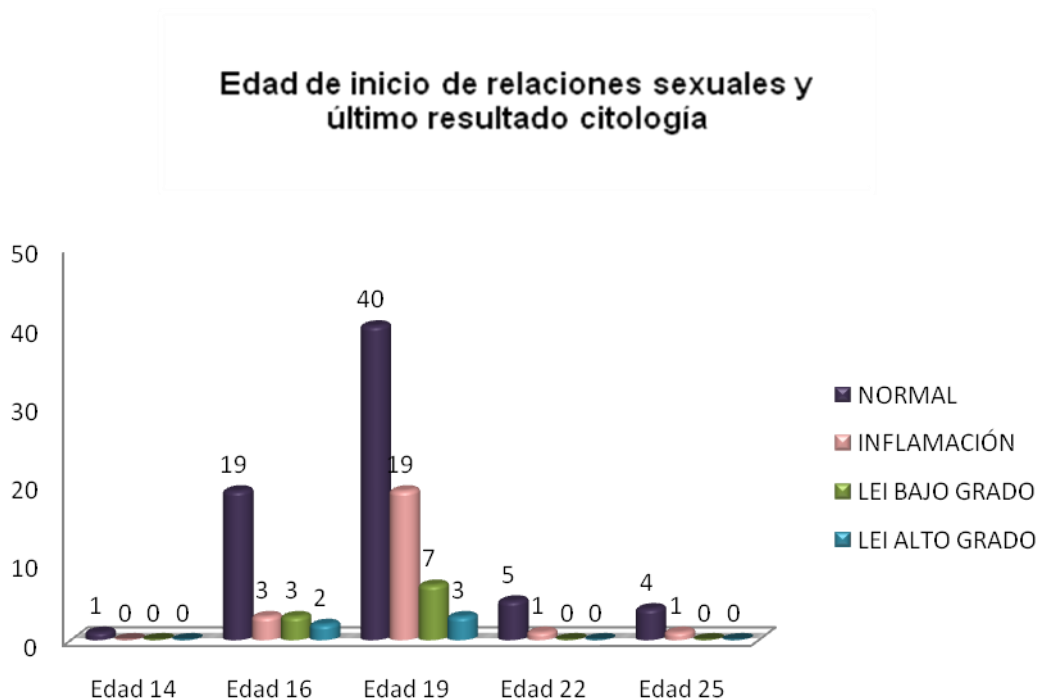
Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Los resultados obtenidos son los siguientes: Entre 14 y 17 años: 25.9%; entre 18y 21: 65.7%; entre 22 y 25 años: 8.4%

INICIO DE RELACIONES SEXUALES Y RESPUESTA DE ÚLTIMA CITOLOGÍA

Para la mejor comprensión de los resultados nos auxiliaremos del siguiente gráfico

Grafico 10.



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

No podemos rechazar en un 100% la relación probabilística ya que la edad media de inicio de relaciones sexuales coincide con el mayor porcentaje de resultados anormales en la toma de citología (41.9%). (Ver anexo 7.)

Respecto al número de compañeros sexuales de las mujeres en estudio pudimos darnos cuenta de lo siguiente:

En la tabla que expresa los resultados de número de compañeros sexuales se encontró lo siguiente:

Tabla 22. Numero de compañeros sexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	1	87	80.6	80.6
	2	16	14.8	95.4
	3	5	4.6	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

80.6% respondieron que habían tenido un compañero sexual; 14.8% dos compañeros sexuales y 4.6% han tenido 3 compañeros sexuales.

