T
Epid.
P3
2007.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"

HALLAZGOS CITOLOGICOS ANORMALES Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS, MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA, BARINAS, VENEZUELA. AÑOS 2005-2006

(Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar al Titulo de Especialista en Epidemiología)

AUTOR: Rafael Simón Paradas
TUTOR: Nora López

Maracay, Mayo de 2007

Gobierno Bolivariano de Venezuela | Ministerio del Poder Popular para la Salud

Venezuela AHORA ES DE TODOS

ANEXO E

Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios en Salud
"Dr. Arnoldo Gabaldon"
POSTGRADO **EPIDEMIOLOGÍA**

ACTA VEREDICTO

Nosotros, miembros del Jurado designados para la evaluación del Trabajo de **Especialización** titulado: **"HALLAZGOS CITOLÓGICOS ANORMALES Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS, MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA, BARINAS, VENEZUELA. AÑO 2005-2006."** presentado por el Ciudadano (a) **Rafael Simón Paradas**, para optar al Título de **Especialista en Epidemiología**, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como **APROBADO.**

Nombres y Apellidos	C.I.	Firma del Jurado
Presidente: Nora López	4455003	
Miembro: Alberto Aché	2748476	
Miembro: Yurima Cabrera	4.510.613	

Maracay, 01-10-07.

AVAL DEL TUTOR

Yo, Dra. Nora Lopez en mi carácter de Tutor del Trabajo de

Especialización en Epidemiología Titulado:

HALLAZGOS CITOLOGICOS ANORMALES Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS, MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA, BARINAS, VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

presentado por el ciudadano Paradas Rafael Simón
titular de la cédula de identidad N° 4.840.705
Considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Maracay a los 28 días del mes de Mayo del año dos mil siete

Firma

C.I:

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen por iluminarme siempre el camino del conocimiento

A mi madre y mis hermanas que desde el cielo comparten mi triunfo

A mis hijas Maria Jacqueline y Maria Isabel para que les sirva de estimulo y continúen adelante en sus estudios

A mi hijo Rafael Alberto quien me acompaño siempre a lo largo del postgrado

A mi esposa Yuraima que es parte de mi triunfo, quien siempre ha estado a mi lado en las buenas y en las malas

A mis hermanos que siempre me han apoyado

A mi suegra doña Rosa que durante mi ausencia estuvo siempre apoyando a mi familia

A mis cuñadas Nora y Mora y a mis compadres Edgar y Cesar mi triunfo es su triunfo.

A mis amigos del postgrado por compartir conmigo sus experiencias

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto de Altos Estudios "Dr. Arnoldo Gabaldon" por darme la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos.

A la Dra. Nora López por guiarme en la realización de esta tesis

A la Dra. Alba Carrillo por apoyarme para la realización de este postgrado

A la Ing. Yelitza Ledesma por su valiosa colaboración

Al personal del hospital Dr. Jesús Arnoldo Camacho Peña por la colaboración en la realización de este trabajo.

INDICE GENERAL

	Págs
Portada	I
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice general	IV
Lista de cuadros	V
Lista de gráficos	VI
Resumen	VIII
Abstrae	IX
Introducción	1
Capitulo I	3
Planteamiento del problema	3
Justificación	6
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Alcances y limitaciones	8
Factibilidad	8
Capitulo II	9
Marco teorico	9
Antecedentes del problema	9
Bases teoricas	12
Bases legales	23
Capitulo III	24
Metodología	25
Población y muestra	25
Tipo de investigación	26
Técnicas de recolección de datos	26
Técnicas de análisis de datos	28
Capitulo IV	30
Análisis de los resultados	30
Capitulo V	46
Discusión	46
Conclusiones	50
Recomendaciones	52
Lista de referencias	53
Anexo	55
1 Encuesta	56
2 Carta de aprobación del tutor	57

LISTA DE TABLAS

		Págs
1.	Distribución por grupo etario de mujeres con citologías anormales en el Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006.	30
2.	Distribución de citologías anormales por grupo etario y tipo de lesiones. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006.	31
3.	Distribución de mujeres con citologías anormales según su procedencia. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006.	41
4.	Porcentaje de factores de riesgo en las mujeres con citologías anormales. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006.	42
5.	Correlación de variables de mujeres con citologías anormales. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	43
6.	Distribución de mujeres con citologías anormales según porcentaje de biopsias realizadas. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	44
7.	Total de citologías anormales según número de biopsias y operaciones realizadas. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	45

LISTA DE GRÁFICOS

		Págs
1	Pirámide poblacional Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Año 2005	24
2	Frecuencia de hallazgos de citologías anormales en mujeres del Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	32
3	Presencia de citologías anormales de acuerdo al numero de compañeros sexuales. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005 2006	33
4	Distribución de mujeres con citologías anormales según la edad de la primera relación sexual. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	34
5	Distribución de mujeres con citologías anormales según la presencia del Virus de Papiloma Humano. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	35
6	Distribución de mujeres con citologías anormales según la paridad Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	36
7	Distribución de mujeres con citologías anormales de acuerdo a la Edad del primer parto. Municipio Alberto Arvelo Torralba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	37
8	Distribución de mujeres con citologías anormales de acuerdo a Condición socioeconómica. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006	38
9	Mujeres con citologías anormales de acuerdo al hábito de fumar. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006.	39
10	Nivel educativo de mujeres con citologías anormales. Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela. Años 2005-2006	40

Págs

11 Porcentaje de Factores de riesgo en las mujeres con citologías anormales Municipio Alberto Arvelo Torrealba. Estado Barinas. Venezuela Años 2005-2006 42

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA INTEGRAL

HALLAZGOS CITOLOGICOS ANORMALES Y SU RELACION CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS, MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA, BARINAS, VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

AUTOR: Rafael Simón Paradas
TUTOR: Nora López
AÑO: Mayo, 2007

RESUMEN

Se realizó un estudio epidemiológico observaciónal de corte transversal en las mujeres del Municipio Alberto Arvelo Torrealba, con el objetivo de determinar hallazgos citológicos anormales y su relación con factores de riesgo en mujeres de 25 a 64 años durante los años 2005-2006. La población estuvo conformada por 232 mujeres, cuyos resultados salieron anormales, se tomó muestra aleatoria simple de 45 mujeres. Se les aplicó una encuesta relacionada con las variables del estudio. Los resultados obtenidos fueron: el 69% presentó LIE bajo grado, seguido de LIE alto grado 28,9% y 2,2% AGUS. El factor de riesgo predominante resultó ser la paridad > 2 hijos con 91,1%, seguido de N° de compañeros sexuales 2 a 3 con 80%, condición socioeconómica baja 74%, edad de primer parto de 15 a 19 años 74%, infección por VPH 71%, hábitos tabaquicos 60%, primera relación sexual entre 15 a 19 años 54%, nivel educativo de primaria incompleta 35,6%. El grupo etario mas afectado fue el de 30 a 34 años con 28,8%. La cobertura del programa fue de 34,9%. Al determinar la correlación de los factores de riesgo estudiados se encontró que la misma es fuerte con respecto a las variables VPH, más de 2 compañeros sexuales, bajo nivel educativo, tener más de 25 años y las presencia de lesiones intraepiteliales (LIE Y AGUS) la cual fue de 0,99 significante al nivel 0,05 (bilateral).

Palabras claves: factor de riesgo, citologías anormales

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD
INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS EN SALUD PÚBLICA
"DR. ARNOLDO GABALDON"
POSTGRADO DE EPIDEMIOLOGIA INTEGRAL

ABNORMAL CYTOLOGICAL FINDINGS AND ITS RELATION WITH RISK FACTORS IN WOMEN BETWEEN 25 AND 64 YEARS OLD, ALBERTO ARVELO TORREALBA MUNICIPALITY, BARINAS STATE, VENEZUELA.

2005-2006

AUTHOR: Rafael Simón Paradas
TUTOR: Nora López
AÑO: Mayo, 2007

ABSTRACT

An observationally epidemiologist research of transverse cut was made in Alberto Arvelo Torrealba Municipality women, looking for abnormal cytological findings and its relationship with risk factors in women aged between 25 and 64 years old during 2005 and 2006. From a population of 232 women with abnormal test results, lavatory simple sample was taken from 45 of these women. An inquiry related to the study variables was made. The results obtained were the following: 69% had a low grade LIE, and then comes a 28, 9% high grade LIE and a 2, 2% AGUS. The predominant risk factor was > 2 children, with 91, 1%; follows by number of sexual partners between 2 and 3 with 80%; low social economic condition 74%; first delivery age between 15 and 19 years old, 74%; VPH infection 71%; smoking habits 60%, first sexual intercourse between 15 and 19 years old 54% and incomplete elementary education level 28,8%. The most affected age group was that between 30 and 34 years old with 28, 8%. Upon determination of correlation between studied risk factors it was found a strong relation to VPH, more than 2 sexual partners, low educational level, older than 25 years and the presence of intraepithelial injuries (LIE AND AGUS) variables, being it significant 0,99 to level 0,05 (bilateral)

Clue words: risk factor, abnormal cytology

INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino sigue siendo un problema importante de Salud Pública entre las mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Aunque esta enfermedad puede evitarse en gran medida, los esfuerzos colectivos para prevenirla no han logrado disminuir su carga en la Región de las Américas .OPS. (2004).

En Venezuela, la morbimortalidad por esta patología para el año 2005, ocupó el primer lugar dentro de las neoplasias malignas en mujeres, registrándose 1612 defunciones, seguido de cáncer de mama con 1425 defunciones y de pulmón con 1021 muertes. En el estado Barinas, en el mismo año ocupó el primer lugar, registrándose 49 muertes por esta causa, seguido por cáncer de estomago con 21 muertes en mujeres y 11 por cáncer de pulmón .Anuario Epidemiológico MPPS. (2005) y en el municipio Alberto Arvelo Torrealba se registraron 3 defunciones.

Uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer cervical es la infección con el virus de Papiloma humano (VPH), específicamente los tipos 16 y 18, en los diferentes países y regiones varían los tipos de VPH de alto riesgo que tienen mayor prevalencia. ACCP (2006) y se han relacionado determinados factores de riesgo que se consideran predisponentes como la edad, aparece más frecuentemente en mujeres mayores de 35 años, inicio temprano de la actividad sexual, promiscuidad y multiparidad, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, uso de anticonceptivos orales, Farfan-Muñoz (2004).Y no haberse hecho una citología o tener más de tres años sin hacérsela.

Basándonos en el conocimiento de estos factores de riesgo, debemos actuar mediante programas educativos dirigidos a mujeres, familia y

Población en general para que puedan tomar decisiones más responsables en cuanto a su cuidado.

