

UNICO

CESAR HARNOLDO CABALLEROS A.



**ESTUDIO PILOTO CITOLOGICO
CERVICO-VAGINAL EN EL
AREA DE SALUD DE SOLOLA**

Guatemala, Noviembre de 1974

INDICE

	<u>Página</u>
I) INTRODUCCION	1
II) DEFINICIONES	7
III) MATERIAL Y METODOS	9
IV) RESULTADOS Y DISCUSION	15
V) CONCLUSIONES	45
VI) RECOMENDACIONES	47
VII) COMENTARIO FINAL	49
VIII) BIBLIOGRAFIA	51

I.- INTRODUCCION

El presente trabajo de tesis constituye un esfuerzo mancomunado de la parte interesada y personal médico y paramédico del Área de Salud de Sololá, en donde supieron desde el momento de conocer mi interés sobre el particular, incentivar mi ánimo y prodigarme todas las facilidades para que lo proyectado se constituyera en una realidad. He de confesar, que de no haber encontrado este puntal desinteresado y acuciosidad absoluta por muchas personas que trabajaron conmigo, seguramente hubiera visto frustrado una vez más mi inquietud por realizar un tipo de trabajo como el actual, en el área rural de nuestro país.

Para quienes han tenido la hermosa oportunidad de proyectar en el ramo de salud sus esfuerzos y conocimientos, allende las fronteras de la capital, innegablemente aceptarán las múltiples vicisitudes y escollos que se encuentran para sacar adelante cualquier tipo de trabajo, máxime cuando no se cuenta con los recursos suficientes y oportunos, lo cual termina en proyectos inconclusos las más de las veces, o bien en simple y lamentable derroche de ilusiones. Sin embargo, merced a la ayuda recibida particularmente por el Hospital Nacional de Sololá y su Centro de Salud; el Centro de Salud de Panajachel y el Depto. de Citología del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, pude realizar el estudio piloto Cervico-Vaginal en la mujer del Área de Salud de Sololá.

Más, necesario es apuntar que durante los 6 meses re-

queridos para obtención del material de estudio, se tuvo - que salvar múltiples problemas, Vgr: Escasez de laminillas, limitación de tiempo, dificultad en el envío de los especímenes, la situación económica precaria de la mayoría de pacientes, lo que se tradujo en factor negativo para el tratamiento respectivo en afecciones vaginales bacterianas; si tuación ésta preconcebida, al igual que la poca aceptación del examen ginecológico por la mujer en general, y en nuestro caso particular, por el bajo nivel socio-cultural del indígena guatemalteco y para quien el sexo sigue constituyendo un tabú.

Aunque no quisiera hacer esa diferenciación racial, la creo necesaria, toda vez que el interés original fue trabajar al máximo con personas que se enmarcan en el patrón (que se tiene) de indígena, es decir, la lengua, el traje, hábitos y costumbres, etc. (Ver cuadro de distribución de población por grupos étnicos en el Depto. de Sololá).

No obstante lo anterior, se logró en buen porcentaje lo planificado, al haber examinado en la mayoría de los casos a mujeres indígenas, aunque para ello fue necesidad imperiosa en varios casos, recurrir al engaño, pues de lo contrario jamás hubieran aceptado un examen ginecológico, si sus quejas eran compatibles con Desnutrición del Adulto, diarrea, o incluso intervenciones quirúrgicas no ginecológicas.

Ahora, en lo que respecta al porqué de haber escogido este tema, trataré de resumirlo en dos puntos básicos: 1) Conocer de cerca y como participante, la cruel realidad de nuestros compatriotas del medio rural, especialmente al catalogado como indígena, y 2) Quizá como esperanza que - ojalá no llegue a ser vana, instar a compañeros de la carre-

ra de Medicina y demás con que cuenta la Universidad, pero especialmente a las autoridades de Salud, a proyectarnos sin demagogias, sino conscientes de nuestro deber moral y humano, hasta los sitios más recónditos de nuestra cara patria, donde hace falta mucho, y cada vez se da menos.

CUADRO N°. 00

DISTRIBUCION DE POBLACION POR GRUPOS ETNICOS

Municipio	Grupo Etnico	
	No indígena	Indígena
1. Sololá	2,168	19,786
2. San José Chacayá	89	573
3. Santa María Visitación	10	630
4. Santa Lucía Utatlán	436	582
5. Nahualá	30	22,515
6. Santa Catarina Ixtahuacán	41	12,587
7. Santa Clara La Laguna	65	2,199
8. Concepción	6	1,277
9. San Andrés Semetabaj	504	2,023
10. Panajachel	1,245	2,023
11. Santa Catarina Palopó	14	865
12. San Antonio Palopó	297	3,273
13. San Lucas Tolimán	164	5,733
14. Santa Cruz La Laguna	9	1,341
15. San Pablo La Laguna	---	1,773
16. San Marcos La Laguna	7	702
17. San Juan La Laguna	46	2,305
18. San Pedro La Laguna	84	3,629
19. Santiago Atitlán	541	12,397
T O T A L	6,655 (6.2%)	101,197 (93.8%)

Fuente: Inspección General de Estadística Departamental.

ESTUDIO DE LA FEMENINA

II.- DEFINICIONES

METRORRAGIA: (De metro-utero y el griego Regnynai, - romper, desgarrar): Hemorragia por el útero, independiente mente del período menstrual.

ABORTO: (Del latín Abortus; de Ab-privación; ortus-naci miento): Pérdida del producto de la concepción, antes de que sea viable.

GESTACION: (del latín gestatio -onis): Embarazo, preñez.

DISMENORREA: (de Dis: dificultad, desorden, imperfección, mal estado y el griego: men, menos, mes y rhein: - fluir): Irregularidad de la función menstrual y especialmente la menstruación difícil o dolorosa.

MENSTRUACION: (de menstruar, y éste de menstruo, derivado del latín menstruus, mensual): Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina, por el cual se elimina periódicamente la caduca uterina con flujo sanguíneo. Regla.

RITMO: (del latín Rhythmus y este del griego rhythmos de rhein, fluir): Movimiento medido; movimiento repetido a intervalos regulares como el del corazón o del pulso.

CLIMATERIO: (del griego Klimater, escalón): Epoca particular en el término ordinario de la vida, en la cual el organismo sufre un cambio radical, la pubertad y la menopau

sia son épocas climáticas.

LEUCORREA: (De leukós, blanco-brillante y el griego - rhein, fluir): Derrame por la vulva de un líquido espeso, blanquecino, viscoso, secretado por la vagina o el útero, sintomático de alteraciones orgánicas genitales o de estados irritativos locales.

AMENORREA: (de A, sin; y el griego men, menos, mes) y rhein, fluir): Falta de menstruación, es primitiva o secundaria, según que aquella no haya aparecido en tiempo oportuno o haya cesado después de haber aparecido.

MENARQUIA: (del griego *men*, menos, *mes*, mes, y *arché*, principio): Establecimiento o comienzo de la menstruación.

PARTO: (del latín partus): Expulsión o salida del clauso materno del feto viable y sus anexos.

MENOPAUSIA: ó menopausis (de meno, mén, menos; mes; y el griego pausis, cesación): Cesación natural de las reglas y período de la vida de 45 a 55 años, en que ocurre; edad crítica; climaterio.