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES Y RESPUESTA DE ÚLTIMA CITOLOGÍA

Para una mejor apreciación de la relación entre el número de compañeros sexuales y la respuesta de citología se observan los siguientes resultados:

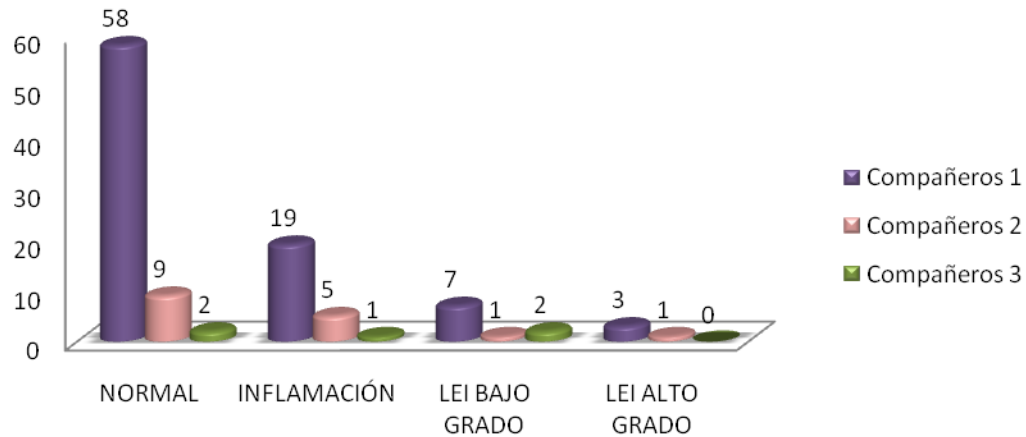
Tabla 23. Número de compañeros sexuales Vrs. Último resultado de Citología.

		Último resultado de citología				Total	
		NORMAL	INFLAMACIÓN	LEI BAJO GRADO	LEI ALTO GRADO		
Número de compañeros S	1	Frecuencia	58	19	7	3	87
		Porcentaje	66.7%	21.8%	8.0%	3.4%	100.0%
	2	Frecuencia	9	5	1	1	16
		Porcentaje	56.3%	31.3%	6.3%	6.3%	100.0%
	3	Frecuencia	2	1	2		5
		Porcentaje	40.0%	20.0%	40.0%		100.0%
Total	Frecuencia	69	24	10	5	108	
	Porcentaje	63.9%	22.2%	9.3%	4.6%	100.0%	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Grafico 11.

Número de compañeros sexual y ultimo resultado de citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

No se observa relación probabilística entre la variable compañeros sexuales y resultado de citología. Aunque se puede observar que del 19.4% de mujeres que tienen más de un compañero sexual el 47.61% obtuvo una respuesta de citología anormal.

Sobre el hábito de fumar de las pacientes en estudio, obtuvimos la siguiente información:

Resultado que se expresa en la siguiente tabla.

Tabla 24. Mujeres con hábito de fumar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
FUMA	Sí	12	11.1	11.1

	No	96	88.9	100.0
	Total	108	100.0	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Pregunta a la cual el 11.1% respondió que si fuma y el 88.9% restante contesto que no fuma.

HABITO DE FUMAR Y RESULTADO DE ÚLTIMA CITOLOGÍA

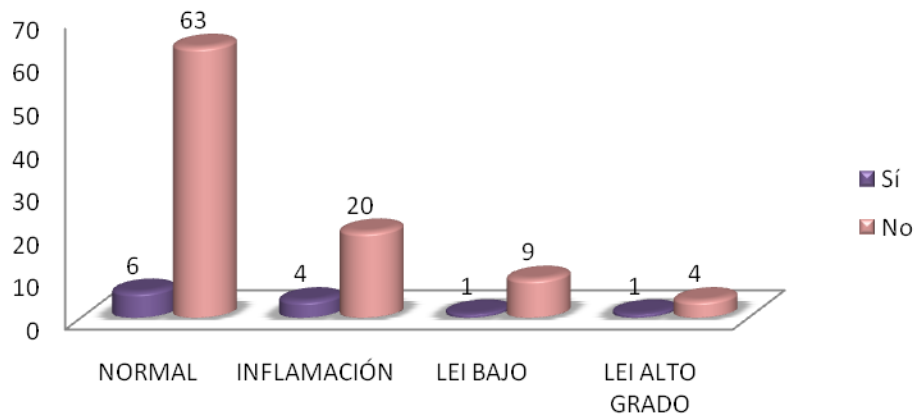
Para poder apreciar si existe relación alguna entre el hábito de fumar y el resultado de la citología en las mujeres de nuestra muestra ocupamos la siguiente tabla:

Tabla 25. Mujeres fumadoras de Cantón San Sebastián Vrs. Último resultado de Citología.