Es imperativo que hagamos todo lo posible por mejorar la salud de las mujeres, para que sean más capaces de participar en el desarrollo así como en la estructura política, social y económica del país. Una reducción de la morbilidad y la mortalidad del cáncer de cuello uterino será un gran paso hacia el logro de estas metas.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud es un derecho humano fundamental que resulta del desarrollo armónico de todas las potencialidades individuales y colectivas. Está determinada por condiciones socioeconómicas, culturales e históricas que posibilitan un estado de bienestar bio-psico-social, siendo la sexualidad una dimensión intrínseca a la condición humana imposible desarrollar un abordaje integral de la salud, sin incorporar la salud sexual y reproductiva MSDS (2003).

El cuidado y la promoción de la salud en las mujeres, más allá de un derecho humano inviolable, se presenta como un eje fundamental cuando se plantean intervenciones de promoción de la salud tanto a nivel individual como comunitario. Las mujeres en particular sufren una mayor postergación de sus cuidados en función de los componentes culturales así como del rol asignado en el entorno familiar-social, donde cumplen una función vertebral en el sostén de la dinámica familiar y de la sociedad donde se desenvuelve. Por esto, es de gran valor que las mujeres incorporen prácticas preventivas en el cuidado de su salud, como lo constituye la realización periódica de la citología, técnica sensible y económica que detecta precozmente las lesiones benignas y malignas del cuello uterino, cuyo tratamiento oportuno genera un gran impacto sobre la morbi-mortalidad que a éste género le afecta. Benia y Tellechea (2000).

En tal sentido, la mayoría de las directrices de detección selectiva de patología ginecológica recomiendan la toma de citología a todas las mujeres que son o han sido sexualmente activas, haciendo énfasis en el grupo de riesgo 25 a 64 años MSDS (2003). Esta práctica preventiva sólo se logra

mediante un proceso educativo que integre y articule la información brindada por el saber médico actual con las creencias y comprensiones populares de la enfermedad, así como los temores y fantasías que el tema genera, donde tanto el personal médico, de enfermería, promotores comunitarios y otos agentes educativos, juegan un papel muy importante. Klimovsky y Matos (1996)

Como el cuello uterino es un sitio de fácil abordaje, se facilita la aplicación de pruebas de diagnóstico mediante el frotis de Papanicolau para lograr la detección tanto de las lesiones malignas como de las premalignas que se asocian en grado variable con la progresión a cáncer (Ortiz y Uribe (2003)

El cáncer de cuello uterino es en el mundo, el tercer tipo de cáncer más frecuente después del de mama y colon, y el primero en América Latina. Más de 30.000 mujeres latinoamericanas mueren anualmente por esta enfermedad, según información de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2005).

En Venezuela, para el año 2005, según estadísticas del Ministerio de Salud, el cáncer representa un problema de salud pública con una tasa de mortalidad de 12,18 por cada 100000 mujeres MPPS anuario de epidemiología (2005)

En el estado Barinas durante el mismo lapso de tiempo se registraron 49 muertes por esta causa con una tasa de mortalidad de 13,95 por cada 100.000 mujeres y en el municipio Alberto Arvelo Torrealba se registró una tasa de 17,87 por cada 100000 mujeres.

Lo llamativo de los hechos es que estas muertes pueden ser evitadas mediante un diagnóstico temprano y conociendo con exactitud los factores

de riesgo tanto biológicos (edad de primera relación sexual, edad del primer parto, paridad, infección por VPH), como los de condiciones (nivel educativo) y estilo de vida (tabaquismo, numero de parejas sexuales, condición socioeconómica) que puedan causar esta enfermedad. A través de la epidemiología se tiene un mayor conocimiento de las características del comportamiento del cáncer, logrando determinar grupos humanos con características particulares que determinan un mayor riesgo de presentar esta afección, orientar la investigación de factores causales y desarrollar programas de prevención y control de esta patología.

Mediante un adecuado acceso a los servicios de salud, se mejoraría también la calidad de vida de la población, debido a que la forma en que se organiza la atención de la salud en una población es un determinante del estado de salud en una población. En particular la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de la salud. OPS (2001).

Uno de los frentes más importantes y fundamentales de la lucha contra esta patología, es el de la educación, ya que todas las acciones que tienden a informar y educar a la comunidad sobre normas de auto cuidado y modificación de hábitos redunda en la reducción de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad. Los programas educativos son prioritarios, más aun cuando del 80 al 90% de los tipos de cáncer se debe a factores externos, hábitos y costumbres.

Como resultado de investigaciones sobre la historia natural del cáncer de cuello uterino, en los últimos años se ha demostrado una fuerte asociación causal entre esta afección y sus lesiones precursoras, y algunos tipos de Virus de Papiloma Humano (VPH). Sin embargo, no basta con que la mujer esté infectada por uno de estos virus, pues otros factores también se han asociado a este tumor maligno. Para el cáncer de cuello uterino se han considerado factores de riesgo como: el hábito de fumar, tener relaciones

sexuales antes de los 18 años de edad, tener muchas parejas sexuales, condición socioeconómica, presencia de enfermedades sistémicas .Dolinsky (2006).

Resulta evidente, por lo tanto, que las estrategias de prevención deben incluir componentes de prevención primaria y secundaria. El primero debe consistir en la promoción de los cambios del estilo de vida, orientados a reducir los comportamientos que aumentan el riesgo, y el segundo en la promoción de la toma de citología para detectar las lesiones precancerosas.

En el país, existe el programa de detección temprana de esta enfermedad. Desde hace más de 20 años en las instituciones públicas de salud se hace sistemáticamente la citología de cuello uterino a las mujeres que acuden a los programas de atención integral, sin embargo muchas de éstas no acuden a buscar sus respectivos resultados o no acuden más a controles.

La situación antes planteada nos lleva a preguntarnos: ¿Persisten los mismos factores de riesgo antes descritos para lesiones de cuello uterino en las mujeres del municipio Alberto Arvelo Torrealba? ¿Cuál es el grupo etario más afectado?, ¿Cual de los factores predomina más los asociados a la característica de la conducta sexual, los relacionados con la reproducción o los relacionados con los factores psicosociales?, ¿Cuál es la cobertura del programa de prevención y control del cáncer cervico uterino en el municipio? Estas interrogantes fueron las que motivaron la realización de este trabajo de investigación.

JUSTIFICACION

El impacto social y económico que conlleva esta patología, justifica los esfuerzos que se vienen realizando desde hace varias décadas para su

oportuna detección y tratamiento. Los resultados de estos programas en los países desarrollados han significado una importante disminución de la mortalidad por cáncer cervico uterino, basados en una altísima cobertura y frecuencia de citologías.

A pesar de realizarse campañas de despistaje de patologías de cuello uterino, a nivel del Municipio Alberto Arvelo Torrealba, no se habían llevado a cabo estudios que determinaran la prevalencia de factores de riesgo y lesiones de cuello uterino, razón que motivó la revisión de las historias clínicas de pacientes con resultados alterados en su citología, para determinar la frecuencia y tipo de alteraciones citológicas y los factores de riesgo asociados a patologías cervicales en pacientes que acudieron a las consultas en el mencionado municipio durante el año 2005-2006.

El cáncer cervico uterino es una enfermedad susceptible de control, lo que motivó a realizar este estudio para exponer algunos factores de riesgo sobre los que podemos actuar y disminuir su incidencia mediante campañas de difusión y de educación específicas a la población objeto.

OBJETIVO GENERAL

Determinar los hallazgos citológicos anormales y su relación con factores de riesgo en mujeres de 25 a 64 años en el Municipio Alberto Arvelo Torrealba, Barinas. Venezuela. Años 2005-2006

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los factores de riesgo asociados a la característica de la conducta sexual: número de compañeros sexuales, edad del primer coito, infecciones de transmisión sexual (VPH).
2. Determinar los factores de riesgo relacionados con la reproducción: paridad, edad del primer parto, tabaquismo.

3. Determinar el grupo etario más afectado.
4. Identificar los factores de riesgo psicosociales asociados: condición socio económica y nivel educativo.
5. Determinar la cobertura de programa de prevención y control del cáncer cervico uterino, en lo referente a toma de citología y % de biopsias realizadas de las citologías alteradas.

ALCANCES Y LIMITACIONES

El determinar los factores de riesgo involucrados en las alteraciones de cuello uterino, permitirá el desarrollo de actividades educativas relacionadas con la prevención y diagnóstico oportuno.

La limitación más importante para la realización de este trabajo, fue el encontrar historias clínicas incompletas en el llenado de los antecedentes personales investigados, lo que se corregirá al aplicar la encuesta de factores de riesgo a la muestra.

FACTIBILIDAD

La realización de este trabajo se hace factible ya que se cuenta con el Departamento de Registros médicos y Estadísticas de Salud en el Hospital donde se realizó el estudio, así como de la Coordinación de Enfermería del Área Preventiva.

Por otra parte, este trabajo fue posible, gracias al apoyo del Personal Directivo de la institución y la Coordinación del Programa de Oncología del Estado Barinas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Hoy en día, el cáncer cervico uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Esta enfermedad es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con un bajo riesgo cuando se cuenta con métodos para tamizaje en mujeres asintomáticas, junto con un diagnóstico y seguimiento apropiado OPS (2006).

La muerte por cáncer cervico uterino, es un problema mayor de salud pública en América Latina y el Caribe, sólo superado por los países del África Oriental y de la Melanesia. En la Región de las Américas en el 2000, países desarrollados como Canadá y Estados Unidos, presentaron una mortalidad por cáncer cervico uterino de 2,2 y 3 por 100.000 mujeres respectivamente; mientras que en América del Sur esta osciló entre 7,6 en Argentina y 22,2 por 100.000 mujeres en Bolivia. Donoso, Cuello y Villarroel (2006)

Según estadísticas de defunciones, tasas de incidencia y datos de servicio hospitalario, muestran que cada año aproximadamente una de cada mil mujeres del grupo de edad entre 30 a 54 años que viven en América Latina y del Caribe desarrollan cáncer de cuello uterino requiriendo hospitalizaciones prolongadas, agravando el problema familiar y social. La edad promedio para el cáncer de cuello in situ es de 34 años, siendo su incidencia máxima alrededor de los 35 años, para el micro invasor es de 44 años y para el clínicamente invasor es de 52 años Capurro y Rojo (2002)

En Venezuela anualmente mueren alrededor de 1600 mujeres siendo la segunda causa de muertes, con una tasa de 22.1 por 100.000 mujeres para el año 2005 .MPPS (2006). Se observa un significativo aumento de casos de muerte por esta causa, los que pasaron de 1.335 en el año 2000 a 1612 en el año 2005. El mayor riesgo se presenta en el grupo de edad de 25 a 64 años.

Los datos anteriores nos brindan una idea de la magnitud de este problema de salud en nuestra población y explica porque el cáncer cervico uterino es un problema de salud pública en el país.