III.- MATERIAL Y METODOS

Tratándose de un estudio en la provincia, en donde los hospitales no cuentan con suficiente material de laboratorio y el personal es mínimo, así como la limitación de tiempo, en mi calidad de Médico de Guardia, a quien por lógica corresponde atender servicios, Consulto externo y Emergencias. Se efectuaron los respectivos exámenes ginecológicos y toma de muestras en todo momento, aún en horas de la noche en pacientes hospitalizadas, para no interferir con la atención que presto al hospital.

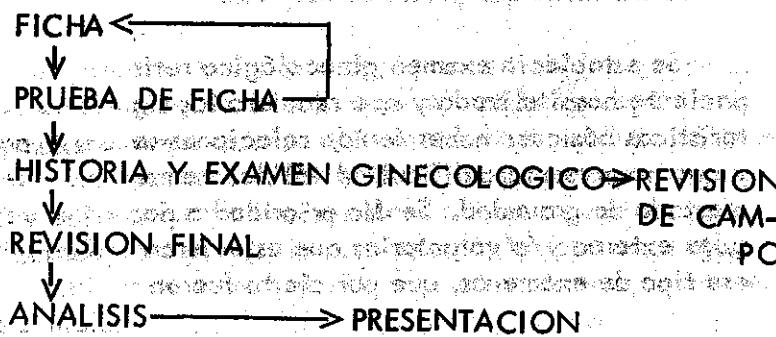
Se estableció examen ginecológico rutinario en todo paciente hospitalizada y que reuniera las siguientes características básicas: haber tenido relaciones sexuales previas y que no presentara dificultad válida; hemorragia vaginal o estado de gravedad. Se dio prioridad a pacientes de Consulta externa y/o voluntarios que estuvieran interesadas en ese tipo de exámenes, que por cierto fueron varias.

En cuanto a la obtención de datos, en pacientes que no hablaban el castellano, se logró a través de interprete que generalmente era una auxiliar de enfermería, así se lo graba explicarles en su propio dialecto en qué consistía el examen, al igual que su importancia. Podríamos decir, que se trazó rigurosamente un plan sencillo de convencimiento y orientación, lo que dio excelente resultado. Se hizo también un listado con las palabras que suelen emplear para referirse a los distintos fenómenos gineco-obstétricos, por ejemplo: Regla= Costumbre, luna. Menarquía= primera cos

tumbre. Flujo= Costumbre blanca o desvalago; Ritmo= menstrual o puntual. Aborto= pérdida o mal parto. Menopausia= Cambio de vida. Método anticonceptivo: pastillas, aparato u operación para ya no tener hijos; con lo cual se pudo obtener datos más confiables.

Se incluyó también a usuarias del programa de planificación familiar, antiguas o nuevas, de los centros de salud de Sololá y Panajachel.

Para los efectos del estudio aquí presentado, se siguió el procedimiento estadístico, que en forma diagramada se presenta a continuación:



Resumiendo, se procedió de la siguiente manera: a) explicación del examen; b) interrogatorio; c) colocación en posición de Litotomía; d) examen superficial de genitales externos; e) colocación de espéculo bivalvo (tipo Graves) sin lubricante; f) inspección de vagina y cuello; g) toma de muestra, primero del cervix y luego del fondo de saco, en una misma laminilla, frotándose en dos partes de la misma, y su fijación pronta; h) retiro del espéculo y tacto va-

ginal bimanual; i) en varios casos se tomó muestra para examen en frasco, investigando tricomonas o monilia, a fin de prescribir la terapéutica específica. En un solo caso de secreción uretral se tomó frote para colocación de Gram, que fue positivo para Neisseria Gonorrhœa.

Se efectuó biopsia cervical en dos casos y se practicó conización en un paciente.

En cuanto al material empleado, fue el siguiente:

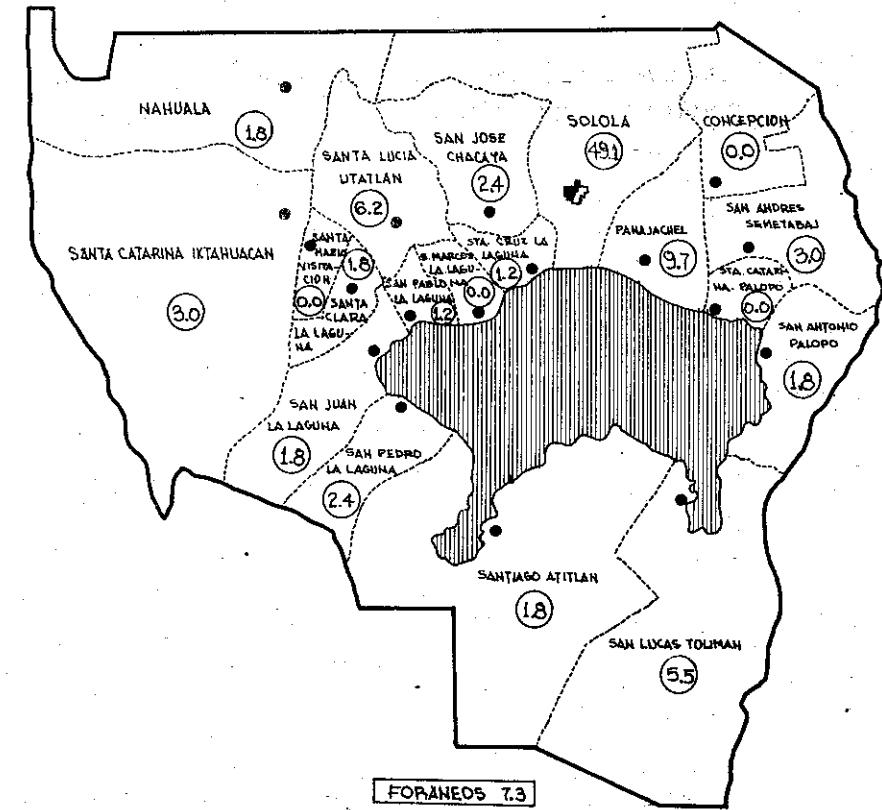
- 1) Espéculo bivalvo (tipo Graves) de un solo tamaño.
- 2) Abate lenguas para toma de muestra citológica usando sus dos extremos.
- 3) Una sola laminilla.
- 4) Spray para fijación.
- 5) Caja corriente para envío de muestras.
- 6) Pinza para biopsia de cervix.
- 7) Hisopo y frasco con suero fisiológico para examen en fresco.
- 8) Hoja especial para historia gineco-obstétrica y anotación de hallazgos positivos, con copia. (Ver modelo - adjunto).

No se practicó examen en frasco de rutina por razones de tiempo, sino únicamente en aquellos casos dudosos, pues con los resultados obtenidos de citología se relacionó en buen porcentaje la impresión clínica con el diagnóstico de laboratorio.

Finalmente, en virtud de la casi absoluta falta de datos epidemiológicos en estudios similares efectuados en nuestro medio rural, no podemos hacer comparaciones, a no ser por lo informado en otros hospitales del Área de Centro



América, que por su similitud en características nos han parecido valiosos e interesantes.