			Ultimo resultado de Citología				Total
			NORMAL	INFLAMACIÓN	LEI BAJO GRADO	LEI ALTO GRADO	
Fuma	Sí	Frecuencia	6	4	1	1	12
		Porcentaje	50.0%	33.3%	8.3%	8.3%	100.0%
	No	Frecuencia	63	20	9	4	96
		Porcentaje	65.6%	20.8%	9.4%	4.2%	100.0%
Total	Frecuencia	69	24	10	5	108	
	Porcentaje	63.9%	22.2%	9.3%	4.6%	100.0%	

Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

Grafico 12. Mujeres con hábito de fumar y resultado de ultima citología



Fuente de datos: obtenida en investigación Febrero 2013

A pesar que el porcentaje de mujeres que no tienen el hábito de fumar es bajo(11.1) Se observa un número significativo de resultados anormales en la toma de citología.

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 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.(11)

En nuestras pacientes de estudio pudimos constatar que aunque no existe una relación probabilística, podemos ver como a lo largo de los años sigue un patrón cultural de no tomar la importancia debida al examen de Citología Ya que se ve replicado tanto en las pacientes en la mitad de la segunda como en la quinta década de la vida. Al mismo tiempo vemos reflejado un leve pero sustancial aumento entre las pacientes de 25 a 29 años; que podría ser debido al impacto que tienen los medios de comunicación y las nuevas campañas que animan a las mujeres a realizarse el examen. (Ver gráfico 1.)

Siguiendo nuestros patrones culturales podemos darnos cuenta que más del 70% de las mujeres no tienen un nivel de estudio superior a sexto grado (Tabla 6.) lo que las limita a optar a un puesto de trabajo; Aunque en nuestro estudio pudimos darnos cuenta que las mujeres que tenían puestos de trabajo formal eran las que menos asistían a la toma oportuna de la citología (14.3%), esto podría deberse a los horarios inflexibles de los patronos (Ver grafica 3.); (Ver Anexo 2). Seguimos observando mujeres en su mayoría casadas y acompañadas 31.5% y 61.1% respectivamente (Ver tabla 4), multíparas que con tantas obligaciones no le prestan la debida importancia al cuido de su salud (Ver tabla 7); Ya que a través del estudio pudimos observar un promedio de más del 75% en las preguntas relacionadas y afirman tener la información adecuada en relación a la importancia de la citología y el 50% de esta fue proporcionada por trabajadores en salud encontrado en la pregunta 7 de nuestra encuesta.

Al indagar en las razones del porque las mujeres no acuden periódicamente a la toma de su citología se encontró que la razón predominante es el descuido (Ver tabla 15) por parte de las usuarias que aún no logran dilucidar

la magnitud de esto y que a pesar que se encuentran informadas sobre las consecuencias de ello aun no logramos la sensibilización.

A pesar que los factores socioeconómicos estudiados no han podido ser evaluados adecuadamente para establecer una relación probabilística con la toma de Citología subsecuente retrasada contribuyen a perpetuar el ausentismo de las mujeres a la toma del examen de citología de forma oportuna.

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 (3); La citología ha demostrado su capacidad de reducir la tasa de Cáncer de Cérvix cuando se ha aplicado de forma programada, sistemática y continuada. . 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 (3).

Aunque no podemos dejar de lado que el 58.2% de la pacientes no se realizan su citología de forma oportuna, el 40.8% de las pacientes en estudio si se realizaron la citología en el último años (Ver tabla 13) y al preguntarles hace cuanto se realizaron su última citología pudimos darnos cuenta que desde hace cuatro años se observa un incremento significativo en la toma de citología. (Ver tabla 14.) Eso nos hace pensar que el programa de toma de citología del MINSAL está empezando a cambiar de alguna manera el pensamiento de las mujeres en el Cantón.