Actualmente el cáncer de cuello uterino tiene una extraordinaria importancia tanto desde el punto de vista médico como social y humano. En el aspecto médico, no sólo porque es el más frecuente de los cánceres del aparato genital de la mujer, sino porque la mayoría de ellos pasan inadvertidos en su fase inicial, momento en el que las posibilidades de curación son máximas. Desde el punto de vista social, es importante ya que suele incidir en mujeres en plenitud de sus actividades y obligaciones, así como de responsabilidades familiares, puesto que las consecuencias que de ello derivan, influyen notablemente en el ámbito de estabilidad de la familia.

La fácil accesibilidad del cuello uterino tanto a la inspección como al estudio citocolposcópico e histológico, ha permitido el estudio extenso de la naturaleza de las lesiones intraepiteliales y sus posibilidades de progresión, pudiendo permanecer la enfermedad durante años en una fase reversible.

De modo que la detección precoz de lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino, así como la detección de algunos tipos de infecciones comunes es la principal utilidad de la citología exfoliativa ginecológica, y tiene como ventajas el bajo costo, su fácil manejo y el hecho de ser un método no invasivo. Este estudio microscópico de las células exfoliadas del aparato

genital femenino es conocido como papanicolau y es un componente diagnóstico de primordial importancia en ginecología y obstetricia. Berek, j (1997)

Las pruebas de Papanicolau detectan los precánceres 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. Klimovsky E (1996).

El desarrollo del cáncer de cuello uterino es muy lento y comienza como una afección precancerosa llamada displasia, la cual se puede detectar por medio de la citología 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 le diagnóstica cáncer cervico uterino en la actualidad no se han sometido a pruebas de Papanicolau o no han tenido un seguimiento por resultados anormales.

No hay una edad preestablecida para comenzar a hacerse el papanicolau. Hoy sabemos que se comienza a tener relaciones sexuales a edades muy tempranas, entonces, hay que hacer este estudio tomando como punto de referencia la iniciación sexual.

Existen factores de riesgo asociados al cáncer cervico uterino, uno de los factores de riesgo más importantes para el cáncer cervical es la infección con el virus de papiloma humano (VPH).

Debido a que las enfermedades transmitidas sexualmente se consideran como factor de riesgo para cáncer cervico uterino, cualquier factor de riesgo para desarrollar enfermedades de transmisión sexual son

también factor de riego para desarrollar cáncer cervical. Mujeres que han tenido múltiples compañeros sexuales masculinos, comenzaron a tener relaciones sexuales a edad temprana, o han tenido múltiples compañeros sexuales masculinos de alto riesgo (o sea que han tenido muchos compañeros sexuales a edad temprana) están a un riego más alto de desarrollar cáncer cervico uterino. También el contraer cualquier otra enfermedad de transmisión sexual (como herpes, gonorrea, sífilis, o chlamydia) aumenta el riesgo de una mujer. La infección con HIV es otro factor de riesgo, pero puede ser por otra diferente razón; parece que cualquier condición que debilite el sistema inmune, también aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cervical. Dolinsky (2006).

De acuerdo a la norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva del MPPS se considera la falta de control ginecológico como factor de riesgo.

Otro importante factor de riesgo es fumar. Finalmente el ser de grupo socioeconómico bajo parece aumentar la posibilidad de desarrollar y morir de cáncer cervico uterino Dolinsky (2006).

BASES TEORICAS

Factor de riesgo

Se denomina factor de riesgo a aquel factor asociado con el riesgo de desarrollo de una enfermedad pero que no es suficiente para causarla. Es necesaria la presencia de otros factores asociados para causar la enfermedad. Varios factores de riesgo aumentan las probabilidades de contraer cáncer de cuello uterino. ACS (2006).

Infección con virus de papiloma humano

El factor de riesgo más importante para el cáncer de cuello uterino es la infección con el virus de papiloma humano (VPH).

Datos actuales sugieren que la infección cervical con *virus de papiloma humano (VPH),* se acompañan de un porcentaje alto de todos los *NIC* y *cánceres cervicales*. Se pueden encontrar presencia de DNA viral en las células displásicas y malignas del cuello uterino relacionado con el *VPH.* Se han identificado más de 71 subtipos de *VPH,* y 34 de éstos se han identificado en el tracto ano genital humano, de los cuales los tipos 6, 11 (virus de bajo riesgo) así como los tipos 42, 43 y 44 tienden a verrugas genitales exofiticas benignas de la vulva, vagina y área peri anal, en tanto que los tipos 16, 18, 45 y 46 (virus de alto riesgo) así como 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68, denominados de "riesgo intermedio", se asocian con lesiones planas que reaccionan al ácido ascético y pueden observarse mediante el colposcopio. Todos estos virus pueden detectarse en casos de *NIC de grado elevado*, así como en más del 93 % de los *carcinomas invasores cervicales (carcinoma de células escamosas invasivo cervical.) Ortiz y Uribe (2003).*

Los tipos 16 y 18 detectan marcada relación con la transformación cervical maligna y se clasifican como *carcinogénicos para el ser humano*. Se ha sugerido que el *VPH* 18 es más virulento que el *VPH* 16 constituyéndose en un factor pronóstico. Walker observó que las pacientes con *cáncer cervical* y *VPH* 18 tenían peor pronóstico que las que tenían el *VPH* 16 y el mismo estadio neoplásico. En otro estudio se observó que el pronóstico de una paciente con *cáncer cervical* es peor si no se identifica ningún subtipo de *VPH* que si se identifica alguno de ellos; estudios in vivo han revelado que en carcinomas cervicales negativos para *VPH* 16 o 18, se produce una mutación del *p53* (gen supresor, inhibidor del crecimiento celular). En el *carcinoma*

cervical positivo al DNA del *VPH* 16 o 18 las funciones normales de los genes supresores tumorales *RB* (gen del retinoblastoma) y el tipo natural *p53* son inactivadas por la interacción de la oncoproeina *E6-E7* del *VPH,* por consiguiente en los *carcinoma de células escamosas invasivo cervical (CCEI)* que contienen *VPH* y en que no se demuestra el tipo natural del *p53,* la inactivación funcional se produce mediante la unión y degradación del *VPH* por la *E6*, mientras que en aquellos *carcinomas* que carecen de *VPH* se identifican mutaciones del *p53.* Ortiz y Uribe (2003)

Número de compañeros sexuales

Existe una relación directamente proporcional entre el riego de lesión intraepitelial y el número de parejas sexuales. Esta exposición se ha relacionado básicamente con la probabilidad de exposición al VPH.

Edad del primer coito

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales con el consiguiente riesgo dado por éstas. Se ha demostrado también que en la adolescencia los tejidos cervico uterinos son más susceptibles a la acción de los carcinógenos, y de hecho, si existe un agente infeccioso relacionado, el tiempo de exposición a este será mucho mayor. ACCP (2006).

Un estudio realizado por Borja 2001, indica que la precocidad en las relaciones sexuales debido a la inmadurez epitelial de la unión escamocolumnar del cuello uterino, aumenta el riesgo de alteraciones cervicales, el cual se multiplica por 1,2 veces en caso de actividad sexual entre 18 y 20 años, y 2 veces si es menor de 17 años.

Características del compañero sexual

En un estudio reportado por Benia W y Tellechea 2000, sé encontró que los maridos de las mujeres que integraban el grupo de casos con cáncer habían tenido la primera relación sexual a edad más precoz y mostraban una historia mayor de infecciones de transmisión sexual. Además de lo anterior, una mujer tiene alto riesgo de lesión intraepitelial si sus compañeros sexuales tienen antecedentes de cáncer de pene, y éste estuvo casado con una mujer que presentó neoplasia cervical.

Edad del primer parto

Bosch et al (2002) demostraron como la presencia de uno o mas partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia del cuello uterino.

Enfermedades de transmisión sexual

Se ha demostrado la asociación de cáncer de cuello uterino con enfermedades de transmisión sexual tipo blenorragia y chlamydia así como historia de infección a repetición del aparato genital. Las mujeres con coinfección por el VPH y otro agente de transmisión sexual como Chlamydia trachomatis o virus-2 de herpes simple (HSV-2) tienen mayor probabilidad de presentar cáncer que las mujeres sin coinfección. Bosch, Lorinez y Muñoz (2002)

La infección con VIH facilita el desarrollo de la neoplasia con un aumento de riesgo de cáncer entre los infectados por el VIH de hasta 3,2 veces el riesgo de las mujeres sin VIH. Ortiz y Uribe (2003)

Paridad

Se ha establecido que mujeres con dos o más hijos tienen un riesgo 80% mayor respecto a la nulípara de presentar lesión intraepitelial, luego de cuatro hijos dicho riesgo se triplica. Benia y Tellechea (2000)

Otros estudios reportados por la ACCP (2006), corroboraron esta relación positiva encontrada entre la paridad elevada y el cáncer de cuello uterino. El motivo fisiológico de esta asociación está poco claro, las posibilidades incluyen factores hormonales vinculados al embarazo o traumatismo cervical asociado con el parto.

Tabaquismo

Hoy día se considera al tabaquismo un factor de riesgo de *carcinoma de cuello uterino*, existiendo un incremento del riesgo tanto de *enfermedad pre-invasora* como de *enfermedad invasora* entre las fumadoras, especialmente entre las fumadoras actuales, las que tienen historia de tabaquismo prolongado, las fumadoras de gran intensidad y las que fuman cigarrillos sin filtro. Diversos estudios de casos y controles en relación al tabaquismo han demostrado que el riesgo de las fumadoras es de dos a cuatro veces más que el de las no fumadoras. El tabaquismo parece ser un factor de riesgo independiente incluso después de controlar los factores sexuales. En un estudio de casos y controles, el riesgo de *NIC grado II, III y carcinoma in situ* aumentaba a mayor número de años de exposición y de paquetes por año. La asociación sólo afecta a los *cánceres escamosos*, no habiéndose demostrado relación alguna con los *adenocarcinomas*. Diversos estudios han encontrado mutágenos en el moco cervical, algunos a concentraciones muy superiores a las sanguíneas lo que sugiere un efecto carcinógeno directo de los metabolitos del cigarrillo al cérvix, otros postulan

que el moco cervical de la fumadora contiene metabolitos de la nicotina. Sedek (1994)

Anticonceptivos orales

La evidencia para la asociación entre el cáncer cervico uterino y anticonceptivos orales no es completamente consistente. Varios estudios han investigado a mujeres positivas para VPH sin encontrar asociación con este factor. Se plantea que esta asociación con el cáncer tiene probablemente más una relación con el comportamiento sexual que por el efecto directo. Robins y Cotran (1995)

Condición socioeconómica y cultural

Se acepta que las mujeres de más bajo nivel social, cultural y educativo, así como los inmigrantes extranjeros tienen mayor incidencia de cáncer de cuello uterino. Ortiz S y Uribe (2003)

Se considera que una baja condición socioeconómica es un factor de riesgo de numerosos problemas de salud, incluso el cáncer cervico uterino en particular, en entornos de bajos recursos. Las mujeres con una baja condición socioeconómica a menudo tienen bajos ingresos, limitaciones para acceder a los servicios de salud, nutrición deficiente y escasa Concientizacion acerca de los temas de salud y de una conducta preventiva. Todos estos factores pueden hacerlos más proclives a enfermarse o padecer enfermedades que puedan prevenirse como el cáncer cervico uterino. ACCP (2006)

Factores asociados con la calidad de la atención

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad previsible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones

premalignas. En países desarrollados donde hay amplia cobertura, el 80% de los casos de lesiones que afectan el cuello uterino son detectados como neoplasia intraepitelial, lo cual sugiere que existen elevados estándares de calidad en los programas de detección temprana. De ahí la importancia de estos programas en la disminución del cáncer de cuello uterino en países nórdicos como Canadá y Estados Unidos. Caso contrario sucede en los países en desarrollo, donde debido a la baja cobertura y los bajos estándares de calidad los índices de mortalidad por cáncer de cuello uterino no han disminuido.