ESTUDIO CITOLOGICO "DEPARTAMENTO DE SOLOLA"

MUNICIPIO:

FECHA: _____ MEDICO: _____

NOMBRE DE LA PACIENTE: _____

EDAD: _____ MENARQUIA: _____ RITMO: _____

CON O SIN DOLOR: _____ CANTIDAD: _____

AMENORREAS: _____ METRORRAGIA: _____

FLUJO VAGINAL: _____ TIEMPO EVOLUCION: _____

MENOPAUSIA: _____ GESTAS: _____

PARA: _____ AB: _____ CESAREAS: _____

ANTICONCEPTIVO: SI NO CLASE: _____

TIEMPO DE USO: _____ U.R: _____

ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS: _____

EXAMEN GINECOLOGICO: (DATOS POSITIVOS)

OBSERVACIONES: _____

ESTADO ORGÁNICO

IV.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tal como puede deducirse de los cuadros y gráficos que se presentan y que resumen el material de nuestros casos (165 en total), la normal, en relación a trabajos de otros autores sobre la materia; aunque sabemos reconocerle su relatividad, merced a su bajo número, al igual que las privaciones en cuanto a estudios complementarios.

Pero dada la forma celosa y el campo en que se desarrolló el plan de trabajo, nos atrevemos a considerarlos como una fiel muestra representativa y la cual nos permite hacer las siguientes comparaciones y comentarios:

2.2	60	Normalidad	37
0.0	50	Enfermedad	37
2.1	50	Defecto de desarrollo	37
4.2	50	Enfermedad	37
0.8	50	Abnormalidad	37
0.0	50	Normalidad	37
8.1	60	Normalidad	37
2.1	50	Enfermedad	37
2.8	50	Defecto de desarrollo	37
0.0	50	Abnormalidad	37
8.1	50	Normalidad	37
8.7	50	Enfermedad	37

0.001

2.2

2.2 2.8 1

CUADRO No. 1

PROCEDENCIA DE PACIENTES
(Cuantitativo y Porcentual)

No.	Lugar	Cuantitativo	Porcentual
1.	Sololá	81	49.1
2.	Concepción	00	0.0
3.	Nahualá	03	1.8
4.	Panajachel	16	9.7
5.	San Andrés Semetabaj	05	3.0
6.	San Antonio Palopó	03	1.8
7.	San José Chacayá	04	2.4
8.	San Juan La Laguna	03	1.8
9.	San Lucas Tolimán	09	5.5
10.	San Marcos La Laguna	00	0.0
11.	San Pablo La Laguna	02	1.2
12.	San Pedro La Laguna	04	2.4
13.	Santa Catarina Ixtahuacán	05	3.0
14.	Santa Catarina Palopó	00	0.0
15.	Santa Clara La Laguna	03	1.8
16.	Santa Cruz La Laguna	02	1.2
17.	Santa Lucía Utatlán	10	6.2
18.	Santa María Visitación	00	0.0
19.	Santiago Atitlán	03	1.8
20.	Foráneos	12	7.3
T O T A L		165	100.0

Este cuadro se ilustra con el siguiente mapa del departamento de Sololá.

La razón de que la mayoría de las pacientes estudiadas procedan de la cabecera, obviamente se debe a su accesibilidad al Hospital y al Centro de Salud, pues los municipios con porcentaje más bajo son los menos poblados y/o que su comunicación con la ciudad está restringida a dos veces por semana, a través de transporte lacustre; fenómeno éste determinante y que repercute poderosamente en la vida de esos pueblos.

Se incluye además 12 pacientes foráneas, que constituyen el 7.3% y que obedecen a pacientes hospitalizadas.

