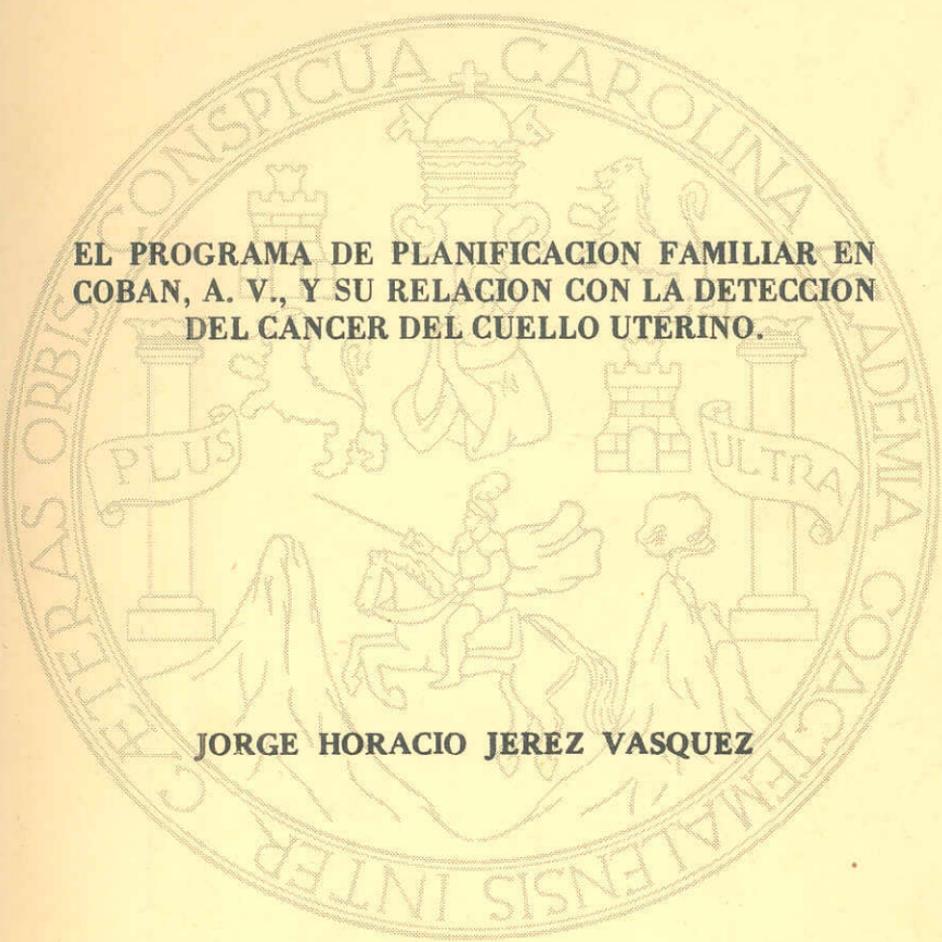


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a knight on horseback, holding a sword and a shield. Above the knight is a crown. To the left and right of the knight are two pillars, each topped with a crown and a banner. The banner on the left reads 'PLUS' and the banner on the right reads 'ULTRA'. The entire scene is enclosed within a circular border containing Latin text: 'SCIENTIAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ADEMIAM COACTEMALENSIS INTER'.

**EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN
COBAN, A. V., Y SU RELACION CON LA DETECCION
DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO.**

JORGE HORACIO JEREZ VASQUEZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1978

PLAN DE TESIS

- I. CONSIDERACIONES GENERALES
- II. OBJETIVOS
- III. HIPOTESIS
- IV. METODO, TECNICA Y PROCEDIMIENTO
- V. PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

CONSIDERACIONES GENERALES

"Todavía podemos ser más pero también es necesario que seamos mejores."

Dr. Manuel A. Girón M.

Guatemala es una sociedad que tiene un modo de producción predominantemente capitalista, es una sociedad económicamente dependiente del sistema capitalista mundial.

Como sociedad capitalista se caracteriza en que pocas personas poseen los medios de producción (terraténientes, industriales, comerciantes, banqueros), quienes, realizan sus operaciones pagando mano de obra barata.

En general y sobre todo en el campo, la tecnificación del trabajo es deficiente utilizando instrumentos y objetos de trabajo de un desarrollo incipiente, lo que se traduce, en un poco desarrollo de las fuerzas productivas.

Las relaciones sociales de productividad se establecen entre los dueños de los medios de producción y los asalariados, manteniendo entre si una pugna que se traduce entre pagar bajos salarios de parte de unos y obtener mayores retribuciones principalmente económicas de parte de los otros.

Dentro de esta sociedad concreta se desarrolla un programa de planificación familiar en toda la república de Gua-

temala.

La planificación familiar puede ser considerada de distintas maneras de acuerdo a la visión que de la misma se tenga, es decir, que de acuerdo a la concepción, análisis, juicio y posición ante la misma se le puede considerar como: solución, área de trabajo, componente programático, política de desarrollo, o bien puede ser considerada como problema. (9)

Actualmente en Guatemala, existen dos líneas de pensamiento bien definido y diametralmente opuestas respecto a la planificación familiar.

La primera de las posiciones firmemente adoptada, considera la necesidad de la misma, y en nuestro país es representada por la Asociación Pro-bienestar de la Familia, y la otra tesis es la sustentada por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos la que no está de acuerdo con el modus operandi de esa institución. La primera principió a laborar el 2 de Enero de 1965 con un programa tendiente a lograr que la población guatemalteca conociera los métodos anticonceptivos, orientándola al uso de los mismos y, proporcionándolos a un precio bajo, buscando reducir así el número de hijos por familia.

La segunda considera que se ha principiado por el final, es decir por el tratamiento del caso, sin haber hecho un examen y un diagnóstico previo del mismo y de las justificaciones.

El tema ha originado controversia tanto a nivel intelectual,

social, económico, político y teológico no solo en nuestro país sino en todo el mundo.

La Asociación Pro-bienestar de la Familia pertenece a la Federación Internacional de Planificación Familiar, órgano consultor desde 1971 de la Organización Mundial de la Salud, WHO, ALIMENTOS FAO de la Organización Internacional de Trabajo UNESCO y UNICEF; en nuestro país es la pionera de la Planificación Familiar. (7) Actualmente tiene a su cargo el programa de planificación familiar en la ciudad capital, siendo el resto del país atendido por los centros y puestos de salud dentro del Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud Pública.

El siguiente cuadro resume información de las clínicas: (7)

No. Clínicas	Total acumulado usuarias inscritas	Hora X día	Hora X mes	Horas médicas	Personal					
					Med.	Enf.	T.S.	Aux.	Adm.	Cons.
1 Centrales	36,802	12	240	140	7	2	2	6	7	1
2 Roosev.	25,424	8	160	50	3	1	1	3	3	1
3 General	5,145	4	80	10	1			1	1	
4 Florida	9,034	3	60	10	1	1	1	1		
5 Palmita	6,634	4	80	10	1		1	2	1	
6 Parroquia	5,745	4	80	10	1		1	2		
TOTAL	88,784	35	700	230	14	4	6	15	12	2

Se estima que un 40% (35,514) de las inscritas se mantienen activas, algunas han permanecido en los programas desde de 1965, cuando se inició.

A continuación se enumera la preferencia respecto al método anticonceptivo de cada usuaria: (7)

ORAL	DIU	INYECCION	PRESERVATIVO	LOCALES
63%	15%	5%	10%	7%

EL PRONUNCIAMIENTO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS, DICE ASI:

NUESTRA DEFINICION ANTE LA PLANIFICACION FAMILIAR

- Política de población es el camino que se traza un país, un estado o un gobierno con respecto a su crecimiento demográfico.
- Paternidad responsable, planificación familiar o como quiera que se le llame, es la actitud mental conyugal con respecto al tamaño de la familia, a la cual se llega a través de la educación.

---- Partiendo de los dos criterios anteriores la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, no está de acuerdo con el modus operandi que el estado y algunas agencias particulares han adoptado para encarar nuestro problema poblacional.

Y no estamos de acuerdo con ese modus operandi, para hacer frente a nuestro problema poblacional, si es que lo tenemos, pues se ha principiado por el final, es decir por el tratamiento del caso sin haber hecho un examen y un diagnóstico previo del mismo, que serían los dos pasos que nos podrían sugerir las alternativas a adoptar como posibles soluciones.

---- Si examinamos cabalmente la situación del pueblo de Guatemala, podríamos saber si:

¿ El pueblo guatemalteco padece un problema poblacional ?

¿ El desnivel que existe y que se acentúa entre el crecimiento de la producción y el crecimiento de la población, se debe a una excesiva natalidad o bien a una deficiente producción, consecutiva a una crisis del sistema imperante ?

¿ La familia guatemalteca, rural en su gran mayoría, necesita actualmente de muchos brazos para su subsistencia o toleraría una reducción de los mismos ?

¿ No será el subdesarrollo, la dependencia y la explo-

ción, los causantes de nuestra miseria ?

¿ No será acaso la mala repartición de la riqueza y la explotación de la propiedad privada de los medios de producción, las culpables de nuestro desbarajuste ?

---- En fin, de un examen racional de la situación del país, en lo nacional y como ente de un todo internacional, tendríamos la respuesta a las anteriores interrogantes y como consecuencia un diagnóstico aproximado de nuestro status; y por lo tanto, abierto el camino lógico a soluciones correctas.

---- Pero en el caso de nuestro crecimiento demográfico, nada de esto se ha hecho, por lo que los programas adoptados al respecto no son valederos ni mucho menos acorde a la realidad imperante.