En diversos estudios se han identificado problemas asociados con la reducida eficiencia y efectividad de los programas de detección temprana de cáncer de cuello uterino. En México, por ejemplo, las deficiencias están relacionadas con las bajas coberturas y calidad en el servicio, con deficientes procedimientos para la obtención de especimenes adecuados de citología exfoliativa, altos índices de diagnóstico falso negativo en centros de lectura de citología ginecológica, y en las mujeres que acuden para detección tardíamente; es de resaltar que en ese país las coberturas más bajas de los programas se dan sobre todo en las áreas rurales. Ortiz y Uribe (2003)

Desde esta perspectiva se entiende que cada programa institucional ha de garantizar los aspectos fundamentales para la atención humanizada, tales como el acceso, la oportunidad, la privacidad y la confidencialidad necesaria, entre otros.

Acceso. Se define como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Ministerio de Salud.

Lesiones de cuello uterino

El *cáncer cervico-uterino* constituye un proceso de lento desarrollo en su mayor parte, que se inicia en un cambio *displásico* con evolución paulatina durante varios años con una forma pre-invasiva. Las *displasias* se han clasificado como *leves, moderadas y severas* que comprenden actualmente las *neoplasias intraepitelial cervical (NIC, clasificación de Bethesda)* graduadas como *NIC I, NIC II y NIC III,* sus grados se definen por el grado de atípia celular, es necesario observar y tratar todos los tipos si persisten o se tornan mas graves. Los *NIC I* pueden progresar en 20% y los *NIC II* avanzan en un 50% a *cáncer invasivo* si no se tratan. En cambio las formas más avanzadas de *NIC (NIC III y carcinoma in situ*), entre el 80% a 100% progresan a *cáncer invasivo* según lo reporta Kottmier. El tiempo necesario para que esto ocurra varía de 3 a 20 años, término medio aceptado 10 años. Hasta el momento no es posible predecir el potencial maligno de una lesión específica. Algunas permanecen estables por largos períodos, otras regresan y otras más avanzan.

Al menos el 90% de *cáncer cervico-uterino* de *células escamosas* se originan en las capas intraepiteliales en la unión escamo-columnar del cuello uterino, ya sea en la porción cervical que penetra en la vagina o un poco más arriba en el conducto endocervical (zona de transformación). La forma pre-invasora *(NIC)* del padecimiento permanece estática por otros siete a diez años. La *displasia* pasa a *carcinoma in situ* e invade al estroma cervical subyacente.

La unión escamo-columnar del cuello uterino representa un área de proliferación activa de células escamosas. Durante la infancia esta unión se sitúa sobre la porción vaginal expuesta del cuello uterino. En la pubertad, por influencia hormonal y quizás por cambios en el ph vaginal, el borde escamoso comienza a incrustarse en el epitelio de capa única que secreta moco y origina un área de metaplasia (zona de transformación).

Factores relacionados con el coito pueden originar anomalías celulares que en algún tiempo tal vez resulten en el desarrollo de *NIC* o de *cáncer cervical*.

Prueba de Papanicolau o citología cervico vaginal

A nivel mundial sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para el tamizaje de lesiones premalignas de cuello uterino, con impacto importante sobre los resultados en la disminución de la incidencia y en las tasas de morbilidad.

Un punto importante es reconocer que la citología cervico vaginal no es un procedimiento diagnóstico por sí solo, por lo cual es necesario que los cambios citológicos anormales encontrados a través de ella sean confirmados por otros medios de diagnóstico más específicos como la colposcopia y la biopsia cervical. Debe recomendarse la toma anual de la citología, con la posibilidad que después de tres resultados negativos en usuarias que demuestren adherencia en los programas se pueda espaciar cada 3 años.

La citología cervico vaginal consiste en extender una muestra de las células epiteliales que recubren tanto el área endocervical como la exocervical, a veces se hace extendido de los fondos de saco vaginal. Estas células quedan fijadas en una lámina portaobjeto para ser sometidos a un proceso de tinción el cual permite visualizarlos con el microscopio.

Los cambios encontrados deben ser informados bajo la clasificación de Bethesda, lo que permitirá seguir una conducta. La nomenclatura utilizada en el reporte de citología, mediante Sistema de Bethesda en nuestro país de acuerdo a la norma oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva del MPPS es la siguiente:

ASCUS (categoría indeterminada, no diagnóstica de NIC)

LIE de Bajo Grado: que incluye NIC I asociado o no a VPH

LIE de Alto Grado: que incluye NIC II y NIC III

AGUS

Carcinoma

Adenocarcinoma

Descripción de hallazgos citológicos: según artículo publicado en la Revista de Obstetricia y Ginecología venezolana:

ASCUS: atípias del epitelio escamoso que no cumplen criterios para el diagnóstico de NIC y cuyo significado se consideró indeterminado.

NIC I

Características generales: Recuerda al frotis normal. Células aisladas o en placas. Alteración manifiesta en células superficiales o intermedias altas. Signos de cierta inmadurez. Se conserva la diferenciación.

Características citoplasmáticas: Citoplasmas normales. Bordes nítidos. Citoplasmas ligeramente irregulares. Coloración eosinófila y cianófila.

Características nucleares: Núcleos grandes. Alteración de la relación N/C. Puede haber multinucleación. Hipercromasia. Cromatina fina granular. Cromocentros evidentes. Un nucléolo.

NIC II

Características generales: Frotis que recuerda al normal. Pérdida de cohesión. Alteración manifiesta en células intermedias y parabasales. Alteración de la maduración y discreta indiferenciación.

Características citoplasmáticas

Bordes generalmente nítidos. Algunos bordes irregulares. Cianofilia

Características nucleares: Hipertrofia nuclear. Puede haber multinucleación. Alteración de la relación N/C. Polimorfismo. Hipercromasia. Cromatina gruesa. Cromocentros irregulares. Nucléolos aparentes.

NIC III

Características generales: El frotis no recuerda al normal. Pérdida de cohesión. A veces, disposición en fila india. Alteración manifiesta en células básales y parabasales. Marcada alteración de la maduración y de la diferenciación.

Características citoplasmáticas: Citoplasma escaso y poco diferenciado. Cianófilo. Vacuolizado. Ausencia de citoplasma (núcleos desnudos).

Características nucleares: Único. Irregular. Marcada alteración de la relación N/C. Refuerzo de membrana nuclear. Hipercromasia. Cromatina en grumo grueso ("sal y pimienta"). Cromocentros irregulares. Ausencia de nucléolos.

AGUS: hallazgo de células con diferenciación endocervical que presentan atipia nuclear que sobrepasa aquellos propios de una reacción o reparación, pero que no son suficientes para diagnosticar displasia glandular o adenocarcinoma in situ.

BASES LEGALES

La Constitución de la Republica de Bolivariana de Venezuela(CRBV), establece las bases para desarrollar el modelo de atención del sector salud venezolano, y orienta hacia profundos cambios conceptuales en las políticas sociales y de salud, dirigida a la garantía plena del derecho a la salud y la calidad de vida, establecida en los artículos 83, 84, 85 y86. La equidad de género y los derechos sexuales reproductivos (Artículos 75, 76 y77) son garantizados por el estado Venezolano.

La aplicación de los preceptos dirigido a la promoción y al desarrollo de la salud sexual y reproductiva son de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones publicas y privadas que desarrollan acciones en este ámbito según decreto ministerial N° 364 publicado en gaceta oficial N° 37.707 de fecha 5 de junio del 2003.

Este conjunto de documentos constituye un importante aporte para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes

CAPITULO III

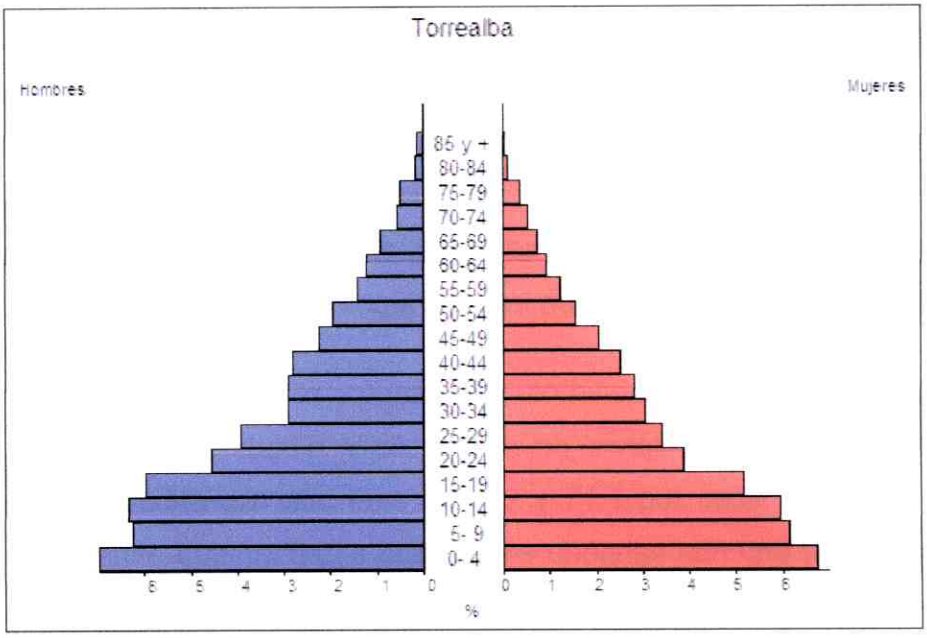
MARCO METODOLOGICO

El municipio Alberto Arvelo Torrealba, Se encuentra ubicado al noreste del estado Barinas, con una superficie territorial de 769 km2. Su población estimada para el 2006 es de 36.474 habitantes. Tiene un índice demográfico de 47,4 habitantes por km2. Conformado por dos parroquias:

Parroquia Sabaneta capital Sabaneta con 29179 habitantes

Parroquia Rodríguez Domínguez capital Veguitas con 7.295 habitantes.