CUADRO No. 2

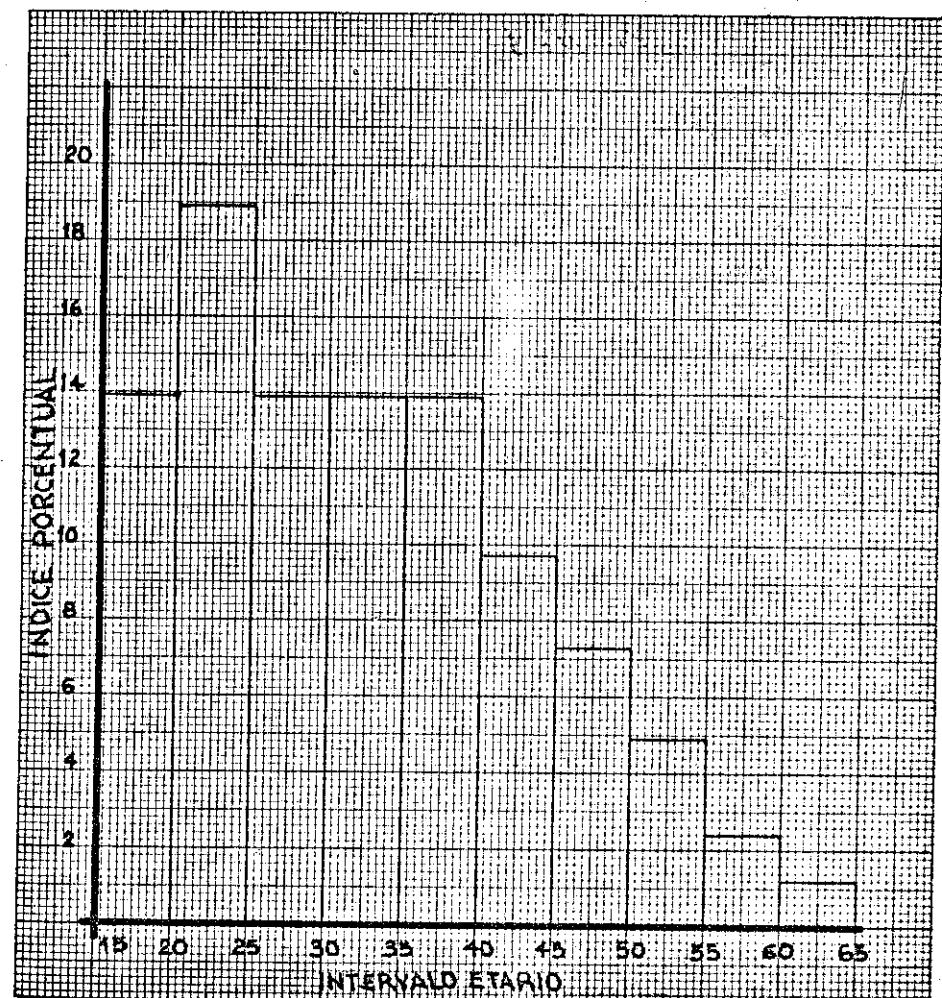
GRUPOS ETARIOS

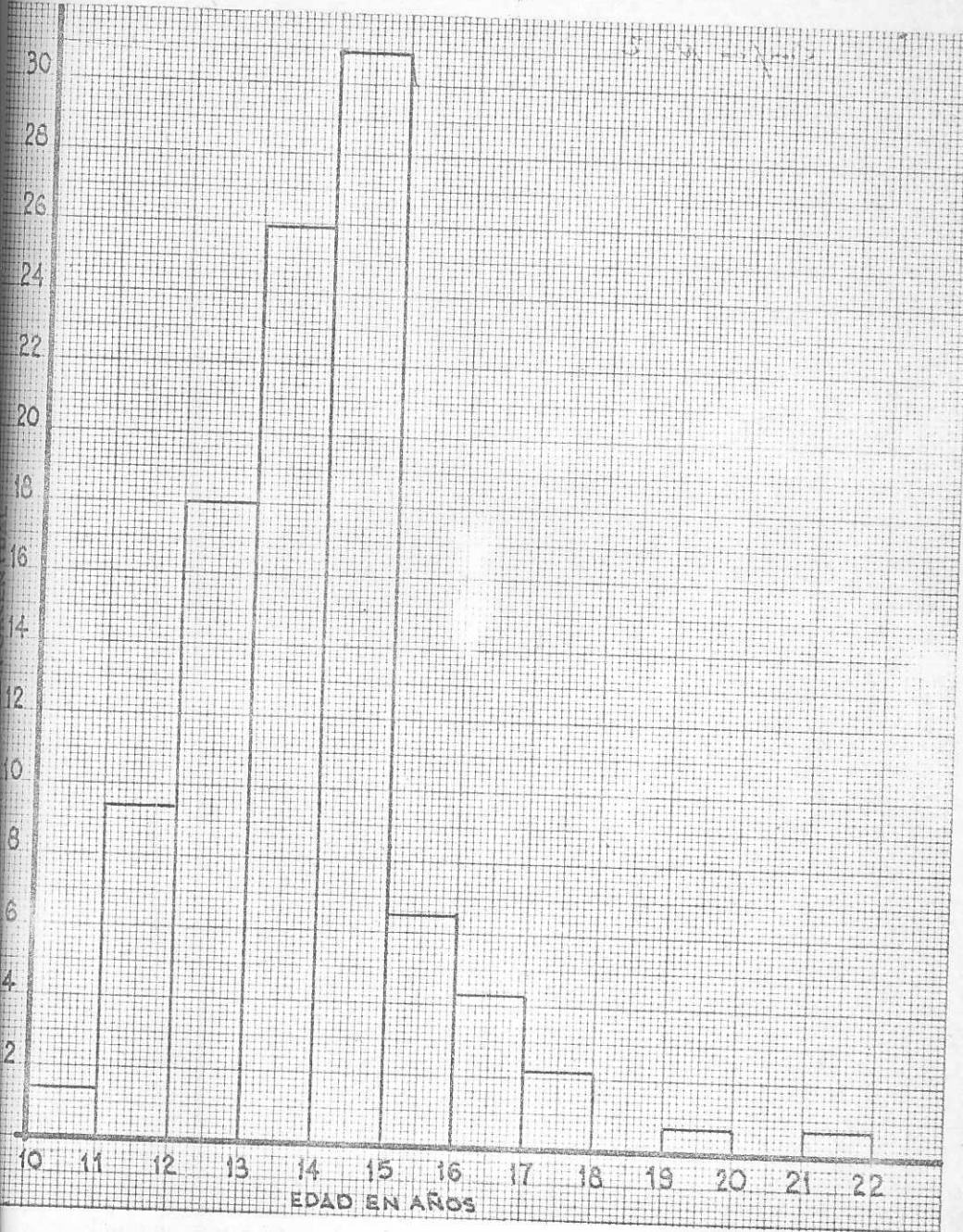
Intervalo Etario	Frecuencia	Indice Porcentual
15 años	0	0.0
16 - 20	23	13.9
21 - 25	31	18.9
26 - 30	23	13.9
31 - 35	23	13.9
36 - 40	23	13.9
41 - 45	16	9.7
46 - 50	12	7.3
51 - 55	8	4.9
56 - 60	4	2.4
61 - 65	2	1.2
T O T A L	165	100.0

Cuadro No. 2:

En este se observa que no se presentó ninguna menor de 15 años, lo cual no quiere decir que algunas o probablemente varias mujeres no hayan tenido coitos o embarazos antes de esa edad, cosa que es muy frecuente en la raza indígena, pues no se investigó ese parámetro, considerando que celosamente es negado. También después de los 65 años no se reportó mujer alguna, pudiendo atribuirse a que el promedio de vida en el área rural es bajo, y quizás la patología postmenopáusica no constituye factor considerable, su posición ésta que debe ser investigada. (Ilustramos con el cuadro No. 2.A) (1)

Porcentualmente la asistencia mayor correspondió a mujeres de 15 a 40 años, con 74.5%, lo que está en relación con la edad promedio de madurez sexual (12).





CUADRO No. 2"A"

NUMERO DE NACIMIENTOS SEGUN EDAD DE LA MADRE
Y NUMERO DE HIJOS TENIDOS
DEPTO. DE SOLOLA - 1973

Edad de la Madre	Total	Número de hijos tenidos					
		1	2	3	4	5 y más	-----
Menores de 15	4	3	1	-	-	-	-----
15 - 19	841	614	172	43	9	11	3
20 - 24	1,602	501	479	349	159	114	
25 - 29	1,262	183	145	233	262	439	
30 - 34	908	122	40	82	99	565	
35 - 39	713	85	24	28	65	511	
40 - 44	246	29	4	7	11	195	
45 - 49	45	6	1	3	3	32	
50 o más	24	34	4	2	4	10	
Edad ignorada	35	35	---	---	---	---	-----
T O T A L	5,680	1,582	870	747	612	1,869	

CUADRO No. 3

MENARQUIA

Edad en Años	No. de Casos	Indice Porcentual
11	2	1.4
12	13	9.4
13	25	18.0
14	36	25.9
15	43	30.9
16	9	6.5
17	6	4.3
18	3	2.2
19	0	0.0
20	1	0.7
21	0	0.0
22	1	0.7
T O T A L	139	100.0

Obsérvese que el número del campo no coincide totalmente con el número encuestado, debido a que: No. de ignorados = 24. Con amenorrea primaria = 2. Que sumados a los 139 dan los 165 casos.

Cuadro No. 3:
o se ilustra con el siguiente mapa del depar-
tamento de Sololá.

Indica la edad en que se presentó la menarquía, dejando notar datos muy interesantes; como extremos 11 y 22 años, con 92.1% de pacientes entre 11 y 16 años, lo cual está dentro de lo normal (9, 12 y 15).

Pudiendo considerarse el restante 7.9% como menarquía retrasada, según Joachim Ufer (15). Además se puede observar en la gráfica 3.1, que entre los años 13, 14 y 15 - es de esperarse con mucha probabilidad que se presente la menarquía en la mujer sololateca; notándose marcada diferencia con la edad media de la mujer norteamericana, que es de 12 años 6 meses (12), atribuibles a razones obvias (12, 14).

De acuerdo a lo apuntado por Novak: que los datos estadísticos señalan que la edad de la menarquía es una característica hereditaria influida por la higiene general, más que por razones raciales o climatéricas, y especialmente debe considerarse la mejor nutrición. (El subrayado es nuestro).

24 casos fueron anotados como ignorados y dos como amenorrea primaria, de estas últimas, cabe mencionarse, que una mujer resultó embarazada sin haber tenido menstruación previa.