---- No podemos aceptar por lo tanto que se esté universalizando el uso de anticonceptivos, cuando a nivel nacional no está planificada la acción económico-social; tampoco podemos aceptarla, ya que dicha conducta no forma parte de un plan nacional educativo y de salud; y que además por lo esporádico, intrascendente y sin definición de estos programas pensamos que propenden a ideologizar una tendencia y a desprestigiar un procedimiento que pudiera ser mejor utilizado en determinadas circunstancias.

---- Tampoco estamos de acuerdo con esta canalización de recursos que podrían reforzar trabajos ya existen-

tes, que verdaderamente están tratando de solucionar reales y urgentes problemas a lo largo y ancho de Guatemala.

----- En conclusión la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, cree que nuestra problemática no deriva ni mucho menos de una "explosión demográfica". Nuestra crisis no es de superpoblación, sino de subproducción. Nuestra crisis está en la falta de empleo y estímulo para los brazos que desean trabajo y en la deficiente utilización y distribución de los recursos del país. Nuestra crisis no es que tengamos miseria, sino que el pueblo ya tiene conciencia de ella, y quiere salir de la misma lo antes posible. (5)

----- Apoyado el pronunciamiento en punto 3 inciso 3-4 del acta 10-72 por la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala el 2 de Agosto de 1974.

CONSIDERACIONES DEMOGRAFICAS:

CANTIDAD DE POBLACION MUNDIAL Y NUMERO DE AÑOS TRANSCURRIDOS (O POR TRANSCURRIR) PARA DUPLICAR (O TRIPLICAR) DICHA POBLACION SEGUN AÑO EN 2000 AÑOS DE ERA CRISTIANA.

Era Cristiana (Año)	Cantidad de Población	Años para Duplicarse o Triplicarse
Inicio	250 000 000	1 600
1 600	500 000 000	250
1 850	1 000 000 000	110
1 960	3 000 000 000	40
2 000	6 000 000 000	

FUENTE: "Salud Mundial", revista ilustrada de la OMS. Noviembre de 1965.

Al analizar las cifras puede creerse que el crecimiento de la población mundial es un fenómeno lineal y de desarrollo uniformemente progresivo. Si así fuera, la tasa de crecimiento porcentual de la población mundial, en los primeros 1,600 años de Era Cristiana sería de 0.04 (70/1 600), y la misma tasa no podría dar lugar a ningún crecimiento, sobre todo si la esperanza de vida al nacer es pequeña, y que existen las guerras, las fuerzas telúricas y las enfermedades que diezman la cantidad de seres humanos. Es evidente

pues que el crecimiento de la población no ha correspondido a una progresión lineal. (15)

ESTIMACION DEL NUMERO Y PORCENTAJE DE HABITANTES SEGUN CONTINENTE. POBLACION MUNDIAL, 1960.

<u>CONTINENTE</u>	<u>HABITANTES</u>	<u>PORCENTAJE</u>
ASIA	1 789 419 000	58.5
EUROPA	605 413 000	19.8
AMERICA	410 000 000	13.4
AFRICA	238 392 000	7.8
<u>OCEANIA</u>	<u>15 571 000</u>	<u>0.5</u>
TOTAL	3 058 795 000	100.0

NUMERO Y PORCENTAJE DE KILOMETROS CUADRADOS SEGUN CONTINENTE

<u>CONTINENTE</u>	<u>KILOMETROS²</u>	<u>PORCENTAJE</u>
ASIA	43 828 509	32.3
AMERICA	42 140 565	31.0
AFRICA	30 624 333	22.6
EUROPA	10 236 511	7.5
<u>OCEANIA</u>	<u>8 970 057</u>	<u>6.6</u>
TOTAL	135 799 975	100.0

La población mundial para 1978 puede estimarse en unos 4,200 millones. La distribución porcentual para cada continente ha variado ligeramente en comparación con 1960. La variación más importante corresponde al continente africano, el cual en vez de 7.8 % tendría 10 %, América llegaría al 14 %. Europa y Asia bajarían su proporción, la primera a 18 % y el segundo a 57.5 %.

Importante para el análisis, es la comparación de los continentes según el número de habitantes por kilómetro cuadrado; lo que se conoce como densidad demográfica. (15)

DENSIDAD DEMOGRAFICA SEGUN CONTINENTE 1960

<u>CONTINENTE</u>	<u>HABITANTES/KILOMETRO²</u>
EUROPA	58.1
ASIA	40.8
AMERICA	9.7
AFRICA	7.8
<u>OCEANIA</u>	<u>1.7</u>
MUNDIAL	22.5

Habiendo en 1978, un total mundial de 4,200 millones de habitantes, la densidad demográfica es igual a 30.9 personas por kilómetro².

Si la población mundial llegara a 6,000 millones, existiendo la misma extensión territorial (136 millones de kms²) la densidad demográfica sería 44.

Los países bajos, en 1963, tenían la mayor densidad dentro del total de países que hay en el mundo. Esta densidad fue de 381 habitantes por kilómetro².

Hay lugares (no países) de mayor densidad: Washington, D.C. 4,784; Chicago 6,099; New York 9,500 todo para 1960. En 1.5 kms² de Harlem vivían 117,000 personas.

El lugar de máxima densidad demográfica mundial, en 1965, era Hong Kong con 500,000 (½ millón) de habitantes por km². (15)

ASPECTOS DE LA POBLACION GUATEMALTECA

En 1960 la cantidad de guatemaltecos era de 3,860,246. Esta cifra es el 0.13 % de 3 mil millones que estimamos que había en todo el mundo. Si el mundo llegara a tener 6 mil millones en el año 2,000 (por crecer anualmente a 1.9 %) y Guatemala 12 millones (por 2.9 %) de nacimiento anual constituiríamos el 0.20 %. Si en ese año la población mundial fuera de 8 mil millones, seríamos el 0.15 % de la población mundial. El territorio nacional mide 108,889 km².

La densidad demográfica de la república en 1973, fue de 47.9 habitantes por kilómetro².

Al tener 6 millones la densidad demográfica sería 55.1 y al tener 12 millones 110.2 y estaríamos en el año 2,000 con menos habitantes de los que tenía la República de El Salvador en el año 1974. (15)

Se ha visto a lo largo de la historia que las naciones hoy llamadas poderosas tuvieron en el pasado un aumento acelerado de su población, y que dicho aumento fue acompañado de su desarrollo económico y progresista. Ocurriendo posteriormente una reducción en su natalidad como consecuencia de una mejor educación, nivel de vida y concepción respecto a la familia.

En el estudio La Familia en Guatemala, ideas y experiencias de la mujer capitalina realizado por la Universidad en 1966 se encontró que:

"Las mujeres que no pasaron del 3er. año de primaria o que nunca habían ido a la escuela, declararon el mayor número de hijos 3.77 y 3.76 respectivamente. Conforme aumentaba la escolaridad, disminuía el número de hijos, pero vuelve a aumentar en las que completaron secundaria o universidad sin llegar a los niveles de las primeras."

"En cuanto a la ocupación de los cónyuges, tuvieron menos hijos, las mujeres que trabajaban en cargos de supervisión e inspección elevados, así como en ocupaciones no manuales: 1.37 hijos por mujer".

"Las ocupaciones más humildes se acompañaron del mayor número de hijos, y este número bajó conforme ascendía la categoría de la ocupación. Nuevamente asciende el número de hijos pero levemente, en las ocupaciones de más elevada categoría."

"El uso de anticonceptivos aumenta con la escolaridad; de las mujeres que nunca fueron a la escuela solo el 10 % usaba anticonceptivos mientras que las que terminaron la universidad lo hacían en el 70 %".

"En cuanto a anticonceptivos y nivel económico, de las que gastaban menos de 50 quetzales al mes el 12 % los usaba; de las que gastaban 600 ó más al mes lo usaban el 100 %". (8)

CONSIDERACIONES SOBRE EL CANCER IN SITU

El cáncer in situ llamado también cáncer intra epitelial o enfermedad de Bowen del cérvix, es una lesión que está limitada estrictamente a la mucosa sin invadir la capa basal ni los tejidos adyacentes. (2)

Puede aparecer en cualquier edad, desde el segundo decenio hasta la senectud (13), siendo más frecuentes los primeros signos de enfermedad clínica entre los 30 á 40 años. (2) La frecuencia de esta forma de cáncer en el segundo y tercer decenio de la vida parece haber aumentado de manera importante en los últimos años, probablemente debido a la exposición temprana a influencias carcinógenas. (11) Se ha relacionado frecuencia alta de carcinoma del cuello uterino con los siguientes factores:

- I. Es más frecuente entre grupos de ingresos bajos.
- II. El matrimonio temprano y la paridad creciente guardan relación con el aumento en la frecuencia.
- III. Hay relación entre la frecuencia de esta enfermedad y la edad de comienzo de las relaciones sexuales y la frecuencia del coito.
- IV. La frecuencia de esta enfermedad aumenta según el número de consortes.
- V. Hay frecuencia alta entre prostitutas y baja entre monjas.

VI. Se considera que la cervicitis crónica predispone a esta forma de cáncer.

VII. Se ha comprobado que la frecuencia de carcinoma cervical es mayor en Italianas y bastante menor en Judías y Musulmanas, lo cual guarda relación con la circuncisión temprana de los varones de este grupo. (2) (13) Probablemente esté relacionado más con factores socioeconómicos y no con predisposición racial.

VIII. Se sospecha en la actualidad de un virus transmisible, posiblemente oncógeno (13), sin que se haya podido comprobar.