Grafico N° 1
Pirámide Poblacional de municipio Alberto Arvelo Torrealba.
Estado Barinas año 2006



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas. Proyecciones censo 2001

En la pirámide poblacional que se muestra en la figura N° 1, observamos que es un municipio compuesto por una población joven de carácter progresivo, con una edad media de 25 años, una tasa de fecundidad de 12,7 y un índice de masculinidad de 108 hombres por cada 100 mujeres.

El municipio tiene una estructura sanitaria conformada por:

- 1 Hospital tipo I Dr. Jesús Arnoldo Camacho Peña
- 1 ambulatorio Urbano tipo I Dr. Pedro Mazzei
- 2 ambulatorios rurales tipo II
- 13 ambulatorios rurales tipo I
- 1 Centro Diagnostico Integral
- 4 Barrio Adentro I
- 1 Centro de Rehabilitación Integral

En las consultas de atención integral de los diferentes ambulatorios, se realiza la toma de citología a toda mujer que la solicite, las mismas son enviadas al laboratorio central ubicado en el Hospital Dr. Luis Razetti de Barinas, donde son analizadas, para posteriormente enviar los resultados a la coordinación de enfermería del área preventiva del hospital Dr. Jesús A. Camacho ubicado en la cabecera del municipio. Allí los resultados son revisados y a las pacientes cuyas citologías tienen resultados anormales son enviados a la consulta de patología cervical para su estudio y seguimiento

Entre las principales causas de morbilidad para el año 2005 se encuentra que el Síndrome Viral y el asma constituyen las dos primeras causas de consulta con una tasa de 107 y 71.1 por cada 1000 habitantes respectivamente. Las heridas e infecciones urinarias con una tasa de 65.7 y 63.4 por cada 1000 habitantes, se ubican en el tercer y cuarto lugar, el quinto lugar es ocupado por la amigdalitis aguda con una tasa de 54.5 por cada 1000 habitantes.

Para el año 2005, la tasa de mortalidad general fue de 3.7 por cada 1000 habitantes, la tasa de natalidad de16.8 por 1000 habitantes.

Para la realización de este trabajo de investigación sobre los hallazgos citológicos anormales y su relación con factores de riesgo, se seleccionaron los resultados de las mujeres en edades comprendidas entre 25 y 64 años.

Dentro del programa de salud sexual reproductiva llevada a cabo en los diferentes establecimientos de salud del municipio Alberto Arvelo Torrealba, para la prevención y control del cáncer de cuello uterino durante el año 2005 se realizaron 1727 citologías, para el año 2006, 1073 citologías, con un total de 2780, de las cuales se reportaron como anormales 232 de ellas.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un estudio epidemiológico observaciónal descriptivo de tipo transversal, mediante encuesta a las pacientes con resultados anormales del municipio Alberto Arvelo Torrealba en el periodo 2005-2006.

TECNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Previa revisión de los informes de citologías realizadas a nivel del municipio Alberto Arvelo Torrealba durante los años 2005-2006, se seleccionaron el total de 232 cuyos resultados salieron anormales (LIE bajo grado, LIE alto grado, AGUS) en edades comprendidas entre 25 y 64 años. Se realizó un listado con el total de mujeres que cumplían los requisitos anteriores. El cálculo de la muestra se realizó utilizando el programa EPIDAT, con un nivel de confianza de 95%, un efecto de diseño de 1 y una proporción esperada de 83%. Se enumero en una tabla de Excel del 1 al 232 El resultado obtenido de la muestra fue de 45, a la cual se le aplicó un muestreo aleatorio simple,

[1] Muestreo simple aleatorio

Tamaño poblacional: 232

Tamaño de muestra: 45

Número de los sujetos seleccionados

1	2	6	13	17	22	27
30	37	41	44	58	60	63
67	72	78	79	81	85	100
104	106	107	108	125	153	157
167	169	174	182	186	189	193
198	199	204	211	212	218	221
222	226	232				

Y a esta muestra se les realizó una encuesta oral con preguntas cerradas relacionadas con las variables de estudio: datos de identificación, numero de compañeros sexuales, edad de primera relación sexual, infección por VPH, paridad, edad del primer parto, condición económica (ingreso familiar) y nivel educativo.

Para determinar la cobertura del programa de preventivo y control del cáncer cervico uterino en el municipio Alberto Arvelo Torrealba se obtuvo el total citologías realizadas durante el trienio 2004-2006. En los archivos del departamento de registros médicos y estadísticas de salud del hospital Dr. Jesús Arnoldo Camacho Peña (donde funciona la jefatura del distrito sanitario); así como el numero de biopsias realizadas y mujeres operadas por esta patología en años 2005- 2006.

TECNICAS DE ANALISIS DE DATOS

El almacenamiento de los datos se hizo en el programa EXCEL y se analizaron por medio del programa estadístico SPSS.

La determinación de los factores de riesgo relacionado a las citologías alteradas se determino utilizando el coeficiente de Pearson considerando significativo estadístico cuando se obtuvo un valor de $P<0,05$, con un intervalo de confianza de un 95% y 99% cuando se obtiene un valor de $P<0,01$. Los resultados fueron presentados en números absolutos y porcentaje a través de cuadros y gráficos.

Para el análisis de la evaluación de la cobertura del programa prevención y control del cáncer cervico uterino y el seguimiento de los casos que se presentaron en el municipio Alberto Arvelo Torrealba en mujeres de 25 a 64 años. Se calculara la cobertura, % de mujeres biopsiada, % de mujeres operadas

Población de 25 a 64 años: 6234

Citologías realizadas 1era año 2004: 886

Citologías realizadas 1era año 2005: 973

Citologías realizadas 1era año 2006: 320

Numero de mujeres biopsiadas 2005-2006: 65

Número de mujeres operadas 2005-2006: 2

Cobertura: $\frac{\text{Nº usuarias (25 – 64 a) con citologías 1}^{\text{era}}\text{ en trienio}}{\text{Total de Mujeres en edad de riesgo (25 – 64 a)}} \times 100$

Estándar: > 80%

Seguimiento de casos:

Nº de Mujeres biopsiadas X 100
Nº total Citologías alteradas

Estándar: Mayor o igual 80%

Nº Mujeres Operadas X 100
Total de biopsias realizadas

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

CUADRO N°1

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO DE MUJERES CON CITOLOGIAS ANORMALES EN EL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

Edad	Pacientes con citologías Anormales	Porcentaje
25-29	12	26,6
30-34	13	28,8
35-39	4	8,8
40-44	5	11,1
45-49	3	6,6
50-54	5	11,1
55-59	2	4,4
60-64	1	2,2
Total	45	100%

Fuente: encuesta epidemiológica

Se puede apreciar que el grupo etario más afectado es de 30 a 34 años con un 28,8%, le sigue el de 25 a 29 con un 26,6%.

CUADRO N° 2

DISTRIBUCIÓN CITOLOGÍAS POR GRUPO ETARIO Y TIPO DE LESIONES. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006.

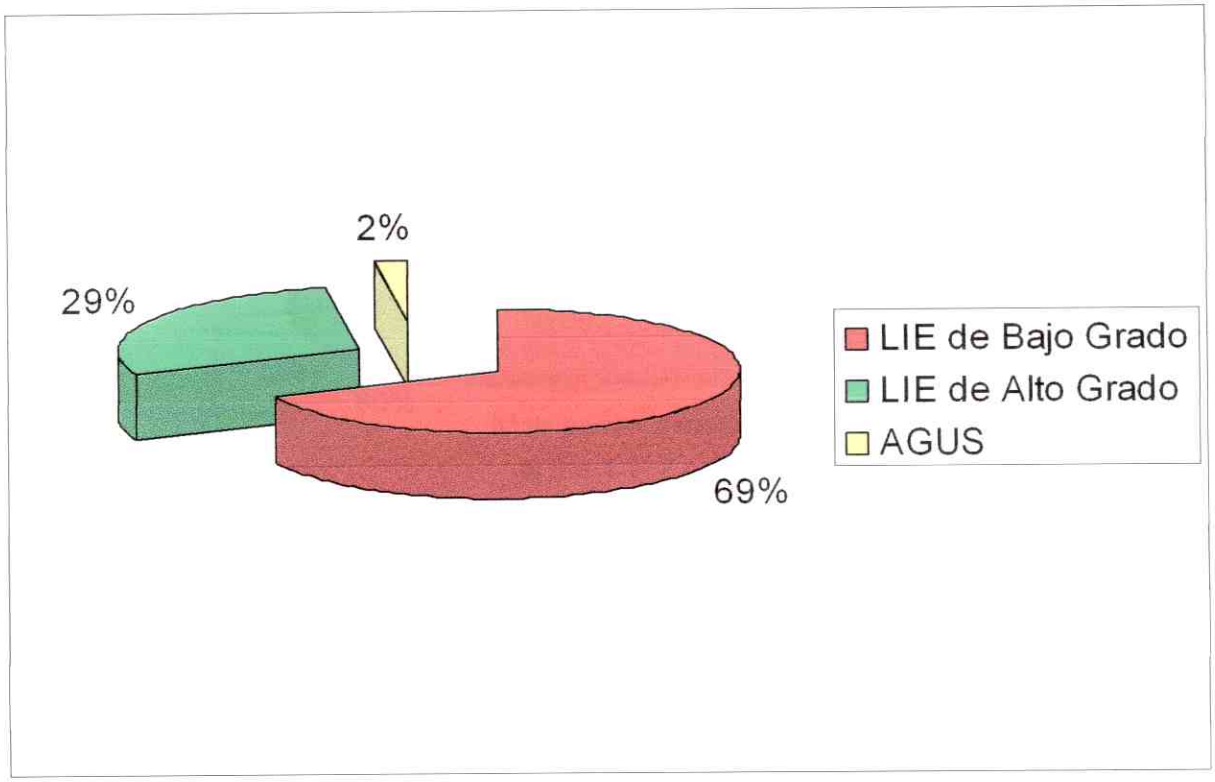
CITOLOGIA	LIE DE BAJO GRADO	LIE DE ALTO GRADO	AGUS	Total
25 - 29	9	3	0	12
30 - 34	9	3	1	13
35 - 39	3	1	0	4
40 - 44	3	2	0	5
45 - 49	3	0	0	3
50 - 54	3	2	0	5
55 - 59	1	1	0	2
60 - 64	0	1	0	1
Total	31	13	1	45

Fuente: Encuesta epidemiológica.

