

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
UNIDAD DE TESIS**

TRABAJO DE TESIS

**LUDMILA CARINA MONTERROSO AGUILAR
CARNET:9413274**

ASESOR: DR. JUAN A. MARTÍNEZ MOLINA

REVISOR: DR. EDGAR HERRARTE MÉNDEZ

DOCENTE ASIGNADO: DR. CARLOS MAZARIEGOS

GUATEMALA JULIO 2000.

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A CAMBIOS DISPLASICOS
CERVICALES
EN POBLACIONES INDIGENA Y LADINA**

**ESTUDIO DESCRIPTIVO COMPARATIVO EN MUJERES
INDIGENAS DE ALDEA SAN JACINTO CHIMALTENANGO Y
LADINAS DE CONSULTA EXTERNA HOSPITAL DE GINECO-
OBSTETRICIA DEL IGSS
PERIODO MARZO-MAYO 2000**

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. OBJETIVOS	5
V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
VI. MATERIAL Y METODOS	20
VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	27
VIII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	37
IX. CONCLUSIONES	39
X. RECOMENDACIONES	40
XI. RESUMEN	42
XII. BIBLIOGRAFIA	44
XIII. ANEXOS	48

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una de las causas de muerte más frecuente en la población femenina en América Latina, especialmente en países en vías de desarrollo como Guatemala; ocupando dicha patología la primer causa de morbilidad 44.6% y segundo lugar de mortalidad a nivel mundial. (20,21,23,24)

Los factores de riesgo asociados con esta patología descritos son: baja condición socioeconómica, inicio temprano de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, número de embarazos y partos, infecciones genitales, especialmente por virus papiloma humano HPV(5,6,9,10,30,31,34)

El presente estudio busca determinar los factores de riesgo asociados a Cáncer de Cérvix en poblaciones guatemaltecas, ladina e indígena. Identificando los factores propios de cada población y así establecer si existe diferencia entre ambos grupos poblacionales por medio de la prueba de tamizaje, como lo es la citología exfoliativa cervical.

El mismo se realizó en el área Rural de la Aldea San Jacinto del municipio de Chimaltenango, tomando una muestra de 196 mujeres en edad fértil que residen en dicha localidad, pertenecientes todas a la etnia cakchiquel y en el área Urbana en 196 pacientes ladinas que consultan servicio de Consulta Externa del Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

En el grupo de la población indígena se realizaron previamente charlas educativas e informativas sobre el cáncer de cérvix y la importancia del examen de Papanicolau, posterior a ello se realizó toma de muestra de citología exfoliativa y se llenó boleta por medio de entrevista dirigida.

Con este estudio se espera contribuir a identificar población prioritaria femenina que posea mayor presencia de factores de riesgo para desarrollo de Neoplasia Cervico-uterina en nuestro país y así orientar, de alguna manera, a la aplicación de estrategias nacionales de prevención de Cáncer Cervical tanto a nivel de prevención primaria como secundaria.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

La displasia cervical es una alteración del desarrollo del epitelio estratificado escamoso de la superficie, constituido por células que poseen alteraciones morfológicas primitivas y grados variables de diferenciación y desarrollo.(10,17,21)

El cáncer de cérvix es la segunda causa más frecuente de neoplasia malignas en mujeres a nivel mundial, siendo dicha patología más común en los países en desarrollo, constituyendo un 77% de todos los casos a nivel mundial (11,15,23,24)

El cáncer cervicouterino es una enfermedad que se puede prevenir, encontrándose la morbilidad a causa de ésta, en proporciones epidémicas en Guatemala en donde constituye el 44.6% del total de las neoplasias malignas y representa un 60% del total de neoplasias malignas que afectan a la mujer guatemalteca. En el departamento de Guatemala el cáncer de cérvix ocupó el 41.5% y en el departamento de Chimaltenango el 32.6% del total de las neoplasias.(23,24).

Los factores de riesgo (característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada a la probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud), estrechamente relacionados con esta patología son: Actividad sexual a edad temprana, multiparidad, promiscuidad sexual, estado socioeconómico bajo, edad temprana de primer matrimonio, enfermedades de transmisión sexual, raza, religión, cultura, caracteres hereditarios.(2,14,15,21,26,31).