Hay pruebas importantes que indican que todos los carcinomas patentes del cuello uterino comienzan en forma de lesiones in situ, ya sean los factores causantes unos u otros se aceptan como causas predisponentes:

- I. Laceraciones del cuello
- II. Traumatismos del parto
- III. Infecciones e inflamaciones crónicas. (2)

Desafortunadamente el cáncer del cuello del cérvix en su etapa inicial no presenta mayores signos clínicos, cuando se torna clínicamente manifiesto; y ya en la etapa tardía, suele producir: hemorragia vaginal irregular, leucorrea, dolor durante el coito y disuria, como manifestaciones clínicas principales. (2) (13) El pronóstico con un diagnóstico temprano es excelente con una cura del 100%, con los métodos actuales de tratamiento hay supervivencia de cinco años aproximadamente del 80 a 90 % en el estadio I, de

75% en el estadio II, de 55 % en el estadio III y del 10 al 15 % en el estadio IV.

La mayoría de las pacientes con cáncer en el período IV mueren como consecuencia de propagación focal del tumor, y no a causa de la enfermedad metastásica propiamente dicha. Se ha ideado muchos sistemas para clasificar estos carcinomas, pero todos consisten en esencia en clasificar por grados de la magnitud de diferenciación de la neoplasia, o en expresar su extensión en períodos. La clasificación más ampliamente aceptada por períodos fue propuesta por la Asamblea General de Naciones de la Federación Nacional de Ginecología y Obstetricia en 1961. (13) Existe además la clasificación de la Liga de las Naciones, la de Schmitz y James Hymans.

CLASIFICACION DE LA ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES DE LA FEDERACION NACIONAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PERIODO 0: Carcinoma in situ o carcinoma intraepitelial.

PERIODO I: Incluye carcinoma circunscrito estrictamente al cuello uterino, puede clasificarse en dos sub-períodos; a saber:

PERIODO I-A: Casos de invasión temprana del estroma.

PERIODO I-B: Los demás casos del período I.

PERIODO II: El carcinoma excede del cuello uterino, pe-

ro no ha alcanzado la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no el tercio inferior de la misma.

PERIODO III: El carcinoma se ha extendido a la pared de la pelvis. En la exploración rectal, no hay espacio sin cáncer entre el tumor y la pared de la pelvis. El tumor invade el tercio inferior de la vagina.

PERIODO IV: El carcinoma ha excedido de la pelvis verdadera o ha afectado la mucosa de la vejiga o recto. Esta etapa incluye los casos con diseminación metastática. (13)

El método citológico no es un método nuevo; se menciona por vez primera este tema en 1847 cuando Fouchet de Francia señaló que se podía diagnosticar cuando ocurría la ovulación, con frotis vaginales. (11) Desde entonces aparecieron en la prensa médica de varios países, informes aislados sobre la significación diagnóstica de las células exfoliadas. Pero el método no se afirmó hasta que Papanicolau y Traut publicaron en 1943 su clásico libro titulado: Diagnóstico del Cáncer Uterino por Medio del Frote Vaginal. (11) (13) Desde entonces, se ha adoptado la citología exfoliativa como una rama de la Patología en todo el mundo.

Se emplean las secreciones reunidas en la vagina o bien obtenidas directamente del cuello para la preparación del frote que rápidamente se fija y tiñe. En condiciones óptimas, con frotis vaginales puede lograrse el diagnóstico positivo en el 85 % al 95 % de los casos, y negativo, en el 95 á 98 %.

El método de Papanicolau para diagnóstico también se ha aplicado al esputo, líquido de lavado bronquial, líquidos peritoneales, pleurales, articulares y subaracnoideo, descargas por pezones, secreciones prostáticas, sedimentos urinarios, productos de lavado gástrico y productos de aspiración de bilis y de jugo pancreático. En todos estos casos la citología ha demostrado tener gran valor pero; los resultados son menos de fiar que los obtenidos para las vías genitales femeninas.

Exámenes sistemáticos cada semestre o cada año con frote de Papanicolau han contribuido mucho a descubrir lesiones tempranas curables; le corresponde parte de la notable disminución de la mortalidad observada en carcinoma del cuello y de endometrio durante los últimos cinco años en los Estados Unidos. (13)

OBJETIVOS

- I. Investigar la cobertura del programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud de Cobán, A.V.
- II. Medición de la incidencia de cáncer del cérvix, en el Centro de Salud de Cobán, A.V.

HIPOTESIS

- I. La cobertura del Programa de Planificación Familiar - en el municipio de Cobán, A.V. es baja.
- II. La incidencia de carcinoma in situ es baja porque la - cobertura es baja.

METODO CIENTIFICO

Método, proviene del griego que significa camino, direc-- ción. (16) Si el camino que seguimos es acertado podremos llegar al objetivo; pero si no lo es, nos desviaremos, o iremos a parar a donde no queremos. (16)

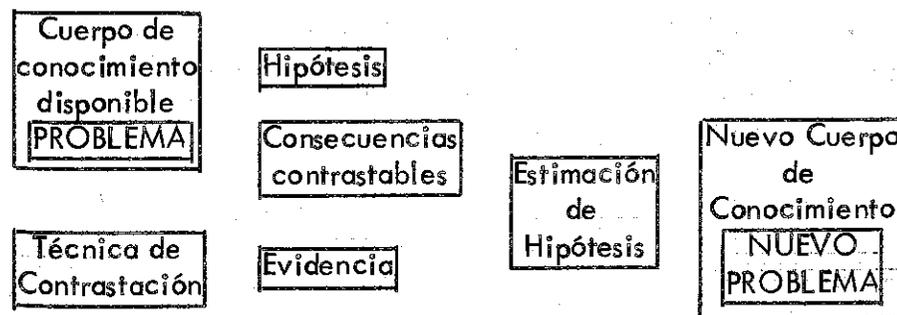
Lo científico está estructurado internamente en un sistema lógico bien definido, la lógica dialéctica. El método gene-- ral de la ciencia, método dialéctico; es un procedimiento - que se aplica al ciclo entero de la investigación en el mar - co de cada problema de conocimiento. (13)

Los pasos principales en la aplicación del método científ - co a la investigación según Mario Bunge, son:

1. Enunciar preguntas bien formuladas y verosímilmente - fecundas.

2. Arbitrar conjeturas, fundadas y contrastadas con la ex - periencia, para contestar a las preguntas.
3. Derivar consecuencias lógicas de las conjeturas.
4. Arbitrar técnicas para someter las conjeturas a contras - tación.
5. Someter a su vez a contrastación esas técnicas para - comprobar su relevancia y la fé que merecen.
6. Llevar a cabo la contrastación e interpretar sus resulta - dos.
7. Estimar la pretensión de verdad de las conjeturas y la fidelidad de la técnica.
8. Determinar los dominios en los cuales valen las conje - turas y las técnicas, y formular los nuevos problemas - originados por la investigación. (3)

UN CICLO DE INVESTIGACION



La importancia de la investigación científica se mide por los cambios que acarrea en nuestros conocimientos y los nuevos problemas que plantea.

Reglas de la investigación científica:

- I. Formular el problema con precisión y, al principio específicamente.
- II. Proponer conjeturas bien definidas y fundadas de algún modo, y no suposiciones que no comprometan en concreto, ni tampoco ocurrencias sin fundamento visible: hay que arriesgar hipótesis que afirmen la existencia de relaciones bien definidas y entre variables netamente determinadas, sin que esas hipótesis estén en conflicto con lo principal de nuestra herencia científica.
- III. Someter las hipótesis a contrastación dura, no laza.
- IV. No declarar verdadera una hipótesis satisfactoriamente confirmada; considerarla, en el mejor de los casos, como parcialmente verdadera.
- V. Preguntarse porque la respuesta es como es, y no de otra manera: no limitarse a hallar generalizaciones que se adecuen a los datos, sino intentar explicarlas a base de leyes más fuertes.

Estas y otras reglas están muy lejos de ser infalibles y de no necesitar ulterior perfeccionamiento: han ido cristalizándose a lo largo de la investigación científica y son aún perfectibles.

El método científico es un rasgo característico de la ciencia, tanto de la pura como de la aplicada: donde no hay método científico no hay ciencia. Pero no es ni infalible ni autosuficiente. El método científico es falible: puede perfeccionarse mediante la estimación de los resultados a los que llega mediante el análisis directo. Tampoco es autosuficiente: no puede operar en un vacío de conocimiento, sino que requiere algún conocimiento previo que pueda luego reajustarse y elaborarse, y tiene que complementarse mediante métodos especiales adaptados a las peculiaridades de cada tema.

TECNICA

- I. Entrevistas
- II. Revisión bibliográfica
- III. Revisión de fichas clínicas

Para llevar a cabo la revisión de fichas clínicas se procedió a elaborar una ficha de recopilación de datos la cual reproducimos a continuación, revisándose el archivo de usuarias del programa de Planificación Familiar desde el inicio en el Centro de Salud de Cobán del programa (1970) hasta el mes de noviembre de 1977.

FICHA DE RECOPIACION DE DATOS

Fecha de admisión: _____ de _____ 19____
Clave: _____

Nombre de la paciente: _____

Edad: 15-20/21-25/26-30/31-35/36-40/41-45/46-50/51-
a más/.