En el cuadro anterior se puede apreciar que la patología mas frecuente es el LIE de bajo grado con 31 casos, seguido de LIE de alto grado con 13 casos.

Grafico N° 2

FRECUENCIAS DE HALLAZGOS DE CITOLOGÍAS ANORMALES DE MUJERES DEL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

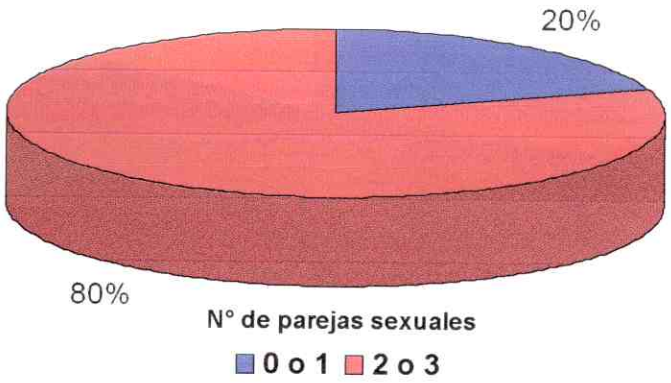


Fuente: encuesta epidemiológica.

El 69% de las pacientes con citologías alteradas tienen un LIE de bajo grado, 29% LIE de alto grado.

GRAFICO N° 3

PRESENCIA DE CITOLOGIAS ANORMALES DE ACUERDO AL NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES EN EL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

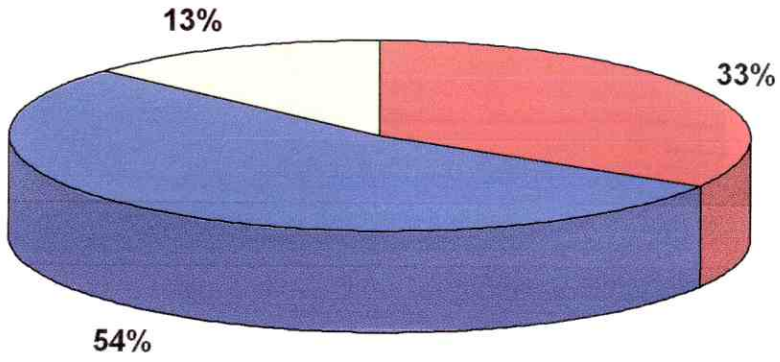


Fuente: Encuesta epidemiológica

Se puede observar que el 80% de las pacientes encuestadas refirió haber tenido de 2 a 3 compañeros sexuales.

GRAFICO N°4

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES CON CITOLOGÍAS ANORMALES SEGÚN LA EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL EN EL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

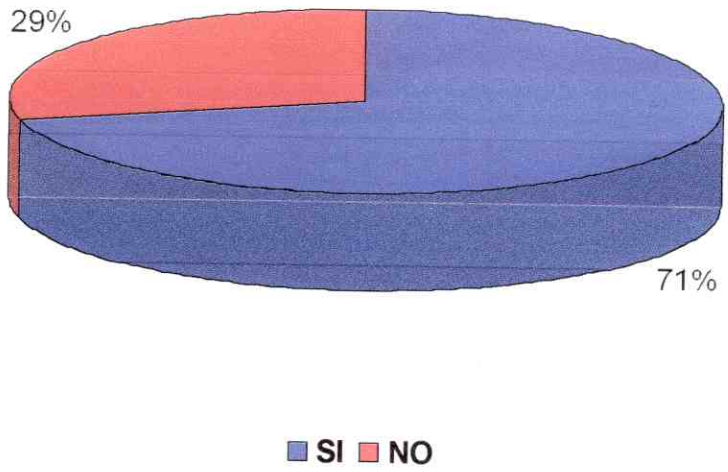


Fuente: Encuesta epidemiológica.

Se observa que el 54% de pacientes con citologías anormales refirieron como edad de primera relación sexual entre 15 y 19 años, el 33% correspondió a edades menores de 15 años, y el 13% refirió de 20 a 29 años.

GRAFICO N° 5

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES CON CITOLOGIAS ANORMALES SEGÚN PRESENCIA DE VPH EN EL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006.

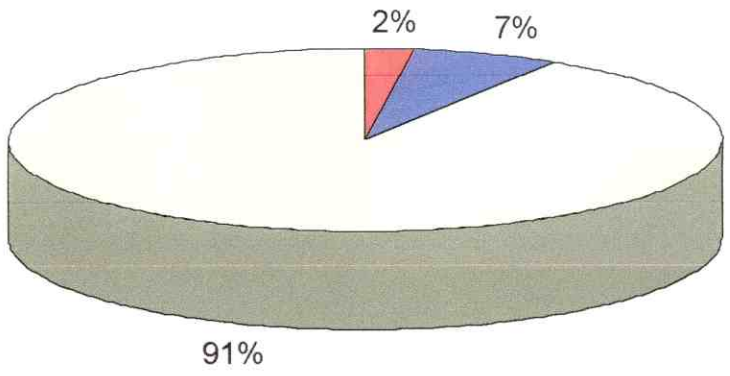


Fuente: Encuesta epidemiológica.

Del total de las mujeres estudiadas el 71% presentaron VPH, mientras que el 29% restante no lo presentaron.

GRAFICO N° 6

MUJERES CON CITOLOGÍAS ANORMALES SEGÚN LA PARIDAD. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006

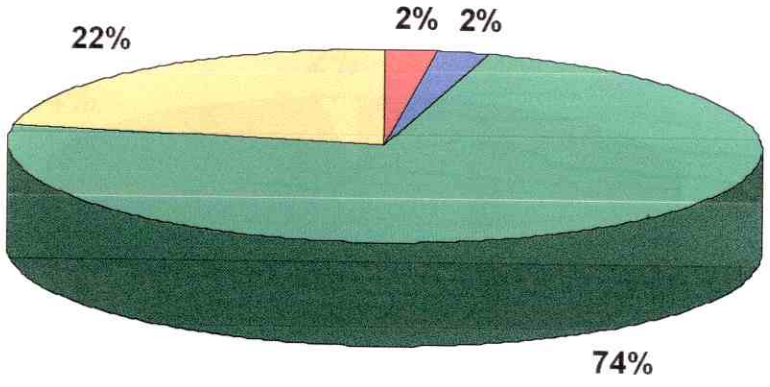


Fuente: Encuesta epidemiológica.

De las mujeres que presentan citología anormal el 91% tienen más de dos hijos, el 7% de las pacientes tiene un solo hijo y el 2% es una paciente nulípara.

GRAFICO N° 7

MUJERES CON CITOLOGÍAS ANORMALES DE ACUERDO CON LA EDAD DEL PRIMER PARTO. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006

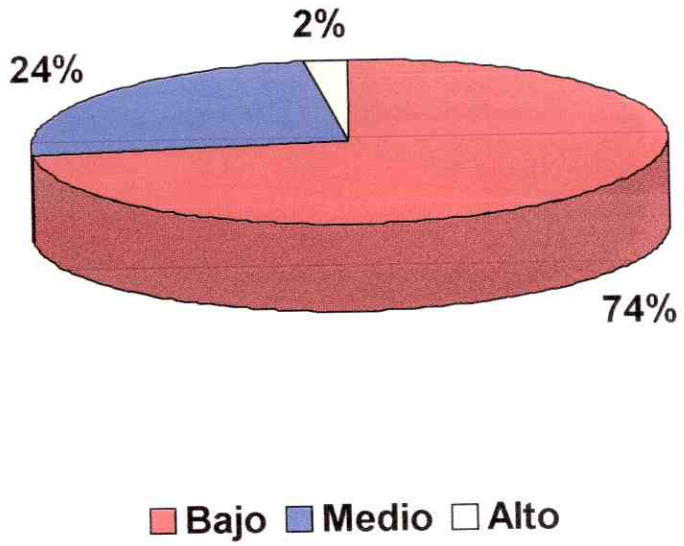


Fuente: Encuesta epidemiológica.

El 74% de las mujeres que presentaron citologías anormales su edad del primer parto estuvo comprendida en las edades de 15 a 19 años, el 22% correspondió al grupo de 20 a 29 años, el 2% a una menor de 15 años.

GRAFICO N° 8

MUJERES CON CITOLOGÍAS ANORMALES DE ACUERDO CON SU CONDICIÓN ECONOMICA. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006

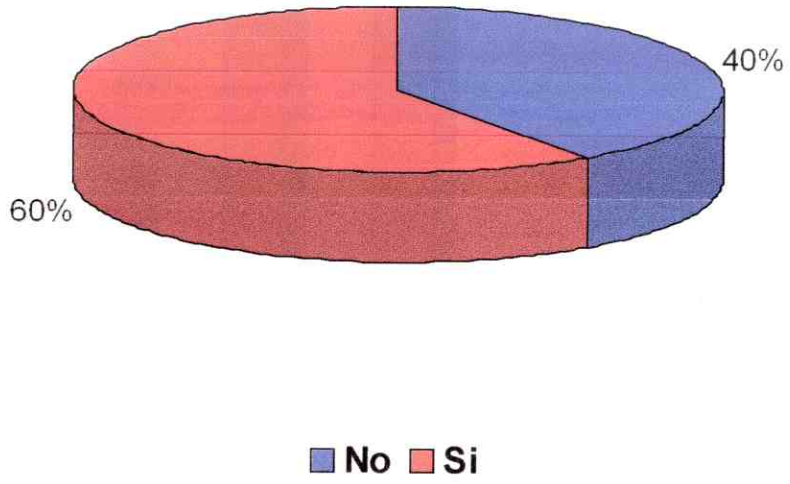


Fuente: Encuesta epidemiológica.

Se observa que en el grupo estudiado el 73.3% tiene una condición económica baja, el 24.4% su condición económica es media y el 2.2% tiene una condición económica alta.

GRAFICO N° 9

MUJERES CON CITOLOGÍAS ANORMALES DE ACUERDO A LA PRESENCIA O NO DE HABITOS TABAQUICOS. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006

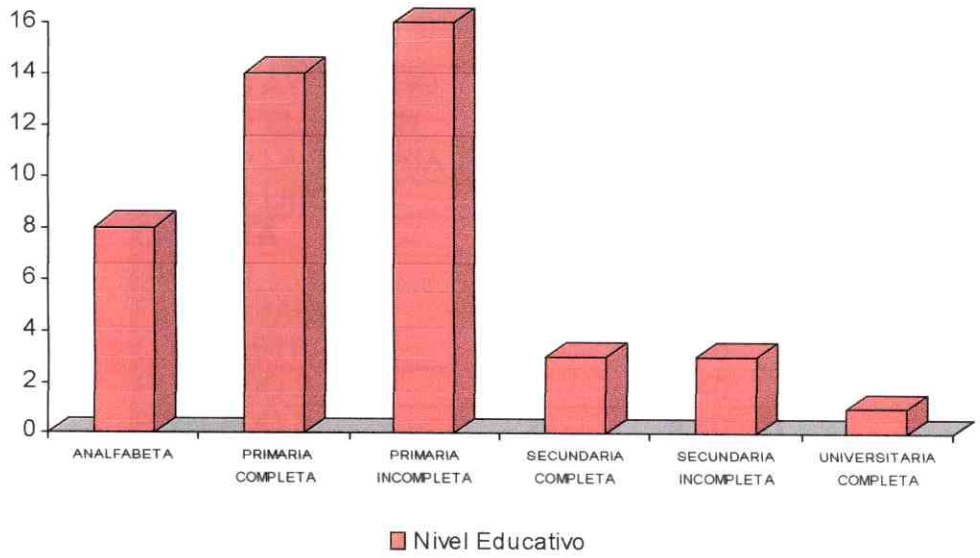


Fuente: Encuesta epidemiológica.