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. (9)

Es de suma importancia que las mujeres tengan el conocimiento necesario, adecuado y de una fuente confiable sobre la patología para adoptar el rol que les corresponde en el cuidado de su salud. Al indagar sobre el nivel de conocimiento en el tema el 94.4% de las mujeres de la muestra han escuchado y saben que es el Cáncer de Cérvix (Ver anexo 5) ; (Ver anexo 6) Pero contrasta con el 63% y el 64.8% que no saben que lo causa ni cómo prevenirlo respectivamente (Ver tabla19); (Ver tabla 20) dando la pauta para suponer que la información brindada no ha sido la idónea, ni ha surgido de las personas correspondiente (llámese sector salud) ni con los medios adecuados, aunando a esto más del 70% de las mujeres presentan un nivel inferior a segundo ciclo de escolaridad (Ver tabla 6) . Podemos decir también que no todo es retroceso puesto que se observó una relación ascendente de menor a mayor edad. Las mujeres en la tercera década de la vida presentan un mayor conocimiento que las que están en la quinta década. (Ver gráfico 9)

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 (9). Se logró observar que las mujeres que toman su citología de forma retrasada presentan una relación al doble con respecto al resultado anormal en su citología, predominando La lesión escamosa intraepitelial de alto grado con respecto a aquellas mujeres que si se practicaron su citología de forma regular (80% - 20% respectivamente); (Ver anexo5)

En El Salvador; las mujeres entre 30 y 59 años tienen mayor desventaja de padecer Cáncer de Cérvix (11). Con los resultados obtenidos en el estudio encontramos una respuesta anormal de citología con mayor proporción en mujeres de 20 a 30 años. No coincidiendo con los resultados esperados teóricamente. Muchos aspectos inciden en el desarrollo o desencadenamiento del cáncer de Cérvix y existen co-factores fuertemente asociados a dicho padecimiento

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. Todos estos tienen una asociación directa con el VPH.

El virus del papiloma humano es el causante de casi todo el cáncer de cérvix, este se clasifica en cepas de alto riesgo y de bajo riesgo.

Los VPH 16 y 18 (de alto riesgo): Son los dos tipos más frecuentes, son los responsables del 70% de los casos de cáncer de cuello uterino a nivel mundial. (5)

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 (10).

Al estudiar los co-factores asociados al Cáncer de Cérvix encontramos que La edad media de inicio de relaciones sexuales de las pacientes en estudio es de 20 años que coincide con el mayor porcentaje de resultados anormales en la toma de citología (41.9%); (ver gráfico 10); (Ver anexo 7). No invalidando nuestro resultado con la teoría que expone a la edad temprana de inicio de relaciones sexuales como co-factor para el desarrollo de Cáncer de Cérvix. Teniendo como edad mínima 14 años y máxima 26 años en nuestra muestra.

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 (4).

El 80.6% de las mujeres en estudio refieren tener un solo compañero sexual (Ver tabla 22.).

Conociendo los patrones culturales de nuestra población y los tabú con respecto a los temas de sexualidad podemos poner en duda la veracidad de la respuesta hacia la pregunta: ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido? No dejando de lado factores externos como: Privacidad, tiempo, empatía, entre otros a la hora de obtener la respuesta.

Al observar la relación entre el número de compañeros sexuales y resultado de citología no se encontró una relación probabilística. Sin embargo podemos ver que aunque las mujeres que han tenido más de un compañero sexual representan un porcentaje mínimo (19.4%) el 47.6% de estas presento un resultado anormal en la citología (Ver tabla 23); (Ver gráfico 11). Coincidiendo con la teoría que dice: el riesgo de contagio por el VPH está relacionado con el número de compañeros sexuales lo cual trae consigo aumento de la probabilidad de desarrollar Cáncer de Cérvix.