Dirección: _____

Ocupación u oficio: _____

Estado Civil: S _____ C _____ U _____ IG _____

Grupo étnico: L _____ I _____ Otros _____

Número de embarazos: _____ Número de abortos: _____

Número de partos: _____ Cesareas: _____

Menarquia: _____ Fecha de última regla: _____ Duración: _____

Operaciones ginecológicas: Especifique _____

Método anticonceptivo: DIU: _____ ORAL: _____

INYECCION: _____ RITMO: _____ OTROS: _____

Examen: Normal _____ Especifique: _____

Flujo normal: _____ Especifique: _____

Cérvix normal: _____ Especifique: _____

Anexos y fondo de saco normal: _____ Especifique: _____

Muestra tomada por médico: _____ Enfermera graduada: _____

Enfermera auxiliar: _____ Fecha: _____

Informe de Citología Vaginal:

Normal: _____ Inflamación no específica le

ve: _____ Moderada: _____

Severa: _____ Tricomonas: _____

Displacias: _____ Ca. in situ: _____

Inadecuados: _____

Más información: _____

Observaciones: _____

Se pudo comprobar que en el Centro de Salud de Cobán A. V. la técnica de toma de la muestra es defectuosa 8.05 % (ver cuadros estadísticos) 1 de cada 12.42 y para contribuir a que se realice la técnica adecuadamente se transcribe a continuación aspectos fundamentales de la técnica recomendados por el comité central de la IPPF.

TECNICA ADECUADA PARA LA TOMA DE
MUESTRA CITOLOGICA

Existen varios procedimientos para la toma de muestra entre ellos cinco son los más aceptados por la mayoría de los autores a saber:

1. Por aspiración del fondo de saco posterior
2. Por raspado cervical
3. Por aspiración del canal endocervical o la cavidad endometrial
4. Por raspado de la pared vaginal lateral
5. Frote rápido o combinado

La técnica a utilizar depende del motivo del examen ya que cada una de ellas tienen sus méritos y limitaciones a saber:

1. El material tomado del fondo de saco posterior se utiliza principalmente para la búsqueda de células cancerosas del cuello y endometrio.
2. El material tomado del ectocervix es útil para descubrir el cáncer en el cuello del útero.

3. El material tomado del endocervix es el más apropiado en la búsqueda de un carcinoma endometrial.
4. El material tomado de la pared lateral del tercio superior de la vagina a nivel del orificio uterino externo es sumamente conveniente para estimar los efectos hormonales.

Con frecuencia es conveniente obtener frotos de varios lugares para aumentar el alcance de la técnica. El citólogo debe ser informado del lugar de toma de la muestra.

1. TOMA DE MUESTRA POR ASPIRACION DEL FONDO DE SACO POSTERIOR:

Esta es la técnica más antigua y simple para obtener células, la introdujo Papanicolau y todavía se usa ampliamente.

INSTRUMENTOS NECESARIOS: Una pipeta de vidrio o plástico de 15 cms de largo por 0.5 cms de diámetro ligeramente encorvada a 5 cms de un extremo, una perilla de goma desmontable, portaobjetos de vidrio, fijador líquido o en spray un palillo de madera. (No se necesita espéculo)

PROCEDIMIENTO: Se coloca a la paciente en decubito dorsal con las rodillas dobladas. Se aplica la pera de goma a la pipeta y se comprime mientras se introduce el instrumento en la vagina empujándolo suavemente hasta que toque la bóveda vaginal, o sea hasta que se sienta resistencia. En este punto, se retira un poco la pipeta y se afloja la presión sobre la perilla moviéndose la pipeta en direc-

ción lateral. Al aflojar la presión sobre la perilla se aspira el fluido vaginal. Esta técnica es la usada para la obtención de muestras vaginales en niñas.

ALCANCE DE LA TECNICA: Esta técnica es simple, indolora, no traumatiza y no requiere habilidad especial. Debe tenerse en cuenta que el aspirado contiene células provenientes de un área considerable. Por lo tanto puede resultar difícil descubrir la presencia de una pequeña lesión que no está mudando células. Sin embargo debido a su simpleza técnica, en ciertas condiciones puede resultar más conveniente que el uso de técnicas más sofisticadas.

2. EL FROTE DE RASPADO CERVICAL:

Esta técnica fue descrita por Ayre y recoge células directamente del ectocervix y de la unión escamo-columnar.

INSTRUMENTOS NECESARIOS: Un espéculo, una luz ajustable, una espátula de Ayre, portaobjetos, fijador líquido o en spray.

PROCEDIMIENTO: Se acuesta a la paciente en decubito dorsal con las rodillas dobladas. Se introduce un espéculo vaginal y se descubre el cuello del útero. Con el extremo ondeado de la espátula se raspa ligeramente el ectocervix y especialmente cualquier área que parezca anormal, así como la unión escamo-columnar. Se retira cuidadosamente la espátula de la vagina y lo raspado se coloca inmediatamente sobre uno o dos portaobjetos. Usando el extremo redondeado de la espátula, se esparce uniformemente lo ras-

pado sobre el portaobjetos.

ALCANCE DE LA TECNICA: Se toman células del ectocervix y de la unión escamo-columnar directamente con la espátula sin que la muestra se contamine con células de otros lugares, los frotos tomados de esta forma contendrán células atípicas de esta área en mayor concentración lo que hace el Dx más fácil, el método es ligeramente más complicado que la técnica de aspiración vaginal y requiere un operador más experimentado.

3. POR ASPIRACION DEL CANAL ENDOCERVICAL O LA CAVIDAD ENDOMETRIAL:

Se ha diseñado este método para tomar material directamente de la cavidad uterina o del canal endocervical para mejorar los resultados del descubrimiento temprano de los adenocarcinomas. Se debe insistir en que solamente el personal médico debe efectuar este tipo de aspiración.

INSTRUMENTOS NECESARIOS: Un espéculo, una jeringa con una cánula estéril aplicada. Para los frotos endocervicales se puede usar también un isopo con algodón no absorbente en un extremo.

PROCEDIMIENTO: Se descubre el cuello del útero y se limpia con el isopo se introduce en el canal endocervical o la cavidad endometrial la cánula previamente esterilizados. Cuando está en posición se retrae el pistón de la jeringa aspirando el fluido. Si se prefiere se puede tomar material endocervical usando un aplicador con algodón en un extremo.

En tal caso se introduce el instrumento bajo visión directa en el canal endocervical es esencial trabajar en condiciones estériles para evitar la introducción de organismos patógenos en el útero.

ALCANCE DE LA TECNICA: Esta tiene mayor exactitud diagnóstica en descubrir lesiones endocervicales y endometriales. Es un método peligroso en potencia pues lleva consigo el riesgo de causar infección y producir un espasmo uterino doloroso.

4. RASPADO DE LA PARED VAGINAL LATERAL:

Se utiliza este método para estudiar los efectos hormonales y, por lo tanto se emplea para determinar la función ovárica y de la placenta. No tiene aplicación en programas para detectar cáncer.

INSTRUMENTOS NECESARIOS: Un espéculo, una espátula de Ayre, portaobjetos, líquido fijador o Spray.

PROCEDIMIENTO: Se introduce el espéculo y se descubre el tercio superior de la pared lateral de la vagina; se obtiene material raspando ligeramente con el extremo ancho de la espátula esparciendo el material sobre el portaobjetos.

5. FROTE RAPIDO O COMBINADO:

Este es un frote combinado del cuello y vagina, tiene las ventajas de ambos y es el de elección para el Dx de Ca. de

vías genitales, estos frotos bien hechos permiten Dx casi el 97 % de los carcinomas incipientes del cuello y alrededor del 90 % de cáncer del endometrio.

PROCEDIMIENTO: En un extremo del portaobjetos se pone una gota de la muestra del fondo de saco posterior. (No se extiende) Se hace un frote del cuello introduciendo el extremo menor de la espátula de Ayre por el orificio externo hasta la parte alta del conducto cervical y se hace girar - 360 grados. Se saca la muestra y se mezcla con la muestra procedente de la vagina, y se fija inmediatamente.

LA PIPETA DE DAVIS: Las personas que se ocupan de realizar estudios citológicos en la mujer suelen tener dificultades en persuadir a algunas para que permitan que se les tome un frote. Por esta razón el Dr. Hugh Davis ideó un estuche para frote casero consistente en un tubo de plástico con capucha desmontable lleno de una solución salina normal conteniendo 20 % de alcohol etílico graduado a un pH ligeramente alcalino. Se toma el material por irrigación de la vagina, para ello se introduce el vástago en la parte baja de la vagina mientras la mujer está en cuclillas, al presionar la perilla se proyecta el fluido en la vagina. La mayoría del líquido vuelve al tubo cuando se afloja la presión sobre la perilla. Se repite el procedimiento varias veces retirando posteriormente el tubo y se vuelve a colocar la capucha y se envía la pipeta al laboratorio. El método da resultados menos exactos que el raspado cervical, pero puede ser útil en el caso de mujeres que rehusan dejarse tomar el frote.

ESPECIMENES MÚLTIPLES: Ninguna de las técnicas de s-

critas recogen un número adecuado de células de todas las áreas del tracto genital. Por lo tanto con frecuencia es aconsejable tomar más de un frote y recoger material de lugares diferentes en los Estados Unidos es habitual tomar frotos de tres lugares diferentes para un examen:

1. Del recto y endocervix para descubrir lesiones cervicales
2. Del conducto cervical para Dx adeno-carcinoma
3. Del tercio superior de la pared vaginal para estimados hormonales.

Con el objeto de facilitar el trabajo de microscopía se coloca el material de los tres lugares en un portaobjetos especialmente diseñado para que no se mezclen las muestras.