Se aprecia que el 60% de las mujeres son fumadoras y el 40% no fuman.

GRAFICO N° 10

NIVEL EDUCATIVO DE MUJERES CON CITOLOGÍAS ANORMALES. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006



De todas las mujeres estudiadas el 35.6%(17) tienen una educación primaria incompleta, el 31.1%(14) su nivel educativo es de primaria completa, 17.8%(9) de las mujeres encuestadas son analfabetas, el 6.7%(2) su nivel educativo es de secundaria incompleta y secundaria completa, y solo un 2.2%(1) alcanzo un nivel universitario completo.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE MUJERES CON CITOLOGIAS ANORMALES SEGÚN SU PROCEDENCIA EN EL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006

POBLACIONES	**Mujeres**	**Porcentaje**
23 DE ENERO	2	4,40
9 DE DICIEMBRE	1	2,20
BARRIO 24 DE JUNIO	1	2,20
BARRIO AJS	2	4,40
BARRIO AYACUCHO	2	4,40
BARRIO EL SAMAN	2	4,40
BARRIO LA TUBERIA	1	2,20
BARRIO LINDO	3	6,70
CALCETA	4	8,90
CURITO	1	2,20
FLOR AMARILLO	1	2,20
LOS RASTROJOS	1	2,20
POBLADO 2	*2*	*4,40*
POBLADO 3	2	4,40
POBLADO 4	3	6,70
REMOLINO	4	8,90
URB. ROSARIO	1	2,20
SAN HIPOLITO	3	6,70
URB. EL PILAR	3	6,70
VEGUITA	6	13,30
Total	**45**	**100,00**

Fuente: Encuesta epidemiológica.

Se observa en el cuadro N° 2 que de acuerdo a la procedencia el mayor porcentaje de mujeres procede de Veguitas 13,3%, le sigue las comunidades de Calceta y Remolino con 8,9%.

CUADRO N° 4

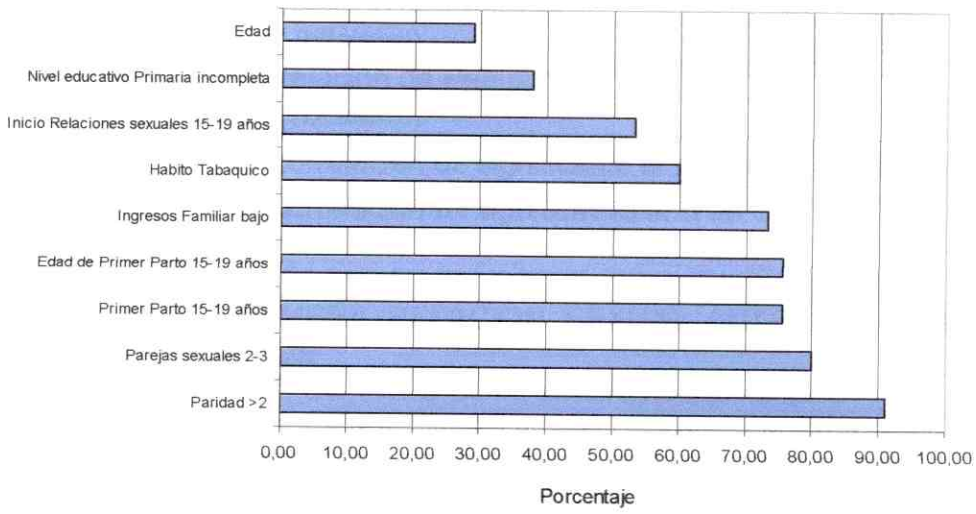
PORCENTAJE DE FACTORES DE RIESGO EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006.

Factores de Riesgo	Porcentaje
Paridad >2	91,10
Parejas sexuales 2-3	80,00
Primer Parto 15-19 años	75,60
Edad de Primer Parto 15-19 años	75,60
Ingresos Familiar bajo	73,30
Habito Tabaquito	60,00
Inicio Relaciones sexuales 15-19 años	53,30
Nivel educativo Primaria incompleta	37,80
Edad	28,90

Fuente: Encuesta epidemiológica.

GRAFICO N° 11

PORCENTAJE DE FACTORES DE RIESGO EN LAS MUJERES DEL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006.



Fuente: Encuesta epidemiológica.

El factor de riesgo predominante resulto ser la paridad mayor de dos hijos con 91,1% seguido del número de parejas sexuales (2 a 3) con un 80% y la edad del primer parto (15-19 años) con 75,6%.

Cuadro N° 5

CORRELACIÓN DE VERIABLES EN ESTUDIO DE MUJERES CON CITOLÓGIAS ANORMALES EN EL MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA AÑOS 2005-2006.

	Correlaciones	**PORCASOS**
**VPH	Correlación de Pearson	0,999
	Sig. (bilateral)	0,022
FUMA	Correlación de Pearson	0,995
	Sig. (bilateral)	0,065
PRSM19A	Correlación de Pearson	0,992
	Sig. (bilateral)	0,079
*MAS3COMP	Correlación de Pearson	0,995
	Sig. (bilateral)	0,065
MAS2PAR	Correlación de Pearson	0,998
	Sig. (bilateral)	0,036
PARME19	Correlación de Pearson	0,992
	Sig. (bilateral)	0,082
INGREBAJ	Correlación de Pearson	0,995
	Sig. (bilateral)	0,065
**EDUCINCOM	Correlación de Pearson	1,000
	Sig. (bilateral)	0,001
**EDARIEG	Correlación de Pearson	1,000
	Sig. (bilateral)	0,009

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

LEYENDA

PRSM19A	PRIMERA RELACION SEXUAL ANTES DE LOS 19 AÑOS
MAS3COMP	MAS DE TRES COMPAÑEROS SEXUALES
MAS2PAR	MAS DE PARTOS
PARME19	PRIMERA RELACION SEXUAL ANTES 19 AÑOS
INGREBAJ	INGRESO BAJO
EDUCINCOM	EDUCACION INCOMPLETA
EDARIEG	EDAD DEL CASO ENTRE 25 Y 64 AÑOS

En el análisis de correlación de las variables que se estudian por el coeficiente de Pearson con un 95% de confianza y una significancia de P <0,05, se observa que existe una relación estadísticamente significativa con mas de tres compañero sexuales y para un 99% de confianza P<0,01 existe una correlación estadística significativa para VPH, Educación incompleta y edad de las mujeres. Podemos observar que no existe una correlación de citologías anormales con las otras variables de estudio.

CUADRO N° 6

DISTRIBUCION DE MUJERES CON CITOLOGIAS SEGÚN PORCENTAJE DE BIOPSIAS REALIZADAS. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2006

Citología	Mujeres	Biopsias	Porcentaje
LIE Bajo grado	31	5	11
LIE Alto grado	13	7	15
AGUS	1	0	0
Total	45	12	26

Fuente: Dpto. de Registros médicos de Estadísticas de Salud. Hospital Dr. Jesús Arnoldo Camacho Peña.

Se observa que del total de mujeres con citologías anormales, sólo se le realizó biopsia a 12 de ellas que representa el 26%. De acuerdo al tipo de lesión a 31 mujeres con LIE de bajo grado se tomaron 5 biopsias que representan el 11% y LIE de alto grado 7 biopsias para un 15%

CUADRO N° 7

TOTAL DE CITOLOGIAS ANORMALES SEGÚN NUMERO DE BIOPSIAS Y OPERACIONES REALIZADAS. MUNICIPIO ALBERTO ARVELO TORREALBA. ESTADO BARINAS. VENEZUELA. AÑOS 2005-2006.

Total de citologías	Biopsias	Porcentaje	Mujeres operadas	Porcentaje
232	65	28%	2	3%

Fuente: Dpto. de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Hospital "Dr. Jesús Arnoldo Camacho Peña.

Del total de citologías anormales sólo al 28% se le realizó biopsias, y 2 de ellas solamente fueron operadas.

La cobertura del programa fue de 34,9%

CAPITULO V

DISCUSION

Actualmente múltiples patologías se han identificado a través del estudio citológico del cuello uterino, entre las cuales se encuentran las alteraciones inflamatorias y las anomalías epiteliales, cuya incidencia, repercusión y consecuencia en la salud y vida de la mujer así como los costos sanitarios, han constituido un verdadero problema de salud pública .

La citología exfoliativa de cuello uterino se ha utilizado como la técnica más sencilla, económica y fácil de obtener, por ser un método diagnóstico muy adecuado cuyos hallazgos son reportados a través de un sistema seguro y confiable llamado sistema Bethesda.

Se han identificado diferentes factores de riesgo en la aparición de patologías de cuello uterino como: edad de la paciente, inicio de las relaciones sexuales, número de parejas sexuales, paridad, condición socioeconómica, adicción al tabaco, infección por VPH, entre otros.

Con el objetivo de determinar los hallazgos citológicos anormales y su relación con factores de riesgo en mujeres de 25 a 64 años en el municipio Alberto Arvelo Torrealba del estado Barinas durante los años 2005-2006, se realizó un estudio epidemiológico observacional descriptivo, de tipo transversal mediante una encuesta cerrada a 45 pacientes.

Resalta en la presente investigación como hallazgo citológico, que los LIE de bajo grado ocuparon un 68,9%, seguido por LIE de alto grado con 28,9% y AGUS 2,2%. Con respecto a la edad el grupo más afectado resulto

ser el de 30 a 34 años con un 28,9%, seguido por el grupo de 25 a 29 años con un 26,7%.

En este estudio se encontró que el 80% de las pacientes encuestadas refirieron haber tenido 2 o 3 parejas sexuales. Comparando con los estudios realizados por Amaro, Mendoza y Cardozo en el 2003, quienes reportan que el 69,09% tenían antecedentes de 3 o más parejas sexuales. Los datos anteriores concuerdan con lo expresado mundialmente que recalca la importancia del factor de promiscuidad tanto de la paciente como de su compañero sexual para la aparición de lesiones de cuello uterino.