TOTAL	165	100.0
--------------	------------	--------------

CUADRO No. 4

tratado, sugerimos que el síntoma es sintomático, logrando individualizando cada caso. Pueden nuestra casuística 165 mujeres que presentaban metrorragia disfuncional.

RITMO

Clasificación	Frecuencia	Índice Porcentual
Normal	135	81.8
Irregular	19	11.5
Ignoran	11	6.7
T O T A L	165	100.0

Cuadro No. 4: RITMO

Necesitando adaptar nuestros hallazgos a un patrón, establecido y que sea aceptado generalmente, nos apoyamos al de Novak y Jones (12) para intervalo de 25 a 32 días, con duración de 3 a 5 días regularmente, pudiendo oscilar entre 1 ó 2 días y 7 u 8 días. Habiendo encontrado irregularidad en 11.5%; amerita resaltar que las anomalías del ritmo se deben la mayoría de las veces a los distintos plazos que transcurren para la maduración de los folículos, anomalías funcionales que carecen de significación patológica y no suelen necesitar tratamiento (14, 15).

T O T A L	165	100.0
-----------	-----	-------

CUADRO No. 5DISMENORREA

D. M. R.	Frecuencia	Índice Porcentual
Si	79	47.9
No	80	48.5
Ignoran	6	3.6
T O T A L	165	100.0

D.M.R.: Dolor Menstrual Referido.

Cuadro No. 5: DISMENORREA

Llama la atención el porcentaje similar entre quienes acusan y quienes no, dismenorrea, concretándose a tomarla como una menstruación dolorosa, hasta el momento, sin explicación convincente. (12, 15, 5).

CUADRO No. 6
HEMORRAGIA MENSTRUAL

Cantidad	No. de Casos	Indice Porcentual
Escasa	45	27.3
Moderada	56	33.9
Abundante	52	31.5
Ignorada	12	7.3
T O T A L	165	100.0

Cuadro No. 6: HEMORRAGIA MENSTRUAL

En cuanto a la cantidad de hemorragia menstrual, además de ser uno de los datos más subjetivos, nos resulta muy difícil encontrar parámetros ajustados para catalogar su validez, sin embargo, como ilustración se ha tabulado lo informado.

CUADRO No. 7
METRORRAGIAS

Alteración	Frecuencia	Porcentaje
Si	24	14.6
No	141	85.4
T O T A L	165	100.0

Cuadro No. 7: METRORRAGIAS

Tratándose de hemorragias uterinas anormales y que también se les designa como metropatía hemorrágica o funcional (12, 15, 5), dándose por Schräunder la siguiente explicación para la mayoría de los casos; que depende de una persistencia anormal de folículos sin romper, con la consiguiente ausencia de cuerpos amarillos funcionales, y producción de hiperplasia del endometrio, a consecuencia de una estimulación estrógena anormalmente intensa y prolongada (12).

Sin embargo, estamos de acuerdo que las causas desencadenantes pueden ser muy variadas, y hasta complejas; pero por razones prácticas y resolución oportuna de este problema en la provincia, después de una detenida anamnesis y examen ginecológico cuidadoso, de no considerarse con-

traindicado, sugerimos el tratamiento sintomático, lógicamente individualizando cada caso. (Consultar libros de texto). Pues en nuestra casuística, de las 24 mujeres que presentaban metropatía disfuncional, representando el 14.6% del total, a 10 se les prescribió tratamiento hormonal por vía intramuscular u oral, con resultados favorables; a dos se les practicó histerectomía, una por pólipos cervicales sanguíneos y una por recidiva con mala respuesta a tratamiento médico; ambas grandes multiparas; 3 con impresión clínica de pólipos cervicales y a quienes no se les dio tratamiento, sólo lo citó para evaluación posterior y 9 casos que se perdieron.

El porcentaje anotado es muy alto en comparación con el reportado por Batista Mena (4).

CUADRO No. 8

Cuadro No. 7: METROPATÍA DISFUNCIONAL		
	No. de Casos	Porcentaje
Sí	64	38.8
No	101	61.2

Cuadro No. 8: AMENORREA Y MENOPAUSIA		
	No. de Casos	Porcentaje
Sí	165	100.0
No	165	100.0

CUADRO No. 9

MENOPAUSIA

Menopáusicas	No. de Casos	Porcentaje
Si	22	13.3
No	143	86.7
TOTAL	165	100.0

Cuadros Nos. 8 y 9: AMENORREA Y MENOPAUSIA

Aquí amerita analizar el 38.8% de amenorreas, al cual restándole el 13.3% de menopáusicas, queda 25.5%, al que se debe restar el 1.2% que corresponde a 2 pacientes catalogadas como amenorrea primaria y secundaria respectivamente, acreditándose el 24.3% final a embarazadas y lactantes.



CUADRO No. 10

FLUJO REFERIDO

Presencia	No. de Casos	Porcentaje
Sí	79	47.9
No	86	52.1
T O T A L	165	100,0

Cuadro No. 10: FLUJO REFERIDO

El flujo referido lo consideramos también bastante subjetivo, pues muchas personas pasan desapercibido este problema, no obstante, su relación porcentual se acerca al hallazgo de examen clínico, al igual que del diagnóstico citológico.

PART-DIA	GESTAS	PARTO			AGENOTOS			CESARAS			EMBARAZO ACTUAL			EMBARAZO GENERAL			EMBARAZO ECRÚPICO				
		No. Casos	%	Total-Partas	No. Casos	%	Total Naci-dos.	No. Casos	%	Total	No. Indi-Casos	%	Total	No. Indi-Casos	%	Total	No. Indi-Casos	%	Total	No. Indi-Casos	%
0	7	4.2	0	13	0.00	0	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
1	17	10.3	17	13	1.45	13	27	3.02	27	10	--	10	12	1.34	3	0.34	3	1	0.11	--	--
2	19	11.5	38	28	6.26	56	12	2.68	24	2	1.12	4	--	--	1	0.23	2	--	--	--	--
3	16	11.5	57	18	6.04	54	5	1.68	15	--	0.45	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
4	15	9.1	60	17	7.61	68	1	0.45	4	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
5	17	10.3	85	15	8.79	75	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
6	12	7.3	72	11	7.58	66	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7	12	7.3	84	11	8.61	77	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
8	12	7.3	96	10	8.95	80	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
9	11	6.7	99	7	7.05	63	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
10	8	4.9	80	11	12.31	110	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
11	2	1.2	22	2	2.46	22	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
12	4	2.4	48	3	4.03	36	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
13	5	3.0	65	3	2.36	39	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
14	4	2.4	56	2	3.13	28	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
15	1	0.6	15	1	1.68	15	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
TOTALES	165	100.0	894	165	89.71	802	43	7.85	70	12	1.57	14	12	1.34	0.56	5	1	0.11			

Los índices porcentuales, (a excepción del de pacientes que se ha calculado sobre 165) están basados sobre 894 gestas.