INFORMACION QUE DEBE ACOMPAÑAR A LA MUESTRA

En un formulario que debe acompañar a la muestra debe anotarse:

- 1) Nombre y apellido de la paciente
- 2) Edad
- 3) Grupo Etnico
- 4) Ocupación
- 5) Estado Civil
- 6) Fecha de la última menstruación
- 7) Menarquia o menopausia

- 8) Duración del ciclo menstrual
- 9) Número de embarazos previos
- 10) Cesareas
- 11) Fechas de Operaciones Ginecológicas
- 12) Radioterapia
- 13) Método anticonceptivo usado
- 14) Uso y administración de hormonas y antibióticos
- 15) Tratamientos locales y generales.

Son importantes además datos como: Esterilidad, trastornos funcionales de la menstruación, cervicitis, flujo, erosiones, hemorragia vaginal, examen de mamas.

ENVIO DE LOS PORTAOBJETOS FIJADOS AL LABORATORIO

Después de fijar adecuadamente los portaobjetos se está listo para el teñido, el procedimiento de teñido requiere facilidades de laboratorio y lo debe efectuar una persona entrenada. Por lo tanto es necesario enviar los portaobjetos a un laboratorio para su procesado subsecuente. Esto se realiza retirando los portaobjetos de los frascos fijadores, después de la fijación adecuada, secándolos suavemente con papel secante y enviándolos en cajas planas de cartón o madera. Si se prefiere, los frotis pueden fijarse en un recipiente de plástico para correo en la siguiente solución.

100 volúmenes de alcohol etílico al 95%
100 volúmenes de eter etílico
1 a 5 volúmenes de propilenglicol. (11)

El fijador se saca al cabo de 30 minutos y los frotis cubiertos de una delgada película protectora de propilenglicol se dejan al recipiente para ser enviados.

Existen otros dos métodos de preparación de frotis para envío por correo procediéndose así:

1. Los frotis se fijan durante 1 hora
2. Se sacan del fijador
3. Antes de que estén secos se cubren con 2-3 gotas de glicerina
4. Se pone encima un portaobjetos limpio de modo que la glicerina se extienda homogéneamente
5. Se envuelve en papel encerado y se envía al laboratorio
6. Al llegar las preparaciones al laboratorio se dejan en alcohol eter hasta que se desprenda el portaobjetos protector.

EL OTRO METODO DESCRITO POR PAPANICOLAU EN 1954 CONSISTE EN:

1. Fijar los frotis
2. Tratarlos con alcohol absoluto y xileno y montar en Permout que se deja secar antes del envío
3. El laboratorio que recibe la muestra quita el cubreobjetos remojando la preparación en xileno.

TECNICAS DE TINCION:

Usualmente la tinción de los frotis para evaluación citoló-

gica se hace según dos métodos: (10)

El de Papanicolau y el de Shorr. Considerando todos los factores para estudios citológicos de Ca. resulta superior la técnica de Papanicolau ya que se logra dar un color azul al citoplasma fino y transparente merced a las soluciones de coloración citoplásmica en medio rico en alcohol. Con este método se puede notar bien el detalle de los núcleos. Tiene como inconveniente que la técnica es bastante delicada y larga.

La tinción de Shorr es mucho más simple y rápida de realizar. Aunque alcanza buena diferenciación citoplásmica de los varios tipos de células y por lo tanto es adecuada para estudios hormonales, no muestra con claridad detalles nucleares y, por lo tanto es menos útil para el Dx oncológico. En ocasiones muy raras se requiere de técnicas muy especializadas como la de PTAH DE MALLORY o colorantes como HEMATOXILINA FERRICA para el estudio de estriaciones transversales en células de sarcoma susceptible de corresponder a raddomiosarcoma. Sin embargo como se dijo no es la regla general y estas estriaciones pueden verse en buenas preparaciones teñidas con hematoxilina de Harris, bastando para ello con bajar el condensador o quitando del trayecto de luz el condensador auxiliar.

TINCION DE PAPANICOLAU

Los colorantes requeridos son:

1. Hematoxilina de Harris

2. Naranja G
3. El colorante policromo EA 36. (11)

TECNICA DE COLORACION

1. Se retiran los portaobjetos de los frascos con fijador sin secar y se pasan por alcohol disminuyendo su graduación (80%, 70% y 50%) hasta llegar a agua destilada.
2. Se colorea durante tres minutos con Hematoxilina de Harris.
3. Se enjuaga con agua destilada. (Todos los lavados deben ser cuidadosos para que los frotos no se desprendan del portaobjetos).
4. Se sumerjen en ácido Clorhídrico al 0.25% hasta que el citoplasma se decolore y solo los núcleos retengan el colorante. (Puede usarse también alcohol etílico al 50%).
5. Se enjuaga con agua del grifo y en agua amoniacada hasta obtener la coloración azul deseada.
6. Se deja lavar durante cinco minutos en agua corriente del grifo o agua destilada.
7. Se pasan los portaobjetos por alcohol de graduación ascendente (50 %, 70 %, 80 %) y dos veces en 95 % para asegurar una deshidratación completa.

8. Colorear en Naranja G durante 2 minutos.
9. Enjuagar 2 veces en alcohol etílico al 95 %.
10. Colorear con EA 36 durante 2-4 minutos hasta que se obtenga la intensidad de color deseado.
11. Se enjuaga 3 veces con alcohol etílico al 95 % escurrir y aclarar en Xilol.
12. Se monta usando montaje neutral. (11)

RESULTADOS SATISFACTORIOS

1. CELULAS EPITELIALES: Los núcleos aparecen azul oscuro, o morado oscuro, los nucleólos se tiñen rojos y el citoplasma rosa rojizo (células eosinófilas) o verde azulado (células cianófilas).
2. ERITROCITOS: Estos aparecen rojo brillante (si no están hemolizados).
3. LEUCOCITOS: Estos se tiñen azul pálido con núcleos azul oscuro.
4. BACTERIAS: Aparecen gris.
5. TRICOMONAS: Estas aparecen azul grisáceo pálido.
6. MONILIA: Las hifas aparecen rosa y las esporas rojo brillante.

7. MOCO: Aparecen en filamentos azul pálido o rosados. (10)

INTERPRETACION DEL FROTE

Idealmente la interpretación de muestras celulares debería ser realizada por un citólogo entrenado, pero en ciertos países como el nuestro y bajo ciertas circunstancias, el médico general puede tener que interpretar los portaobjetos por lo cual es conveniente que tenga presente ciertos criterios que son de utilidad en la interpretación de degeneraciones malignas: (10) (11)

1. NUCLEO: Una alteración de la relación núcleo-citoplasma por crecimiento del primero es un importante indicio de degeneración maligna. Sin embargo puede ser un carácter benigno en ciertos tejidos, como células de endocervix y pelvis renal.
2. HIPERCROMACIA: Aunque sea frecuente en las células malignas, hay que descartar cuidadosamente la posibilidad de tinción excesiva, y cuidarse de no confundir picnosis con hipercromasia.
3. AUMENTO DE LA ACTIVIDAD MITOTICA:
4. MITOSIS ATIPICA:
5. CELULAS MULTINUCLEADAS: Puede significar malignidad o no. Son sospechosas las células que poseen muchos núcleos irregulares hipercromáticos, o de aspecto extraño,

aunque dichas imágenes pueden observarse en ciertas infecciones por virus como herpes simple y después de un aborto o de la expulsión de una mola hidatidiforme, por lo que es aconsejable cierta cautela.

6. ANISOCARIOSIS: Es común en las células malignas - una gran variación de tamaño y forma de los núcleos.
7. NUCLEOS UNICOS GIGANTES POLIPLOIDES: Son frecuentes en ciertos tumores malignos, en los frotos vaginales, muchas veces pueden ser consecuencia de embarazo.
8. CAMBIOS CITOPLASMICOS: En general ayudan poco al diagnóstico y no son concluyentes.

COMO DEBE SER INFORMADO UN EXAMEN CITOLOGICO

Para facilitar la comunicación entre citólogo y el clínico - Papanicolau clasificó los frotos en cinco categorías: (10)

CLASE 1: Los frotos contienen células normales solamente.

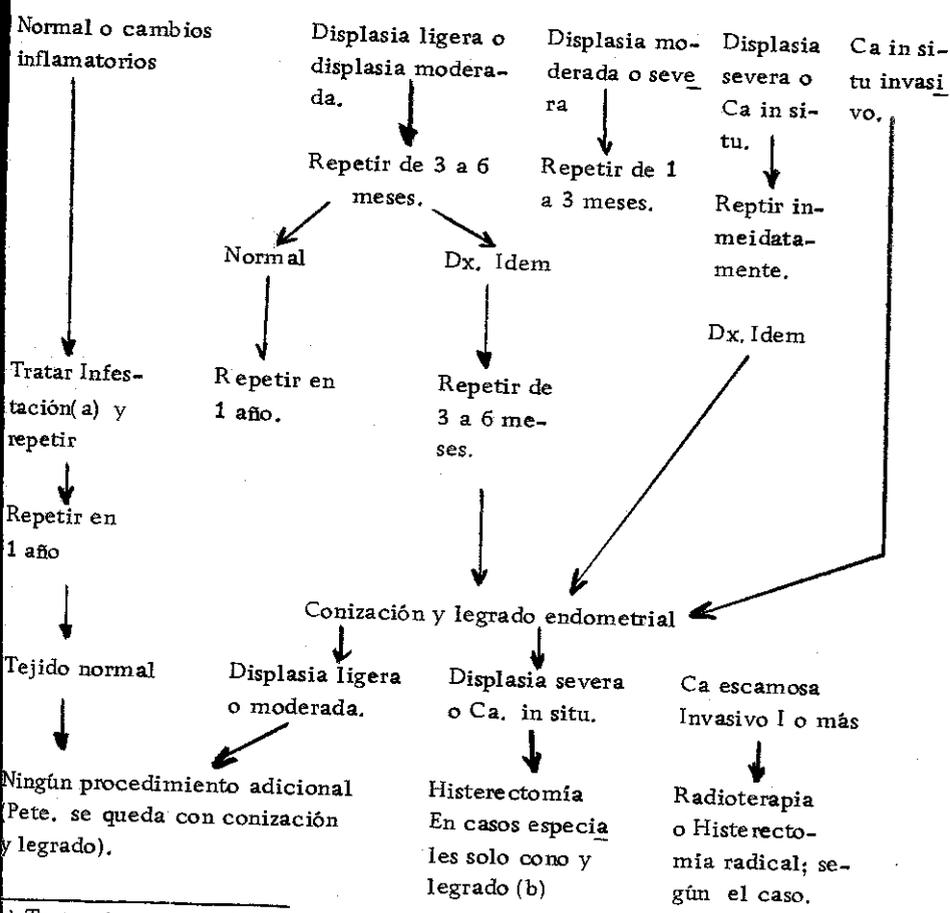
CLASE 2: Los frotos contienen células anormales, pero decididamente benignas, todas las características inflamatorias corresponden a esta categoría.