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 (7).

Se puede notar que nuestra población de estudio en un 88.9% no tienen el hábito de fumar (Ver tabla 24). Si relacionamos el número de mujeres que si poseen el hábito con la respuesta de citología encontramos una relación de 1 a 4 con respecto a la lesión escamosa intraepitelial de alto grado (Ver tabla 25.); (Ver gráfico 12.). Coincidiendo con la revisión bibliográfica que expone un aumento de 2-4 veces más el riesgo de padecer el Cáncer de Cérvix.

Alta paridad: Las modificaciones hormonales del embarazo, las modificaciones cervicales del parto podrían explicar esta asociación (4).

Al interpretar los resultados obtenidos entre el número de partos y el resultado de la citología podemos concluir que el mayor porcentaje de pacientes tanto nulíparas como multíparas obtuvieron una respuesta de citología normal (63.9%). Se puede observar una relación ascendente entre el número de partos y resultados anormales de citología. A mayor número de hijos, mayor número de resultados anormales (Ver tabla 9.). Coincidiendo con la revisión bibliográfica en la cual la multiparidad es un co-factor de riesgo para el padecimiento de Cáncer de Cérvix.

CONCLUSIONES

1En tanto que no se determinó ningún caso de cáncer de cérvix, no se puede asociar factor alguno explicativo para dicha patología.

Aunque la toma de citología subsecuente retrasada (59.2%) no tiene relación probabilística con respecto a la toma de citología subsecuente oportuna (40.8%) en las pacientes en estudio; la teoría nos da la certeza que la prueba de

Papanicolaou es la principal prueba de tamizaje en la prevención de Cáncer de Cérvix disminuyendo la morbi-mortalidad si se practica de forma periódica y oportuna.

2 Los patrones culturales de nuestras pacientes se encuentran muy arraigados; encontrando nuevamente la triada conocimiento actitud y práctica. Puesto que el 84% tienen el conocimiento y 35.5% no realizan citología por descuido. 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. Encontrando que un 35.5% de las mujeres en estudio respondieron que la razón de porque no se realizaban su citología es descuido y un promedio de 84% respondieron tener conocimiento acerca de la Citología.

3 A pesar de no haberse obtenido datos de mujeres con padecimiento de la patología en estudio. Se pudo evidenciar que si comparamos los resultados “anormales” de citología con las pacientes que la realizaron en forma retrasada y las que lo hicieron en forma oportuna encontramos una tendencia progresiva de las etapas pre cancerosa en la citología. Aportando que se evidencia un proceso que tiende a una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de cérvix en las mujeres que tiene una historia de citología subsecuente retrasada.

Evidenciando que la Lesión escamosa intraepitelial de alto grado es 4 veces mayor en las usuarias irregulares que en las regulares. (80%- 20%)

4 El inicio de relaciones sexuales a edad temprana y el número de compañeros sexuales son co-factores de riesgo en el Cáncer de Cérvix. En nuestro estudio no obtuvieron la relación probabilística esperada, Podemos decir que la respuesta a la pregunta número de compañeros sexuales se encuentra ligada a patrones culturales por lo que no es confiable. Para la edad de la primera relación sexual observamos que la edad media de 20 años coincide con el mayor porcentaje de LEI DE ALTO GRADO (41.9%)

5 Aunque de las mujeres en estudio solo un 11.1% tienen el hábito de fumar, encontramos una relación probabilística de 1-4 con respecto al LEI DE ALTO GRADO. Con un resultado de citología anormal del 47.6%

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 83.4% de mujeres Multíparas. Observando también una relación ascendente entre el número de partos y la respuesta anormal de la citología.

7 La Citología retrasada tiene relación como factor precipitante en el Cáncer de Cérvix y 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.