Cuadro No. 11: HISTORIA OBSTETRICA

Este cuadro sin lugar a dudas, se puede catalogar como de vital importancia, toda vez que recoge datos muy interesantes: Gestaciones, paridad, abortos, cesáreas, embarazos actuales y embarazos gemelares, de cuyos porcentajes es fácil deducir que de esta muestra, es alto el índice de gestaciones, partos y abortos, lo cual refleja la idiosincrasia del hombre del campo, y su situación socio-económica paupérrima, por no decir angustiosa, causa innegable del porcentaje de abortos. Para corroborar lo antes dicho, citamos 2 de las conclusiones de la 3a. Mesa Redonda de la Federación Centroamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, celebrada en Managua en 1961. 1) La interrupción del embarazo, tanto espontánea como provocada, es un problema social. 2) Los caminos que conducen al aborto son: miseria, ignorancia, perversidad y patología.(8) Y en lo tocante a las cesáreas, permite decir que la asistencia hospitalaria se está haciendo sentir y lo fundamental, se está aceptando. Más, obligado es comentar que el 1.5% de pacientes cesarizadas sobre 894 embarazos en 165 madres, todavía sigue siendo bajo si se compara con el total de nacimientos en 1973 en el Departamento de Sololá, y en donde como puede verse, el mayor número de partos es asistido por comadronas empíricas, obviamente con toda una gama de complicaciones, producto de sus mitos y costumbres (1).

(Ver cuadros 11 y 11-A).

CUADRO No. 11-A

NACIMIENTOS SEGUN ASISTENCIA RECIBIDA POR PROCEDENCIA DE LA MADRE
ANO 1973

Localidad	Total	Médico	Comadrona	Empírica	Ninguna
1. Sololá	1,581	134	38	1,403	6
2. Nahualá	660	---	6	653	1
3. San Andrés Semetabaj	159	---	1	158	---
4. Panajachel	122	---	17	102	---
5. San Lucas Tolimán	370	1	---	293	76
6. San Pablo La Laguna	151	---	4	147	---
7. San Marcos La Laguna	37	---	---	37	---
8. Santiago Atitlán	673	4	---	668	1
9. San José Chacayá	33	---	---	33	---
10. Sta. María Visitación	44	---	---	44	---
11. Sta. Catarina Ixtahuacán	577	---	46	513	18
12. Santa Clara La Laguna	99	---	---	99	---
13. Santa Catarina Palopó	73	---	56	17	---
14. San Antonio Palopó	211	---	---	---	211
15. Santa Cruz La Laguna	70	---	5	65	---
16. San Juan La Laguna	200	---	---	200	---
17. San Pedro La Laguna	222	---	189	---	33
T O T A L	5,282	142	362	4,432	346

Fuente: "Unidad de Planificación y Estadística", Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Rep. de Guatemala, 1973.

CUADRO No. 12

ANTICONCEPTIVOS

Usuarias	No. de Casos	Porcentaje
Si	69	41.8
No	96	58.2
T O T A L	165	100.0

Nota: no se incluyeron como usuarias, 18 pacientes que suspendieron el tratamiento.

CUADRO No. 13

USO DE ANTICONCEPTIVOS

Clase	No. de Casos	Porcentaje
Oral	50	72.5
DIU	12	17.4
Pomeroy	7	10.1
T O T A L	69	100.0

Cuadros Nos. 12 y 13: ANTICONCEPTIVOS Y USO DE LOS MISMOS

Los datos aquí anotados nos darán margen a comentar suscintamente sobre un tópico de actualidad y hasta atrevámonos a decir, de controversias: la anticoncepción. Merced a que fuertes sectores de la población, obedeciendo a credos religiosos, patrones culturales, psicológicos, económicos y sociales, lo toman con recelo; empero está siendo aceptado progresivamente, aunque por la falta de orientación de un programa acorde a las circunstancias especiales que ofrece el medio rural, con una población mayoritaria de indígenas (1), muchas lo abandonan por inadaptación, ignorancia o justificadamente por causarles molestias, la mayoría de las veces por su uso inadecuado; sin desestimar o pretender negar los inconvenientes de cada método (12). Obsérvese que en nuestra muestra, el 10.9% abandonaron los anticonceptivos.

Referente al número de casos en nuestra muestra, que por cierto es alto 41.8%, obedece al hecho de haber tomado los centros de salud del área, encargados de programas de Planificación Familiar, agregándose el 10.1% con esterilización quirúrgica; pacientes eminentemente hospitalarias, salvando decir en base a experiencias personales, que un considerable número de las empadronadas como usuarias, no estaban inscritas en el programa, sino que habían decidido evitar el embarazo, gracias a la propaganda y consejos de la vecina, y al libre expendio de anticonceptivos orales en las farmacias públicas.

Amén de que en 1968 APROFAM expandió su servicio para incluir clínicas satélites, en área rural y en el Ministerio de Salud empezaron a funcionar varias unidades móviles (PUMA) para llegar a las poblaciones alejadas de Guá-

temala (2). Consideramos que no se ha llenado este propósito a satisfacción, lo que se puede comprobar analizando el cuadro No. 5 del Anuario Estadístico, Programa Nacional de Planificación Familiar, 1972; que indica que durante 1971-1972 la región I, que incluye la Capital, y las clínicas manejadas por APROFAM tenía la cifra de aceptación más alta (40.3%); mientras que la Región 5 "segunda en población general y primera en población rural", la cifra de aceptación anual fue de 9% en mujeres susceptibles (2) (El subrayado es nuestro).

En relación al tipo de anticonceptivo seleccionado, - hay un predominio marcado del oral, o pastillas, con 72.5% para nuestro caso, bastante cercano al 78% reportado en el Anuario citado arriba (2).

CUADRO No. 14

ANTECEDENTES QUIRURGICO GINECOLOGICOS

Intervenciones	No. de Casos	Porcentaje
Histerectomía	4	8.9
Legrado	3	6.7
Laparotomía	1	2.2
T O T A L	8	17.8

NOTA: El porcentaje está dado sobre la base de 45 abortos.

Cuadro No. 14: ANTECEDENTES QUIRURGICOS GINECOLOGICOS:

De aquí, lo que llama seriamente la atención es el bajo porcentaje de legrados referido en relación al número de abortos, es decir 6.7% de pacientes legradas, atribuyéndose ello a que posiblemente si les fue practicado este procedimiento, pero no se les informó, pasando entonces inadvertido; aunque es de aceptarse que muchas pacientes, especialmente las indígenas, por falta de orientación, por creencias o rituales y también por problemas serios de distancia, son atendidas en su casa por la comadrona o el curandero del lugar.

CUADRO No. 15

HALLAZGOS CLINICO GINECOLOGICOS
(Los índices porcentuales se dan sobre el total de hallazgos)

Hallazgos	No. de Casos	Porcentaje
Acortamiento de la vagina	1	0.50
Atrofia uterina	1	0.50
Blenorragia	1	0.50
Cisto-rectocele	21	10.45
Erósis del cérvix	18	8.95
Fibromatosis uterina	4	1.99
Flujo	78	38.81
Normal	65	32.34
Pólipo endocervical	5	2.49
Prolapso genital	3	1.49
Quiste glándula Bartholin	2	0.99
Uretritis	2	0.99
TOTAL	201	100.00

Cuadro No. 15: HALLAZGOS GINECOLOGICOS CLINICOS

Este cuadro es de singular importancia, porque refleja en sí la patología clínica de los 165 pacientes estudiados, afortunadamente, no constituyeron casos graves o serios, habiéndose podido resolver los principales en el Hospital Nacional de Sololá, con tratamiento médico o quirúrgico, tal la blenorragia, 2 casos de cistorrectocele (de los restantes, la mayoría diagnosticados como Grado I, sin ameritar intervención); Leucorreas, 2 casos de pólipos cervicales, un prolapso genital y una uretritis. Desafortunadamente muchos casos se perdieron por falta de cooperación de las pacientes, motivado de temor mal fundado, necesidad de permanecer al frente del hogar, por no considerar su cuadro "como enfermedad", y lo más lamentable, por ignorancia.