CLASE 3: Los frotos contienen células discarióticas y por lo tanto pueden indicar la presencia de un epitelio atípico, displásico o posiblemente maligno. Sin demostrarlo absolutamente.

CLASE 4: Los frotos muestran unas cuantas células decididamente malignas neoplásicas.

CLASE 5: Los frotos exhiben células malignas en gran cantidad, alteraciones neoplásicas ostensibles.

PLAN DE ATENCION MEDICO-QUIRURGICA DE ACUERDO AL
 DIAGNOSTICO CITOLOGICO CERVICO
 VAGINAL



a) Tratamiento específico: Tricomonas, Monilla, etc....
 b) Casos especiales: Nulíparas que quiere tener más hijos.
 Petes. deberán seguirse con citología y al menor cambio, proceder según el caso.

ORDEN RUTINARIO IDEAL PARA LA DETECCION Y DIAGNOSTICO
DE LESIONES GINECOLOGICAS
(Frotos Cérvico Vaginales)

CITOLOGIA NEGATIVA

Sin síntomas ni lesión cervical visible

↓
Repetir anualmente

CITOLOGIA NEGATIVA

Con síntomas sugestivos de neoplasia cervical

↓
Lesión visible

↓
Repetir el frote y tomar biopsia

↓
Biopsia y frote negativo

↓
Excluir cáncer endometrial
pólipos, causas hormonales
y repetir frote cada 6 meses

↓
Sin lesión visible

↓
Repetir el frote

↙
Frote negativo

↓
Frote positivo

↓
Biopsia - Conización

CITOLOGIA POSITIVA

↓
Lesión visible

↓
Biopsia seriadas múltiples

↘
Biopsia negativa

↓
Repetir Frote

↙
Frote negativo

↙
Repetir frote en 3 meses

↓
Sin lesión visible

↓
Repetir frote y conización

↙
Frote positivo

↘
Repetir Biopsia

↓
BIOPSIA POSITIVA

↓
TRATAR CANCER

ANALISIS Y PRESENTACION DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos recolectados en la ficha descrita, se elaboró el cuadro número uno que arroja datos sobre el método anticonceptivo utilizado por las usuarias investigadas. Se encontró que del total 362 el 65.46 % seleccionaron el método de gestógenos orales, el 32.87 % se inclinaron por el DIU y el 1.65 % por inyección. Se ignora el por que la preferencia al método oral, suponiendo que se deba a lo práctico del mismo lo que ha originado su mayor aceptación.

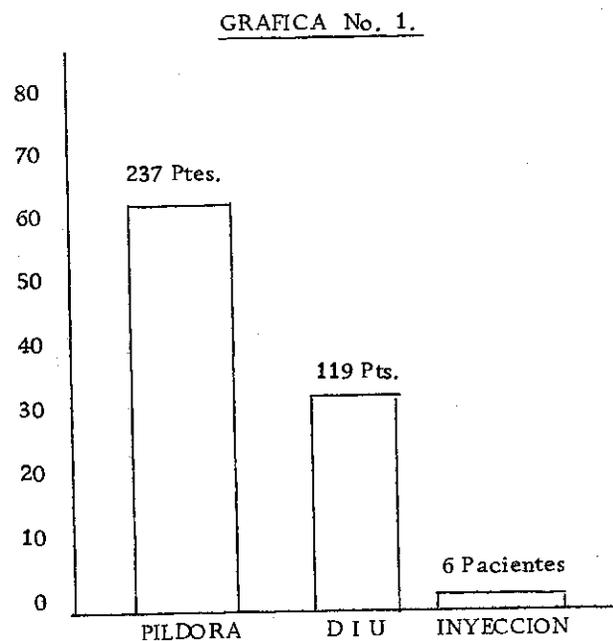
CUADRO UNO

USUARIOS ADMITIDOS POR METODO SELECCIONADO

METODO	TOTAL	PORCENTAJE
Total	362	100.00
Píldora	237	65.46
DIU	119	32.87
Inyección	6	1.65

*Usuarios admitidos comprende admisiones y readmisiones.

Los datos anteriores fueron pasados a un gráfico que es el - que a continuación se presenta:



El siguiente cuadro proporcionado por el contador Rafael - Armas García de la División Materno Infantil y Familiar - del Ministerio de Salud Pública, nos registra el total de - usuarias admitidas en el programa nacional de planifica- ción familiar, por método seleccionado según años.

Nos podemos dar cuenta que desde el inicio hay una marcada preferencia por los anticonceptivos orales y en los últimos años una mayor aceptación por la inyección y otros métodos (espumas, jaleas, etc.).

CUADRO DOS

USUARIAS ADMITIDAS EN EL PROGRAMA NACIONAL DE PLANIFICACION FAMILIAR, POR METODO SELECCIONADO POR ELLAS. 1978

Años	Total	Métodos			
		Pildora	DIU	Inyección	Otros
1971	18 067	14 125	2 475	1 082	385
1972	18 131	14 170	2 843	131	987
1973	18 791	13 702	3 716	318	1 055
1974	20 739	15 065	3 759	831	1 084
1975	20 634				
1976	20 463	14 973	2 591		2 899*
1977	30 069	20 630	3 141		6 298*

*Incluye inyección.

El cuadro tres comprende los años de 1971 a 1974 que fue, cuando trabajó conjuntamente la División Materno Infantil y Aprofam, nos indica que porcentaje de la población susceptible, cubre el programa; como podemos ver promediando es únicamente el 5.5% de la población susceptible. No se pudo obtener información de 1974 a la fecha.

CUADRO TRES

POBLACION SUSCEPTIBLE QUE CUBRE EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR A NIVEL NACIONAL SEGUN AÑOS

AÑOS	POBLACION SUSCEPTIBLE #	USUARIAS ACTIVAS *	%
1971	485 225	25 223	5.2
1972	498 325	29 815	6.0
1973	511 780	26 485	5.2
1974	525 598	29 609	5.6

43% de mujeres de 15 á 44 años de edad

* Usuarías activas a final de cada año.

El cuadro cuatro presenta el total de usuarias desde el comienzo del programa hasta el mes de noviembre de 1977. Las usuarias registradas en el programa comprende a las usuarias activas, o sea aquellas mujeres en edad fértil (15-44 años) que se presentan constantemente a sus citas programa-

das para tratamiento anticonceptivo; usuarias faltistas, o sea aquellas que no se presentaron a su última cita programada, pero que no tiene más de dos meses de faltar a la misma, y usuarias inactivas, o sea aquellas que desde hace más de dos meses, no se presentan a su última cita programada.

CUADRO CUATRO

TOTAL DE USUARIAS ADMITIDAS EN EL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR EN EL CENTRO DE SALUD DE COBAN DESDE EL COMIENZO HASTA 1977

AÑO	USUARIAS REGISTRADAS
Total	362
1970	24
1971	87
1972	49
1973	27
1974	39
1975	57
1976	41
1977	38

Actualmente (12 de noviembre de 1977) se encuentran activas únicamente 122 pacientes. Si observamos el total de usuarias registradas cada año podemos notar que el mayor porcentaje ocurrió en el año de 1971 o sea el segundo año

de haberse implantado el programa, ésto probablemente se debió a la intensa propaganda que se llevó a cabo y a la curiosidad que todo lo nuevo trae consigo ya que en el transcurso de los años no ha vuelto a registrarse una admisión tan grande; inclusive tendió a descender mucho en el cuarto año de su implantación. Esto podía descender más si se toma en cuenta que no se ha sacado del registro aquellas pacientes que han fallecido y que tienen más de un año de inactividad.

El cuadro cinco presenta el número de usuarias que han ingresado al Programa de Planificación Familiar de acuerdo a su estado civil; como puede observarse, han ingresado en mayor número las usuarias casadas y unidas 76.24%; el porcentaje correspondiente a ignorado se debe a que al revisar la ficha no se encontró anotado este dato.

CUADRO CINCO

USUARIAS ADMITIDAS SEGUN ESTADO CIVIL

Estado Civil	Total	Porcentaje
Total	362	100.00
Casadas y Unidas	276	76.24
Solteras	9	2.48
Ignorado	77	21.27

El cuadro seis presenta la distribución de usuarias según edad; nos indica que el mayor porcentaje se encontró como era de esperar en mujeres en edad fértil, solo un 2.20% de las usuarias sobrepasan los 44 años considerado como límite de la edad fértil; hay que hacer constar que en algunas mujeres el período de fertilidad sobrepasa este límite.