RECOMENDACIONES

1 Capacitar constantemente al personal de salud sobre la prueba de Papanicolaou.

2 crear talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud para que pueda transmitir a las usuarias un ambiente adecuado y de empatía para lograr un mayor acercamiento

3 Dar seguimiento al programa de toma de citología, utilizando los medios de comunicación masivos que han resultado efectivos para el acercamiento y conocimiento de las pacientes.

4 Crear mesas de dialogo comunitario en el que se aborden temas que tengan como objetivo incentivar a la mujer y aumentar su auto estima que traiga como beneficio valorizar su salud.

BIBLIOGRAFIA

1. 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.

2. 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.
3. Papanicolaou GN, Traut HF. The diagnostic value of vaginal smears in the carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1941;42:193-206.
4. 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.
5. Smith JS. Y colaboradores. Human papillomavirus type distribution en invasive cervical cancer and high-grade cervical lesions: a meta-analysis update. s.l. : Int J.Cancer, 2007. 121(3):621-32.
6. Solomon D. Y colaboradores. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. s.l. : JAMA, 2002. 287(16):2114-2119..
7. US Food and Drug Administration. FDA Licenses New Vaccine for Prevention of Cervical Cancer and Other Diseases in Females Caused by Human Papillomavirus.
7. Urdaneta-Machado JR. Y Colaboradores. Conización con asas diatermias en lesiones premalignas de cuello uterino. s.l. : Prog Obstet Gynecol., 2011. S0304-5013(11)00313-X.
8. <http://www.conetur.com/articulo.php?id=75&PHPSESSID=665d363f5947b1252674372266c05706>
9. http://www.medicosdeelsalvador.com/Detailed/Cl_nicas/Cl_nicas Oncol_gi cas/Instituto del C ncer de El Salvador - I.C.E.S. - Dr. Narciso D az Baz n 2307.htm
10. <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

ANEXOS

EDAD DE LAS MUJERES EN ESTUDIO Y TOMA DE CITOLOGÍA

			TOMA DE CITOLOGIA		Total
			Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada	
Edad	20-24	Nº de casos	6	13	19
		Porcentaje	31.6%	68.4%	100.0%
	25-29	Nº de casos	11	9	20
		Porcentaje	55.0%	45.0%	100.0%
	30-34	Nº de casos	5	12	17
		Porcentaje	29.4%	70.6%	100.0%
	35-39	Nº de casos	5	12	17
		Porcentaje	29.4%	70.6%	100.0%
	40-44	Nº de casos	5	12	17
		Porcentaje	29.4%	70.6%	100.0%
	45-49	Nº de casos	6	12	18
		Porcentaje	33.3%	66.7%	100.0%
	Total	Nº de casos	38	70	108
		Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

Anexo 1. Edad de mujer vrs. Última toma de citología

NIVEL EDUCATIVO Y TOMA DE CITOLOGÍA

			Toma de citología		Total	
			Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada		
NIVEL EDUCATIVO	Analfabeta	Frecuencia	4	2	6	
		Porcentaje	66.7%	33.3%	100.0%	
	Primer ciclo	Frecuencia	13	22	35	
		Porcentaje	37.1%	62.9%	100.0%	
	Segundo ciclo	Frecuencia	15	28	43	
		Porcentaje	34.9%	65.1%	100.0%	
	Tercer ciclo	Frecuencia	5	12	17	
		Porcentaje	29.4%	70.6%	100.0%	
	Bachillerato	Frecuencia	1	6	7	
		Porcentaje	14.3%	85.7%	100.0%	
	Total		Frecuencia	38	70	108
			Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

Anexo 2. Nivel educativo Vrs. Toma de Citología

OCUPACIÓN Y TOMA DE CITOLOGÍA

			Toma de citología		Total
			Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada	
OCUPACION	Ama de Casa	Nº de casos	28	46	74
		Porcentaje	37.8%	62.2%	100.0%
	Trabajo formal	Nº de casos	1	5	6
		Porcentaje	16.7%	83.3%	100.0%
	Trabajo informal	Nº de casos	9	19	28
		Porcentaje	32.1%	67.9%	100.0%
Total		Nº de casos	38	70	108
		Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

**Anexo 3. Ocupación Vrs. Toma de Citología
Experiencia en la toma de Citología**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Experiencia En la toma De Citología	Buena	60	55.6	55.6
	Mala	48	44.4	100.0
	Total	108	100.0	

Anexo 4.