CUADRO No. 16

DIAGNOSTICO CITOLOGICO

(Los índices porcentuales se dan sobre el total de diagnósticos)

Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje
Atrofia por lactancia	4	1.87
Carcinoma escamoso del cérvix	2	0.93
Diagnóstico dudoso	1	0.47
Displasia endocervical	3	1.40
Efecto estrogénico	7	3.27
Efecto progestínico	31	14.49
Estroatrofia	8	3.74
Inflamación no específica ligera	46	21.49
Inflamación no específica moderada	12	5.61
Inflamación no específica severa	5	2.34
Insatisfactorio	3	1.40
Monoliasis	4	1.87
Normal o negativo	25	11.68
Teleatrofia	5	2.34
Tricomoniasis	58	27.10
 TOTAL	 214	 100.00

Cuadro No. 16: DIAGNOSTICO CITOLOGICO

Se ha reservado para el final, este cuadro que se le ca

talogo como la parte medular del presente trabajo de tesis, en virtud de contener el diagnóstico citológico, que como lo consideran la mayoría de autores, es el mejor medio para confirmar la impresión clínica y en el caso del Cáncer del Cérvix en su etapa incipiente, es la única manera de poderse detectar (7, 11, 12, 10). Movidos por esta razón, - además de la que se considera como causas predisponentes o etiológicas: edad temprana del coito, no circuncisión, - vida sexual activa, multigestaciones y paridad, factor racial, situación socio-económica baja, e inclusive se ha culpado al parásito tricomonas (3, 9, 12); creemos conveniente practicar el estudio piloto citológico cervico-vaginal en el Área de Salud de Sololá, que como ha quedado apuntado antes, su población mayor está representado por indígenas y en quienes se observa casi indiscriminadamente los factores antes citados. Sin embargo, con las reservas del bajo número estudiado, únicamente se encontró un 0.93% - de positividad para el Ca del Cérvix, de cuyos dos casos, - uno fue confirmado por conización (Ca. microinvasivo) habiéndose practicado posteriormente histerectomía abdominal total; valga decir que este paciente pertenece a la raza indígena pura. El otro caso reportado como Ca in situ, fue biopsiado, con resultado histológico de "Displasia Focal Moderada", o sea que se debe catalogar como falso positivo, para los fines de la actual clasificación, porque no se le puede dar valor absoluto a la referida biopsia en virtud de haber sido tomado a vista clínica; lamentablemente no se contempló el uso de otros medios diagnósticos, tal es la prueba de Schiller, y no digamos más especializados como la Colposcopía, fuera de nuestro alcance; pues la paciente en discusión rehusó la conización, prefiriendo controles estrictos posteriores (ladina).

En cuanto al diagnóstico dudoso, se consideró negati-

vo después de la biopsia, tomada en los cuatro cuadrantes, pero seguirá bajo control médico por ser usuaria del Programa de Planificación Familiar.

Para los casos de displasia endocervical, se recomendó controles periódicos, previo tratamiento de la inflamación por tricomonas, entidad asociada. Igual conducta ha de seguirse en los casos de inflamación no específica en sus tres categorías. Sin embargo, necesario es detener aquí nuestra atención, no sólo en el alto porcentaje reportado, 29.44%, sino a lo difícil que será lograr ese control por razones ya comentadas en otros apartados; a no ser que se adopten medidas especiales como las siguientes: localización de los casos por el Servicio Social y Enfermería del Área, toma de muestras en el lugar de origen de las pacientes y proporcionar gratuitamente el medicamento específico.

Problema similar lo constituye la tricomoniasis, con el 27.10% de lo diagnosticado, y cuya cifra está por debajo de lo reportado por Arnoldo Estrada Fernández y Elfren Solano Aguilar, en su estudio de leucorrea en una consulta anti-venerea (6) con 44%; al igual que Edmundo Poujol y Col. en el estudio microbiológico y clínico de 116 pacientes con leucorrea (13), con 37.9% para tricomonas.

Obviamente esos estudios han sido dirigidos hacia un sector de población con problemas manifiestos y de mucha probabilidad, lo cual nos permite inferir, que si hubieramos seleccionado a nuestras pacientes, y valga repetir, contar con mejores medios diagnósticos, seguramente las cifras se equipararían.

Prosiguiendo en el análisis, se han expuesto los porcentajes correspondientes a los efectos estrogénicos y progestí-

nicos observados en los frotes, los cuales no son totalmente expresivos de este fenómeno hormonal, en vista de haberse suspendido la dosificación de los mismos por las inflamaciones abundantes y lo cual altera los resultados, siendo indispensables entonces, tratar previamente la infección para facilitar el trabajo de laboratorio y con lo cual se hará un diagnóstico más seguro.

Finalmente, nos resta hacer notar el hecho de haber tenido un bajo índice de insatisfactorio, si se toma en cuenta los problemas de material y con ellos, relativas fallas técnicas en la toma de las muestras, atribuyéndolo personalmente a que desde el inicio se tuvo contacto directo con las personas encargadas de procesar y examinar las laminillas, aprovechando decir aquí, que resaltó la sobrada voluntad de quienes hicieron posible el trabajo citológico.

V.- CONCLUSIONES

1. Es factible realizar programas de investigación en el medio rural, siempre y cuando se tenga predisposición y un plan adecuado.
2. Se hace indispensable contar con personal preparado y familiarizado con el medio para llevar a cabo estos programas.
3. Para obtener óptimos resultados, es imprescindible una adecuada campaña de divulgación.
4. El Área de Sololá representa un medio especial en relación al Altiplano, por la topografía de sus poblaciones ribeñas al Lago de Atitlán.
5. El dialecto y costumbres ya no constituyen una barrera insalvable para llevar a cabo programas asistenciales y de salud.
6. El Programa de Planificación Familiar en Sololá, no está adecuado al medio, dejando mucho que desear, al igual que el patrón general en Guatemala.
7. La incidencia de Carcinoma del Cervix en la mujer - del Área de Sololá es bajo, contrastando con la hipótesis del trabajo.
8. La tricomoniasis cervico-vaginal constituye la entidad

infecciosa más común en el Área de Salud de Sololá.

9. Es notoria la multiparidad en la muestra analizada.
10. El alto porcentaje de indígenas, con sus costumbres peculiares, la precaria situación económico-social y los pésimos medios de comunicación, inciden desfavorablemente en la salud de los habitantes de la región de Sololá.
11. La escasez de recursos materiales y técnicos, entorpecen la asistencia médica, que puede y debería producirse en el interior de la república.
12. La ausencia de serias molestias vaginales, causadas por tricomonas y el costo prohibitivo de medicamentos específicos para las pacientes, no permitió que se efectuara el tratamiento de rigor.
13. El estudio citológico cervico-vaginal, sigue constituyendo el principal medio diagnóstico para programar en masa.