Debido a la magnitud del problema, es necesario identificar los factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino en mujeres indígenas y ladinas, ya que estudios realizados en países como Estados Unidos, Brazil, Colombia, Suiza en su población indígena han encontrado mayor incidencia en este grupo poblacional, así como han identificado factores de riesgo propios de cada grupo étnico, lo cuál es de suma importancia para poder trabajar a nivel primario, modificando o evitando los factores de riesgo relacionados con cáncer cervicouterino así como también a nivel secundario mediante la realización de citología exfoliativa, lo cual contribuye a mejorar la salud de la mujer mediante la prevención y control del cáncer cervicouterino.

El presente estudio se realizó en la Aldea San Jacinto del Municipio de Chimaltenango, la cual cuenta con población 100% indígena y en el Hospital de Gineco-obstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en población ladina, para identificar factores de riesgo relacionados a cambios displásicos cervicales.

III. JUSTIFICACION

Guatemala esta compuesta por diferentes grupos étnicos, agrupados en ladinos(no indígenas) e indígenas. El grupo indígena ocupa el 62% de la población total del país, estando dicha población distribuida en el área rural en un 81% y el 19% en el área urbana.(19,6); lo que implica que un 70% de la población indígena vive en el área rural, lo que sumado a la poca accesibilidad a los servicios de salud, así como a los aspectos educativos, y a condiciones culturales y de costumbre propios, se constituyen en mayor riesgo que la población que vive en el área urbana, en cuanto a sufrir daño a la salud; situación que se puede prevenir por medio de acciones de atención primaria con identificación y modificación de factores de riesgo, así como con prevención secundaria a través del examen de citología exfoliativa, para el caso de las displasias cervicales.(5,18,32)

El cáncer de cérvix ocurre en un 81% en pacientes ladinas y un 19% en mujeres mayas, siendo un resultado que puede reflejar una mayor cobertura para los grupos urbanos y ladinos.(7,24)

Se ha descrito en diversa literatura los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de cáncer cervical en mujeres ladinas, y se han realizado pocos estudios en mujeres indígenas, no encontrando estudios previos en nuestro país, razón que motiva el presente estudio.

En consecuencia la presente investigación tiene como finalidad determinar los factores de riesgo relacionados con cambios displásicos cervicales en una población maya y compararlos con los que se presentan en una ladina, para así priorizar a la población mas afectada y consecuentemente estar en posibilidad de recomendar la elaboración de programas de prevención primaria adaptado al contexto y necesidades propias de cada población.

IV. OBJETIVOS

A. GENERAL.

- Determinar los factores de riesgo asociados a cambios displásicos cervicales en mujeres indígenas de la Aldea San Jacinto-Chimaltenango y ladinas que consultan al servicio de consulta externa del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.

B. ESPECIFICOS.

1. Determinar la frecuencia de cambios displásicos cervicales en las poblaciones en estudio.
2. Identificar la edad más frecuente de cambios displásicos cervicales en poblaciones indígena y ladina.
3. Identificar los factores de riesgo frecuentemente asociados a cambios displásicos en las poblaciones en estudio.
4. Establecer si existe diferencia de factores de riesgo asociados a cambios displásicos entre las poblaciones medidas indígena y ladina.
5. Proponer medidas protectoras en la población sin cambios displásicos cervicales que presenten factores de riesgo para el desarrollo de los mismos.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

A. ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJERES INDIGENAS EN DIFERENTES REGIONES DEL MUNDO.

Un estudio realizado por Coughlimss y colaboradores en Estados Unidos de Norteamérica de 1992-1997, publicado en Octubre de 1999, demostró que la población de mujeres indias americanas y mujeres nativas de Alaska, poseen poca información sobre lo que es el cáncer de cérvix y como prevenirlo y como consecuencia no asisten a centros de salud, hasta el momento que presentan alguna sintomatología.(4)

Otro estudio, realizado por J.Deschaps M. y colaboradores en British Columbia publicado en el año de 1992, demostró que la población nativa indígena presenta una cifra de incidencia de cáncer de cérvix 4 veces más alta que la población no nativa. El estudio mostró que las razones fueron: Baja participación de las nativas en los procesos educativos, falta de conocimiento del exámen de Papanicolaou y de su importancia, falta de continuidad del seguimiento. Con la introducción del papanicolaou en 1955 en mujeres no nativas ha disminuido 55% la mortalidad, así como la incidencia de carcinoma escamoso invasivo del cérvix.(9)