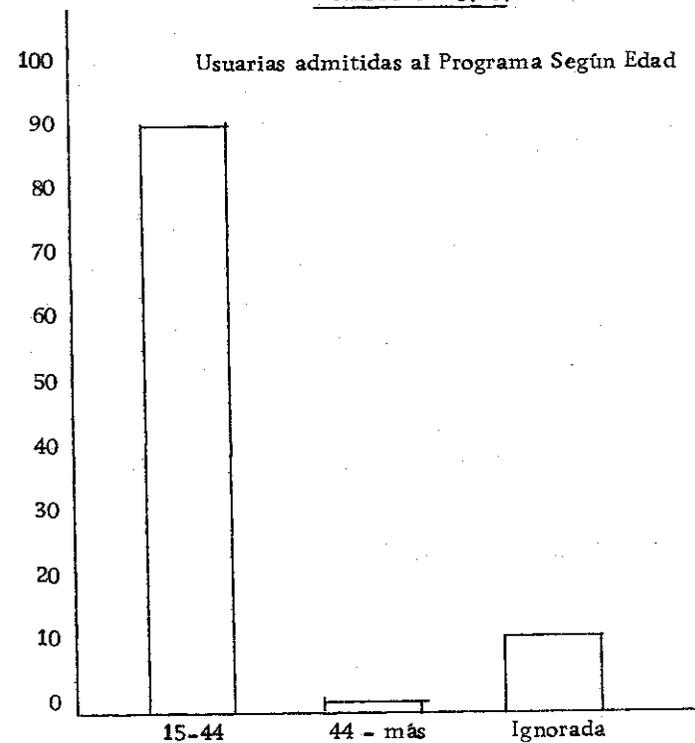
CUADRO SEIS

USUARIAS ADMITIDAS AL PROGRAMA SEGUN EDAD

Edad	Total	Porcentaje
Total	362	100.00
15-44	329	90.88
44- a más	8	2.20
Ignorada	25	6.90

Los datos anteriores fueron pasados a un gráfico que es el -
que a continuación se presenta.

GRAFICA No. 3.



El cuadro siete presenta el número de usuarias que han ingresado al Programa de Planificación Familiar de acuerdo a su grupo étnico. Tenemos que en el municipio de Cobán hay un total de 8,966 mujeres en edad fértil de las cuales 7,384 son indígenas y 1,578 ladinas.

Lo que quiere decir que el programa únicamente está cubriendo el 4.03% de la población total femenina en edad fértil de la cabecera; confirmando nuestra hipótesis inicial de este total 2.64% corresponde a pacientes indígenas y 7.28% a ladinas; la razón de 1 de cada 1.85 indígenas y 1 de cada 3.14 ladinas, es decir que el programa no ha penetrado dentro del grupo con mayor número de mujeres en edad fértil. Esto es más significativo si tomamos en cuenta que en el área rural del departamento vive un total de 6,431 mujeres en edad fértil de las cuales 6,160 son indígenas.

CUADRO SIETE

GRUPO ÉTNICO DE LAS USUARIAS

Grupo Etnico	Total	Porcentaje
Indígena	195	53.86
Ladina	115	31.76
Ignorado	52	14.36
Total	362	100.00

El cuadro ocho fue tomado del informe del Cuarto Seminario Nacional de Salud Materno Infantil y Familiar celebrado en Cobán, A.V. en diciembre de 1975; como se puede observar la incidencia de cáncer es baja, un 1.8% a razón de 1 de cada 57, siendo las inflamaciones las que fueron reportadas en mayor número 62%.

CUADRO OCHO

INFORME DE LA INVESTIGACIÓN TRANSVERSAL SOBRE INCIDENCIA DE CÁNCER DEL CERVIX EN EL 4º SEMINARIO DE SALUD MATERNO INFANTIL Y FAMILIAR COBAN A.V. DIC. 1975

DIAGNOSTICO	Número	%	RAZON
Casos normales	78	27.4 %	1 de cada 3.6
Inflamaciones	175	32.0 %	1 de cada 1.6
Tricomonas	40	14.0 %	1 de cada 7.4
Displacias	2	0.70 %	1 de cada 142
CÁNCER	5	1.8 %	1 de cada 57
Inadecuados	15	5.2 %	1 de cada 19

El cuadro nueve clasifica a las usuarias del programa de acuerdo al lugar de procedencia: En el municipio de Cobán tenemos que viven 2,535 mujeres en edad fértil en el área urbana, y 6,431 mujeres en edad fértil en el área rural. El mayor porcentaje de pacientes que asisten al programa es urbano 9.54% y únicamente 1.49% rural, si se to-

ma en cuenta que de éste el 0.83% viven en otros municipios y no proceden únicamente del área rural del municipio de Cobán tenemos que casi no se cubre esta área.

CUADRO NUEVE

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

ZONA	TOTAL	PORCENTAJE
Total	362	100.00
Urbana	242	66.85
Rural	42	11.60
Municipio	54	14.91
No reportado	24	6.62

En el cuadro diez se presenta la distribución de usuarias según el número de embarazos previos al momento de ingresar al Programa de Planificación Familiar. Nos podemos dar cuenta que el 40.52% de las pacientes principiaron a planificar cuando habían tenido más de cinco embarazos y el 59.47% principió a planificar cuando tenían menos de cinco. Lo cual quiere decir que un gran porcentaje de pacientes 40.52% principian a planificar cuando ya su familia es de cinco o más miembros ya que el 92.70% de los embarazos terminaron en partos y únicamente el 7.29 en abortos. Esto es un aumento de siete veces el número de usuarias.

CUADRO DIEZ

DISTRIBUCION DE USUARIAS SEGUN EL NUMERO DE EMBARAZOS PREVIOS AL INGRESAR AL PROGRAMA

Pacientes	Embarazos	Total
30	1	30
57	2	114
56	3	168
39	4	156
24	5	120
34	6	204
17	7	119
14	8	112
12	9	108
10	10	100
8	11	88
2	12	24
0	13	0
3	14	42
306	+56 sin contestar	1,385

El cuadro once representa la tabulación general de los resultados de citología exfoliativa de los cuales el mayor porcentaje correspondió a inflamaciones 61.40%, siguiéndole los reportados normales 16.68%, tricomonas 12.14%, inadecuados 8.05% el cual consideramos que es demasiado alto

y tomando en cuenta la escasez de materiales, la dificultad de transporte y lo difícil que es la aceptación de este procedimiento en la mujer; sobre todo en el área rural creemos que es un problema que puede resolverse adecuadamente dedicando mayor atención a la toma, fijación y envío de las muestras al laboratorio. El cáncer in situ fue reportado en 1.02% 1 caso por cada 98.3% resultados, lo cual confirma nuestra hipótesis. Fue reportado únicamente un 0.68% de displacias.

CUADRO ONCE

REPORTE DE CITOLOGIA EXFOLIATIVA

	Total	Porcentaje	Razón
Inflamaciones	541	61.40	1 de cada 1.62
a.- Leve	326	37	1 de cada 2.70
b.- Moderada	173	19.63	1 de cada 5.09
c.- Severa	42	4.76	1 de cada 21.00
Tricomonas	107	12.14	1 de cada 8.23
Cáncer	9	1.02	1 de cada 98.03
Displacias	6	0.68	1 de cada 147.05
Normales	147	16.68	1 de cada 5.99
Inadecuados	71	8.05	1 de cada 12.42
Total	881	100.00	-----

El cuadro doce nos reporta que de las pacientes diagnosticadas con cáncer in situ; el 100% manifestaron dedicarse a

oficios domésticos. Esto puede deberse a la falta de fuentes de trabajo en el área o bien, a que a pesar de realizar otra labor las pacientes prefieren ser consideradas como amas de casa.

CUADRO DOCE

OCUPACION U OFICIO DE LAS PACIENTES EN RELACION CON CANCER IN SITU

Ocupación	Total	Porcentaje
Total	9	100.00
Oficios Domésticos	9	100.00
Otros	0	-----

El cuadro trece es congruente con lo comentado en el cuadro nueve ya que del total de la cobertura alcanzada, el 3.45% es urbano.

CUADRO TRECE

PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES EN RELACION CON CANCER IN SITU

Area	Total	Porcentaje
Urbana	9	100.00
Rural	0	-----
Municipio	0	-----
No reportado	0	-----

El cuadro catorce nos reporta que de las pacientes con diagnóstico de cáncer in situ el 100.00% se encuentra entre las casadas y las unidas; esto no tiene ninguna relación con - predisposición al cáncer in situ nos sirve únicamente para tener un mejor conocimiento general.

CUADRO CATORCE

ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES
EN RELACION CON CANCER IN SITU

ESTADO CIVIL	TOTAL	PORCENTAJE
Solteras	0	-----
Casadas y Unidas	9	100.00
Ignorado	0	-----
Total	9	100.00

El cuadro quince presenta la paridad de las pacientes en relación con cáncer in situ, podemos observar que el mayor porcentaje, 88.88% de las pacientes con cáncer in situ han tenido más de dos partos. El 66.66% han tenido más de cinco; lo que concuerda con el estudio del Dr. Franco Samayoa en el que comprobó que las pacientes con más paridad son las más afectadas con lesiones del cervix.

CUADRO QUINCE

PARIDAD DE LAS PACIENTES EN RELACION
CON CANCER IN SITU

PARTOS	TOTAL	PORCENTAJE
2	1	11.11
3	1	11.11
4	1	11.11
5	4	44.44
6	0	-----
7	1	11.11
8	1	11.11

Como podemos observar en el cuadro dieciseis el mayor porcentaje en relación con edad, 77.77% estuvo comprendido entre la tercera y cuarta década de la vida lo cual está de acuerdo con lo reportado por la literatura mundial y el estudio del Dr. Franco Samayoa en el que se confirma que - las lesiones benignas del cervix se encuentran con mayor - frecuencia entre la tercera y cuarta década de la vida.