¿HA ESCUCHADO SOBRE EL CÁNCER DE CÉRVIX?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
HA ESCUCHADO	Sí	102	94.4	94.4
	No	6	5.6	100.0
	Total	108	100.0	

Anexo 5 ¿A escuchado sobre Cáncer de Cérvix?

¿SABE QUE ES?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
SABE QUE ES	Sí	102	94.4	94.4
	No	6	5.6	100.0
	Total	108	100.0	

Anexo 6 Sabe que es el cáncer de cérvix

ÚLTIMO RESULTADO DE CITOLOGÍA Y TOMA DE CITOLOGIA

			Toma de citología		Total
			Subsecuente Oportuna	Subsecuente Retrasada	
ULTIMO RESULTADO DE CITOLOGÍA	Normal	Frecuencia	26	43	69
		Porcentaje	37.7%	62.3%	100.0%
	INFLAMACIÓN	Frecuencia	8	16	24
		Porcentaje	33.3%	66.7%	100.0%
	LEI BAJO GRADO	Frecuencia	3	7	10
		Porcentaje	30.0%	70.0%	100.0%
	LEI ALTO GRADO	Frecuencia	1	4	5
		Porcentaje	20.0%	80.0%	100.0%
Total		Frecuencia	38	70	108
		Porcentaje	35.2%	64.8%	100.0%

Anexo 7. Resultado de última citología Vrs. Toma de Citología

Edad le las mujeres y causas de Cáncer de Cérvix

			Cómo se adquiere el Cáncer de cérvix				Total
			ETS	NO SABE	PROMISCUO	R SEXUALES	
EDAD	20-24	Frecuencia	3	8	6	2	19
		Porcentaje	15.8%	42.1%	31.6%	10.5%	100.0%
	25-29	Frecuencia	1	9	3	7	20
		Porcentaje	5.0%	45.0%	15.0%	35.0%	100.0%

30-34	Frecuencia	1	11	4	1	17
	Porcentaje	5.9%	64.7%	23.5%	5.9%	100.0%
35-39	Frecuencia		10	5	2	17
	Porcentaje		58.8%	29.4%	94.4%	100.0%
40-44	Frecuencia		13		4	17
	Porcentaje		76.5%		23.5%	100.0%
44-49	Frecuencia		17	1		18
	Porcentaje		94.4%	5.6%		100.0%
Total	Frecuencia	5	68	19	16	108
	Porcentaje	4.6%	63.0%	17.6%	14.8%	100.0%

Anexo 6. Edad de mujeres Vrs. Causas de Cáncer de Cérvix

Inicio de relaciones sexuales y Respuesta de ultima citología

EDAD INICIO	DE DE	14 -	Frecuencia	Ultimo resultado de citología				Total
				NORMAL	INFLAMACIÓN	LEI BAJO GRADO	LEI ALTO GRADO	
			1					1

RELACIONES SEXUALES	16	Porcentaje	100%				100.0%
	17	Frecuencia	19	3	3	2	27
	19	Porcentaje	70.4%	11.1%	11.1%	7.4%	100.0%
	20	Frecuencia	40	19	7	3	69
	22	Porcentaje	58.0%	27.5%	10.1%	4.3%	100.0%
	23	Frecuencia	5	1			6
	25	Porcentaje	83.3%	16.7%			100.0%
	26	Frecuencia	4	1			5
	28	Porcentaje	80.0%	20.0%			100.0%
	Total		Frecuencia	69	24	10	5
		Porcentaje	63.9%	22.2%	9.3%	4.6%	100.0%

Anexo 7. Inicio de relaciones sexuales Vrs. Respuesta de ultima citología