VI.- RECOMENDACIONES

1. Incluir el examen ginecológico de manera rutinaria, - en pacientes seleccionadas, tanto a nivel hospitalario como en el Centro de Salud.
2. Continuar por parte de los practicantes de la Facultad de Ciencias Médicas que están en el área, el presente estudio.
3. Instar a todos los médicos laborantes en la provincia, a incrementar aún en su clientela privada, el reconocimiento ginecológico y citológico.
4. Dar mayor difusión a los distintos métodos diagnósticos y sistematizarlos, para lograr la detección precoz del Ca del Cervix.
5. Reorientar los programas de Planificación Familiar, de manera tal, que se adecúen a las necesidades del sector rural.
6. Propiciar por parte de la Asociación de Gineco-Obstetricia, y el Colegio de Médicos y Cirujanos y la DIMIF, cursillos o congresos a nivel regional.
7. Es imprescindible unificar criterios entre el sector médico y de laboratorio, e incrementar los servicios de este último.

8. Emprender investigaciones a nivel nacional para contar con estadísticas propias.
9. Para un efectivo aprovechamiento de recursos en el área rural, desde el punto de vista de saludes urgente un acoplamiento entre la Facultad de Ciencias Médicas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
10. Cualquier trabajo de tesis o investigación que se proyecte al medio rural, deberá contar con la ayuda de entidades de servicio y autoridades, para obtener resultados más halagüeños.
11. Encausar el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado, a trabajos de campo en orden prioritario, de acuerdo a las necesidades de cada comunidad.
12. Motivar a los moradores de la región a fin de mejorar su agricultura, comercio e industria, única manera de sacarlos del marasmo socio-económico y así elevar su nivel de vida a condiciones más humanas.

VII.- COMENTARIO FINAL

Con la satisfacción de haber culminado el presente trabajo de tesis, que seguramente motivará a muchos compañeros estudiantes de Medicina a proseguirlo, por tener que hacer sus prácticas en Sololá, y de haber visto realizados mis anhelos de proyección hacia el medio rural, quiero decir suscintamente que todo lo apuntado ha tratado de apegarse al máximo a lo real; así, debo confesar que hubo momentos en que creía claudicar por los múltiples problemas encontrados, sin embargo, el principio noble de la Medicina "Ser útil a los demás", me permitió seguir adelante.

Y como trato de dejar plasmados mis principales vivencias a posteriori, las enunciaré brevemente:

Me parece un trabajo arduo, no sólo en lo personal, si no para quienes colaboraron estrechamente conmigo, personas con quienes estoy en deuda.

La hipótesis del trabajo: Investigar especialmente el Ca del Cervix en la mujer indígena, dadas sus características, fue mutada al no encontrar porcentajes altos de este flagelo en la mujer en el área rural investigada.

Respecto a la toma de muestras, hubo ciertos inconvenientes y que deseo puntualizar para ser mejorados en el futuro. Es aconsejable no usar una sino dos laminillas, para su pronta fijación.

Los mismos bajalenguas pueden ser adaptados al modelo de Paleta del Dr. Ayre (hacerle una muesca para mejor toma del cérvix) y con ello reducir su costo.

Idear un método de envío pronto y seguro de los frotes.

Elaborar un fichero especial, dándole importancia a los datos gineco-obstétricos.

Ahora, en cuanto a la detección del Ca del Cervix en el Área rural, organizar una campaña a nivel nacional, procurando contar con todos los medios diagnósticos establecidos y una mejor difusión de los mismos entre el noble gremio médico, que ejerce en los Departamentos y sobre quienes se avalanza la enorme responsabilidad de prodigar los beneficios de la medicina, a nuestros semejantes del campo, a través de su hipocrático apostolado.

VIII.- BIBLIOGRAFIA

1. ARCHILA AMEZQUITA, Carlos Haraldo.
Mitos, costumbres y creencias sobre atención de partos por comadronas empíricas de nueve municipios del Depto de Sololá.
Tesis (Trabajador Social). División de Ciencias Sociales y Humanidades del Centro Universitario de Occidente de la USAC. Noviembre de 1974, pp 83.
 2. Anuario Estadístico, Programa Nacional de Planificación Familiar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Guatemala 1972. pp 1-15
 3. BETANCOURT FIORAVANTI, Enio.
Carcinoma del Cervix y Embarazo.
Tesis (Médico y Cirujano).
Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de CCMM. 1960. pp 44
 4. BATISTA MENA, Salvador.
Metrorragia funcional o disfuncional.
Revista de FCASOG. Volumen VI, No. 2
Abril-Mayo-Junio 1966
 5. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Salvat Editores, S.A.
Barcelona, Edición 1968. 1213 pp.

6. ESTRADA FERNANDEZ, Arnoldo; SOLANO AGUILAR, El fren. Leucorrea en una consulta anti-venérea. Revista FCASOG, Vol. V; No. 1. Enero-Febrero-Marzo, 1965; pp 10-12
7. ESCOBAR VILLATORO, Carlos Augusto. Cáncer, su frecuencia en Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de CCMM. Guatemala, 1953. 40 p
8. TARAJ, Elías y CARRANZA, René. Aborto - Factores Médicos Sociales. Revista de la FCASOG (Guatemala) Volumen IV, No. 3 Julio-Agosto-Septiembre 1964. pp 18-21
9. GUIDO, Clemente y Juan José Lindo. Análisis de 600 casos de Carcinoma del Cervix. Tribuna Médica, 2º número de octubre de 1973. Tomo XIV, No. 8. pp A-3 & A-5
10. LIPWORTH, George y HENDERSON, Brian E. Genital Tract Carcinoma in Teenagers and Young Adults. New England Journal of Medicine Volume 286, No. 14 April 6, 1972 - pp 760-761
11. LIPWORTH, Leslie. et. al. Cervical Cytology New England Journal of Medicine Volume 287, No. 19 November 9, 1972 - pp 986

12. NOVAK, Edmund R; Georgesna Jones y Howard W. Jones Jr. Tratado de Ginecología Traducido por Alberto Folch y Pi Edición Interamericana Octava Edición. 1971 816 pp
13. POUJOL, Edmundo. R. Elías Faraj R.; Joaquín Nuñez. Estudio Microbiológico y Clínico de 116 Pacientes con Leucorrea. Revista de la FCASOG (Guatemala) Volumen III, No. 2 Abril-Mayo-Junio 1973. pp 12-15
14. SOUTHAM, Anna L. Trastornos Menstruales Clínicas Obstétricas y Ginecológicas Septiembre 1966. pp 779-787
15. UFER, Joachim. Hormonoterapia en Gineco-Obstetricia. Fundamentos y Práctica. 3a. Edición española, 1972, Corregida y aumentada. Editorial Alhambra, S.A. R.E. 182. Versión española de los doctores Francisco Ruiz Albrecht y Manuel Martínez de Victoria y Juguera. 182 p