En relación a la edad de la primera relación sexual y citologías anormales se pudo apreciar que aquellas pacientes que se iniciaron sexualmente en edades entre 15 a 19 años ocuparon un 53,3% y las menores de 15 años el 33,3%. Lo que nos indica que también se comportó como un riesgo real para la aparición de alteraciones de cuello uterino, lo que coincide con toda la literatura revisada. Amaro et al (2003) reportaron que el 92,72% de las pacientes estudiadas tuvieron sus primeras relaciones sexuales antes de los 20 años.

El antecedente de infección por VPH tuvo un comportamiento similar a los factores de riesgo antes mencionado. El 71,1% de las pacientes encuestadas tenían VPH. Estos resultados coinciden con los estudios realizados por McDougall y colaboradores del Centro Hutchinson, quienes demostraron que el material genético del VPH, se encuentra en forma consistente en los tumores del cervix, y verificaron la relación entre la infección por VPH y el desarrollo de cáncer. Amaro y colaboradores reportaron que en el 47,27% de pacientes estudiadas tenían el antecedente de infección por VPH y que la presencia del virus eleva en 5,26 veces la posibilidad de contraer la enfermedad, además de considerar que es el principal factor de riesgo reconocido.

En cuanto a la paridad se determinó que el 91,1% de las pacientes tenían más de 2 hijos. Este antecedente incrementa la posibilidad de alteraciones citológicas lo que coincide con lo planteado por Amaro et al (2003) y otros autores que consideran existe un incremento proporcional, debido a que la multípara generalmente comienza precozmente su vida sexual.

La edad del primer parto, se determinó que el 75,6% tuvo su primer parto en edades entre 15 a 19 años. Bosch et al (2002) demostraron como la presencia de partos antes de los 22 años cuadruplica el riesgo de neoplasia de cuello uterino.

En cuanto al ingreso familiar el 73,3% tienen bajo ingreso familiar. En el ámbito mundial se reporta que las mujeres con bajo nivel socioeconómico presentan altos porcentajes de alteraciones de cuello uterino. En el estudio realizado por Delgadillo (2003) se observa que existe un mayor porcentaje de lesiones de cuello en pacientes de bajos ingresos.

En relación al nivel educativo el 37,8% presentaron educación primaria incompleta, seguido de solo primaria completa con un 31,1% y 20% analfabeta. En estudios realizados por Delgadillo (2003) coincide con la literatura y este estudio. Ya que encontró que el 78,2% de la población tenían solo educación primaria o eran analfabetas. De igual manera Corral y Cueva (1996) demostraron en su estudio que la incidencia de cáncer de cuello uterino fue casi el doble entre las mujeres que tenían sólo educación primaria o no tenían instrucción que entre las que tenían instrucción secundaria o superior.

Con respecto al hábito de fumar quedó demostrado en el estudio que el 60% de las pacientes con citologías anormales eran fumadoras. En el trabajo publicado por la ACS (2006) nos reporta que el fumar expone al

cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerigenas que afecta otros órganos además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas por los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo a través de todo el cuerpo. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores opinan que estas sustancias dañan el ADN de las células del cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino.

CONCLUSIONES

Grupo etario mayor afectado fue de 30 a 34 años con un 28,8% de citologías anormales.

El 69% de las pacientes encuestadas presentaron LIE de bajo grado

El 80% de las mujeres encuestadas refirió haber tenido de 2 a 3 compañeros sexuales

El 54% de las pacientes con citologías anormales tuvieron sus primera relaciones sexuales entre 15 a 19 años

El 71% de las mujeres con citologías anormales refiere haber tenido infección por VPH

El 91% de las mujeres estudiadas con citologías anormales refiere tener más de 2 hijos

El 74% de las pacientes con citologías anormales manifestaron que la edad del primer parto estuvo comprendida de 15 a 19 años

El 74% de las pacientes estudiadas presentan una condición socioeconómica baja.

60% de las mujeres con citología anormal son fumadoras

De las pacientes estudiadas el 35,6% tiene un nivel educativo de primaria incompleta y un 17,8% de las mujeres son analfabetas

En relación al lugar de procedencia Veguitas es la población que tiene más casos con 13,3%

En relación a todas las variables la paridad es el factor de riego más fuerte con 91,1%, en el segundo lugar esta el número de compañeros sexuales (2 a 3) con 80%.

Existe una correlación de variables estadísticamente significativa de citologías anormales con VPH, más de 3 compañeros sexuales, educación incompleta y la edad.

La cobertura del programa obtenida para los años 2005-2006 fue de 34,9%

Las biopsias realizadas en los año 2005-2006 fueron de 28%

Las mujeres intervenidas durantes los años 2005-2006 fueron de un 3%

RECOMENDACIONES

Se sabe que el cáncer de cuello uterino se relaciona con ciertos aspectos del comportamiento sexual y que se puede detectar y curar en sus etapas precancerosas incipientes. Resulta evidente por lo tanto que las estrategias de prevención deben incluir:

- Promover cambios de estilo de vida orientados a reducir los comportamientos que aumentan el riesgo
- Promover la realización de citología en la población de riesgo, para detectar lesiones precancerosas
- Garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de salud, así como la entrega con prontitud de los resultados
- Asegurar el seguimiento a las pacientes que resulten con citologías anormales para indicar la conducta adecuada y contribuir a la canalización de su problema
- Acrecentar recursos en el campo de la educación o del trabajo, en el área de las ciencias sociales, para hacer un efectivo trabajo comunitario y lograr que la mujer internalice la necesidad de su propia preocupación por la salud. De esta manera podemos continuar descendiendo las tasas de mortalidad a un nivel mucho más significativo para beneficio de las pacientes y de sus familias.

LISTA DE REFERENCIAS

ACS (2006) Prevención y factores de riesgo del Cáncer de cuello uterino. Extraído el 06 de
Febrero, 2007, de http://www.cáncer.org/docroot/home

Alliance for cervical cancer prevention ACCP. Factores de riesgo de cáncer cervico uterino. Ficha descriptiva (2006). Extraído el 10 de febrero de 2007, www.alliance.exca.org

Amaro, F., Cardozo K, Mendoza M. (2003) Comportamiento de algunos factores de riesgo asociados a la aparición del cáncer cervico uterino en un área de salud [revisión electrónica]. Archivo medico de Camaguey. 7 (2)

Berek, J (1997) *Tratado de Ginecología de Novak.* 12ava Edición. Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. México. Págs. 249-439

Benia, W., Tellechea, G (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de 3 policlínicas barriales de Montevideo 1997. [Versión electrónica] *Revista Médica Uruguay*; 16: 103-113.

Borja G. (2001). Factores de riesgo que pronostican el hallazgo de citológicas cervicales en 2 poblaciones. Extraído el 10 de febrero 2007, http//sisbib.unmsm.edu.pe

Bosch F, Lorincz A, Muñoz B (2002) The causal relation betwen human papillomavirus and cervical cáncer. J Clm Pathol; 55:244-265

Capurro V, Rojo J. (2002). Programa de detección y control de Cáncer de cuello uterino en servicio de salud Araucrania Sur. [Versión electrónica] *Revista de la sociedad chilena de obstetricia y ginecología,*

Corral F, Cueva P. (1996). La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer de cuello uterino. [Versión electrónica] *Boletín Oficina Panamericana de la Salud*, 121 (6)

Delgadillo, B. (2003). Cáncer cervico uterino en el Departamento de León, México durante el periodo 1999-2002.

Dolinsky C (2006). Cáncer cervical: los fundamentos. Center of the University of Pennsylvania.

Donoso E, Cuelo M, Villarroel del P. (2006). [Versión electrónica] Revista chilena de obstetricia y ginecología; 71(5)

Farfán Muñoz L C, et al: Factores socioculturales para no acudir a DOC. México 2004

Grases P, Treserra F. (2005). Cuello uterino: atipias y lesiones premalignas no invasoras. [Versión electrónica] *Revista de la sociedad venezolana de obstetricia y ginecología*, 4 (65), 24-36.

Klimovsky E, Matos E. (1996). El uso de la prueba de Papanicolau por una población de Buenos Aires. [Versión electrónica] *Bol of Sanit Panam* 1996; 121 (6): 502-10.

Lewis, M. Análisis de la situación del cáncer cervico uterino en América latina y el Caribe, Washintong, DC. Organización Panamericana de la Salud (2004)

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2005). Anuario de Epidemiología y Estadística Vital

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2003). Reglamento técnico administrativo para la promoción y el desarrollo de la salud sexual y reproductiva. Tomos II-III

Organización Panamericana de la Salud. (1985). Manual de normas y procedimientos para el control de cáncer de cuello uterino.

Ortiz R, Uribe P, Diaz A, Dangond (2004). Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. [Versión electrónica]. *Revista de la Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología*. 55 (2)

Robins, S L y Cotran, R. (1995). *Patología estructural y funcional*. 5ª edición, editorial Interamericana Mc Graw Hill. Madrid, pp. 1153-1161.

Sedek M (1994) *Enfoques de ginecología básica.* Ediciones Fundaeduco. Barquisimeto. pp. 7-35

ANEXO

Ministerio del Poder Popular para la salud.
Instituto de Altos Estudios "Arnoldo Gabaldon"
Postgrado de Epidemiología Integral

La presente encuesta será utilizada en una investigación para determinar los hallazgos citológicos anormales y su asociación con los factores de riesgo relacionados con las características de la conducta sexual, la reproducción, factores psico-sociales y el grupo etario mas afectado en el municipio Alberto Arvelo Torrealba. Al llenarla usted da su autorización para que los datos obtenidos sean utilizados en la misma. Estos datos serán utilizados con estricta confidencialidad.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre y Apellido _____

Edad _____

Dirección _____

II. FACTORES ASOCIADOS A LA CARACTERISTICA SEXUAL.

Nº De Compañeros Sexuales 0- 1____

2- 3____

4 o mas _____

Edad de primera relación sexual. Menos de 15 años _____

15-19 años _____

20-29 años _____

Enfermedad de Transmisión Sexual.

VPH Si_____

No_____

III. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON LA REPRODUCCIÓN.

Paridad: Menos de 2 hijos _____

Más de 2 hijos _____

Edad del Primer Parto: Menor de 15 años _____

15 a 19 años _____

20 a 29 años _____

Fuma Si___ No ____

IV. FACTOR DE RIESGO PSICO-SOCIALES.

Condición Económica (Ingreso Familiar)

Bajo: 0-1 salario mínimo _____

Medio: 2-3 salario mínimo _____

Alto: 3 y más salario mínimo _____

Nivel Educativo.

Primaria Completa SI____ NO_____

Secundaria Completa SI____ NO_____

Universitario Completo SI_____NO_____

Analfabeta SI____ NO_____