CUADRO DIECISEISEDAD DE LAS PACIENTES EN RELACION
CON CÁNCER IN SITU

Edad	Total	Porcentaje
20 años	1	11.11
27 años	1	11.11
30 años	1	11.11
31 años	1	11.11
32 años	2	22.22
33 años	1	11.11
38 años	2	22.22

El cuadro diecisiete llama la atención por el hecho de que sea el dispositivo intrauterino el método anticonceptivo utilizado en mayor porcentaje por las pacientes con cáncer in situ 66.66%; era de esperar tomando en cuenta que en general el anticonceptivo oral fue el de mayor aceptación, - que ocurriera igualmente entre las pacientes con cáncer in situ.

CUADRO No. DIECISIETEMétodo anticonceptivo utilizado en relación
con Cáncer in situ.

METODO:	TOTAL	PORCENTAJE:
Oral	3	33.33
DIU	6	66.66
Inyección	0	-----
Otros.	0	-----

El Cuadro diez y ocho, reafirma lo analizado en el cuadro siete, el mayor porcentaje de pacientes registradas son ladinas, 1 de cada 3.14 lo cual vuelve a probarse 66.66%.

CUADRO No. DIEZ Y OCHOGrupo Etnico de pacientes en relación con
Cáncer in situ.

GRUPO ETNICO	TOTAL:	PORCENTAJE:
Ladinas	6	66.66
Indígenas	3	33.33
Desconocido	0	-----

CONCLUSIONES

- 1- La densidad demográfica en Guatemala todavía no puede ser considerada como exagerada.
- 2- Guatemala tiene recursos naturales con los que se puede lograr un mayor bienestar social para sus habitantes, siempre y cuando se lo gre una mejor distribución de la riqueza.
- 3- Nuestra crisis no es de superpoblación, ni de subproducción, ya que el aumento de la producción dentro de nuestro sistema, sólo eleva la plusvaía del poseedor de los medios de producción.
- 4- Se han hecho estudios de simulación; con computadoras electrónicas para determinar capacidad de crecimiento de la población del mundo; estos estudios han concluido en que dicha población no podrá ser nunca mayor de 10 mil millones. Donald Bogue, Director del Centro de Estudios Familiares de la Universidad de Chicago, estima que en el Siglo XXI, la población Mundial será de 5,250 millones y la tasa de crecimiento tan pequeña, que de esa cifra no pasará.
- 5- La cobertura del Programa de Planificación Familiar en el Departamento de Cobán es de 4,3% del total de mujeres en edad fértil, por consiguiente es baja.
- 6- La incidencia de carcinoma in situ del cervix, es baja 1 caso por cada 98,03 informes.
- 7- La técnica para la toma de la muestra en el Centro de Salud de Cobán, es defectuosa ya que 2 de cada 25 exámenes de Papanicolau, son reportados inadecuados para el diagnóstico.
- 8- El número de mujeres en edad fértil registradas en el Programa de Planificación Familiar, en el Centro de Salud de Cobán es de 329 de las cuales son activas 112.
- 9.- El porcentaje en el que asistieron regularmente 66,85% proceden del -- área urbana.
- 10- Las casadas y unidas son las que en mayor porcentaje 76,24% utilizan este servicio.

- 11- El método anticonceptivo oral es el de mayor preferencia 65.46%.
- 12- De las usuarias únicamente el 2.2% sobrepasan los 44 años, considerado como límite de la edad fértil.
- 13- El grupo étnico que más utiliza el programa, es el Ladino, hay 1 mujer ladina por cada 3.14 mujeres en edad fértil.
- 14- El 40.52% de las usuarias principiaron a usar anticonceptivos, cuando ya su familia era de cinco o más miembros.
- 15- El Cáncer in situ es bajo, 1 de cada 98.03. El porcentaje encontrado en la investigación de corte transversal presentado en el Cuarto Seminario Nacional de Salud Materno-Infantil y Familiar, celebrado en Cobán en 1975, fue de 1 de cada 57.
- 16- De las pacientes diagnosticadas con cáncer in situ, el 100% se dedican a oficios domésticos y viven en el área urbana.
- 17- El estado civil de las pacientes con cáncer in situ, es casadas o unidas, lo que explica fácil, porque la mayor parte de mujeres usuarias trabajan en esos oficios y son del área urbana, lo que no permite establecer una relación de causa y efecto con esas variables.
- 18- El 66.66% ha tenido más de cinco hijos; el 77.77% tiene una edad comprendida entre la tercera y cuarta década de la vida.
- 19- El 66.66% de los pacientes con cáncer in situ, son ladinas, y el dispositivo intrauterino fue el método anticonceptivo más utilizado por ellas, la relación causa efecto de estas variables, tampoco se pudo establecer por ser características generales predominantemente en las usuarias, a excepción del DIU.

RECOMENDACIONES

- 1.- La solución del crecimiento demográfico debe buscarse en el desarrollo económico y el progreso social; propiciando la superación del nivel de vida y educando a los sectores sociales menos afortunados.
- 2.- Comprender que la población no es un sujeto de obediencia, al cual hay que guiar por senderos correctos, cuando en realidad la población determina su conducta de acuerdo a un sin número de circunstancias dinámicas actuantes.
- 3.- Llevar a cabo divulgaciones tendientes a lograr una mayor aceptación del examen de Papanicolaou por las mujeres para una detección temprana del Cáncer in situ del cérvix, programa que debe incluirse dentro de las actividades médicas del Centro de Salud y no sólo dentro del Programa de Planificación Familiar.
- 4.- Preparar adecuadamente al personal médico y paramédico en la toma adecuada de la muestra, para el examen citológico.
- 5.- Crear en el Hospital Nacional de Cobán, Alta Verapáz, una Unidad de Citología Exfoliativa.
- 6.- Practicar examen ginecológico rutinario a toda mujer sexualmente activa.
- 7.- Realizar investigaciones en busca de aclarar si existe o no predisposición racial del indígena al cáncer in situ.
- 8.- Investigar porqué el dispositivo intrauterino, fue encontrado en mayor porcentaje en las pacientes con cáncer in situ.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Armas García, Rafael, Anuario estadístico, Programa Nacional de Planificación Familiar 1974, Guatemala. Ministerio de Salud Pública, Dirección General de Servicios de Salud. 1974, 15 p.
- 2- Betancourt Fioravanti, Enio. Carcinoma del cérvix y embarazo, revisión de 15 casos. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1960 pp 17-22.
- 3- Bunge, Mario. La investigación científica su estrategia y su filosofía. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1973. pp 3-4 (Documento Mimeografiado).
- 4- Franco Samayoa, Jaime René. Lesiones benignas del cérvix (Revisión-análisis de 595 casos en la sección de ginecología del hospital general "San Juan de Dios" del 1o. de enero de 1960 al 31 de diciembre de 1970. Tesis (Médico y Cirujano) Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Medicas. 1974 pp 45-70.
- 5- De León M., Julio. Educación Médica; estrategia y tácticas de cambio. Guatemala, ACAFAM 1976 pp 117-119.
- 6- Girón Mena, Manuel Antonio. Explosión demográfica en Guatemala; mito o realidad. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1976 3 p. (Documento mimeografiado).
- 7- Guatemala, Asociación pro-bienestar de la familia. Que es aprofam? Guatemala, s.f. 12 p. (documento mimeografiado)
- 8- Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas. La familia en Guatemala, ideas y experiencias de la mujer capitalina. Guatemala, 1966. pp 71-72-75 (Documento mimeografiado).
- 9- Protocolo de Investigaciones programadas EDC III Planificación familiar características y consecuencias. Guatemala, 1978 p. 1.

BIBLIOGRAFIA.....

- 10- Kleiman, R.L. ed. Citología cervical y vaginal; técnica simplificada para frotis. Londres, Inglaterra. International Planned Parenthood Federation, 1971. 31 p.
- 11- Lynch Matthew J. Métodos de Laboratorio. Trad. por: Roberto Folch Fabre. México, Interamericana, 1965. pp. 611-615.
- 12- Porras González, Luis Alfonso. Anuario estadístico 1974. Guatemala. Ministerio de Economía, dirección General de Estadística 1974. 12 p.
- 13- Robbins Stanley, L. Tratado de Patología. Trad. por: Homero Vela Treviño. 3 ed. México, Interamericana, 1968. pp. 1157-1208.
- 14- Seminario nacional de salud infantil y familiar, 4o Cobán A. V. diciembre 1975; referencias con relaciones a la salud materno-infantil. Guatemala, 1975. 5 p. (Documento mimeografiado).
- 15- Soto Avendaño, Arturo, Garcés, Miguel. Ideología y política de población. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Fase II, s. f. 27 p. (documento mimeografiado).
- 16- Villagrán M., Francisco. Fundamentos filosóficos de la didáctica realizada por medio de unidades integradas; "Una aproximación explicativa a la didáctica dialéctica". Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1978 p. 8 (Documento mimeografiado).

BR.

JORGE JEREZ VASQUEZ

Asesor.

DR. FRANCISCO VILLAGRAN MUÑOZ

Revisor.

DR. JULIO DE LEÓN M

Director de Fase III.

DR. JULIO DE LEÓN MÉNDEZ

Secretario General

DR. RAUL A. CASTILLO RÓD.

Vo. Bo.

Decano