Otra publicación de detección de lesiones precancerosas del cérvix en indígenas de la Tribu Parakana, grupo de indígenas aisladas de la Amazona Oriental en Brazil, demostró a través de la citología cervical que el 91.5% de las mujeres tenían algún grado de lesión cervical asociado a infecciones por Papiloma virus humano y enfermedades de transmisión sexual. Esto fué común en dicha tribu donde se identificaron factores de riesgo como: inicio temprano de relaciones sexuales, múltiples parejas, múltiparidad y corto intervalo interparto. De 80 pacientes evaluadas se identificó un caso de Neoplasia Intraepitelial grado I (NIC I), un caso de NIC II y un carcinoma epidermoide en una indígena de 48 años de edad. (1)

Otro estudio de tesis realizado en 1994 en una área rural de Guatemala, Poaquíl-Chimaltenango demostró por medio del exámen de citología, una

incidencia de cáncer cervical del 35% en 108 mujeres nativas de la región, identificando que el 90% de esta población presentó algún tipo de infección vaginal durante el estudio; concluyendo que estos resultados reflejan el alto porcentaje de factores de riesgo que presenta la población indígena.(32)

B. DISPLASIA CERVICAL:

1. Definición:

El término displasia significa “forma anómala” o “alteración del desarrollo”. Es una alteración del epitelio estratificado escamoso cilíndrico de su superficie que se caracteriza fundamentalmente por estar constituido por células que poseen caracteres nucleares primitivos, cuyo citoplasma tiene la facultad en grado variable de diferenciarse y madurar anormalmente. (10,17,26)

2. Factores Epidemiológicos en Lesiones Pre-neoplásicas y Displásicas del Cuello Uterino:

La epidemiología de la neoplasia cervical ha sido ampliamente estudiada y relacionada con un sin número de factores de riesgo claramente identificados.(26,31)

Sin orden de importancia se encuentran los siguientes:

- Actividad sexual a edad temprana
- Raza
- Múltiples embarazos
- Hombres o conyugues de alto riesgo
- Promiscuidad sexual
- Edad temprana de primer embarazo
- Estado socioeconómico bajo
- Edad temprana del primer matrimonio
- Multiparidad
- Historia marital inestable.(2,31)

El cáncer de cuello uterino está estrechamente relacionado con los niveles socioeconómicos bajos, en los cuales se halla gran parte de la población de los países en desarrollo. Otros factores de riesgo importantes se refieren a la conducta sexual; por ejemplo, la edad temprana de la primera relación sexual, que se demuestra por la edad del primer matrimonio o del primer embarazo; la promiscuidad sexual, tanto masculina como femenina, es también un factor de riesgo considerable. En la actualidad se investiga la influencia del comportamiento sexual masculino en la etiología del cáncer de cuello uterino, así como la influencia del hábito de fumar y de factores nutricionales, que en estudios recientes han evidenciado que la hipovitaminosis, especialmente de sustancias carotinoideas como retinol, alfa-caroteno, zeaxantina-luteinica son factores de riesgo para el desarrollo de Neoplasia cervical. (2,11,20,30). En la epidemiología del cáncer uterino se han encontrado implicados el virus del herpes simple tipo 2 (HSV-2) y el papiloma. La acción del virus HSV-2 ha sido clásica en la aparición del cáncer de cuello uterino en presencia de infecciones de HSV-2. Se han documentado altas frecuencias de infección con HSV-2, en mujeres de Cali, Colombia, Honduras, Panamá y las islas del Caribe.

El virus del Papiloma Humano (HPV) que causa las verrugas genitales, también se encuentra implicado en la etiología del cáncer del cuello uterino, estudios recientes realizados en Estocolmo en 1995-1999 han demostrado la presencia de un tipo específico de DNA del Papilomavirus humano (HPV) en pacientes que posteriormente desarrollan cáncer cervical. Al igual que el virus del Herpes simple, el HPV puede asumir también una forma latente intranuclear la cual induce a la transformación maligna en los estratos del epitelio. Los virus del papiloma genital son transmitidos sexualmente, estos virus además de causar el condiloma acuminado, causan el condiloma plano o displasia papilomatosa. Los Condilomas cervicales planos o papilares están ocasionalmente asociados con Carcinoma invasivo.(1,2,6,31,34).

Otras enfermedades de transmisión sexual que se ha relacionado con el desarrollo de cáncer cervical son la tricomoniasis vaginal e infecciones por clamydia tracomatis, las cuales en estudios recientes han demostrado ser un factor contribuyente en el desarrollo de esta patología.(1,2,6,12,30,31,34). Así mismo es importante mencionar los factores de riesgo como lo son la raza, religión y cultura. En Estados Unidos se encontró una alta incidencia de carcinoma in situ e invasivo en mujeres blancas y negras. Jordan y Cols. Estudiaron Neoplasia cervical en el sur occidente de Estados Unidos entre la población india y la blanca y encontraron que para menores de 35 años de

edad, la neoplasia cervical fue más frecuente entre los indios y latinos que entre las mujeres blancas. En pacientes de 60 años de edad o mayores, la frecuencia de cáncer cervical fue más frecuente en mujeres indias que en las no indias. También se han realizado estudios en mujeres Judías en donde se ha encontrado baja incidencia de cáncer cervical.(4,11,19)

Así mismo en Suiza se realizó un estudio epidemiológico, en 1999 : el cual demostró una predisposición hereditaria para el desarrollo de cáncer cervical la cuál comprende factores cromosómicos tanto de aberraciones como mutágenas los cuales contribuyen a la aparición de células mutágenas . (8)

3. Clasificación de las Displasias:

a. Displasia Leve:

En el exámen citológico, se observan celulas poligonales aisladas y en pequeños grupos, con aumento moderado de la relación núcleo-citoplasma, núcleos grandes, redondos . El nucleolo pequeño o ausente, cromatina fina, homogénea o heterogénea.(10,17,26,29)

b. Displasia Moderada:

Células con núcleos grandes, los cuales varían en forma y tamaño, hipercromáticos con cromatina granular. Las capas afectadas son las intermedias y las parabasales.(10,16,17,26,29)

c. Displasia Grave:

Gran parte de las células son basales y parabasales, con desproporción de núcleo y citoplasma, con cromatina granular e hipercromática y ausencia de nucleolos, la membrana se observa irregular.(10,16,17,26,29).

Una segunda clasificación destaca que los cambios displásicos representan una gama del mismo cambio básico, es decir la neoplasia intraepitelial cervical (NIC). Describiendo tres grados de NIC:

NIC Grado I: (Displasia leve) las anomalías afectan aproximadamente solo el tercio inferior del grosor total del epitelio. (10)

NIC Grado II :(Displasia Moderada) Las anomalías afectan entre un tercio y dos tercios de todo el epitelio.(10)

NIC Grado III: (Displasia Grave y Carcinoma in Situ) las alteraciones se extienden prácticamente a todo el espesor del epitelio. (10)

En Guatemala según Registro Nacional de Cáncer publicado en Julio de 1999, evidencia que 70% de las pacientes con cáncer de cérvix lo clasificaron en estadio I y II (24).

4. Carcinoma In Situ y Carcinoma Infiltrante:

Se define como carcinoma in situ “aquellos casos que no hay invasión y que muestra un epitelio en la superficie en el que no existen signos de diferenciación en la región de transición” diagnosticado por biopsia. Este es precursor directo del carcinoma infiltrante .(1,3,10,26,29)

La clasificación del carcinoma in situ se basa en hallazgos a nivel histológicos del grado de diferenciación así como la expresión de la extensión anatómica de cada estadio. Siendo la clasificación más aceptada la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO)1994. (10,16)

ESTADIO 0: Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial

ESTADIO I: Carcinoma estrictamente circunscrito al cuello uterino.

IA: Carcinoma microinvasivo (invasión temprana del estroma).

IA1: Invasión medida del estroma no mayor de 3mm ni más amplia de 7mm

IA2: Invasión medida del estroma mayor de 3mm con menos de 5mm de profundidad y 7mm de ancho.

IB: Lesiones clínicas confinadas al cuello uterino o lesiones preclínicas con un grado mayor IA

IB1: Lesiones clínicas no mayores de 4 cm

IB2: Lesiones clínicas mayores de 4 cm.

II: El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no ha llegado a la pared pélvica, afecta la vagina, pero no hasta el tercio inferior.

IIA: No hay afección parametrial obvia

IIB: Afección parametrial obvia

III: El carcinoma se ha extendido hacia la pared pélvica, afecta el tercio inferior de la vagina.

IIIA: Sin extensión a la pared pélvica, pero con afección del tercio inferior de la vagina.

IIIB: Extensión a la pared pélvica o hidronefrosis, o riñón no funcionante.

IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera ó clínicamente afecta a la mucosa de la vejiga o recto.

IVA: Diseminación del tumor a órganos adyacentes

IVB: Diseminación a órganos distantes. (10,17)

6. Tratamiento:

La displasia y el carcinoma in situ pueden ser erradicados con tratamiento con:

a. Tratamiento con Láser:

Pacientes con diagnóstico de carcinoma in situ por citología y confirmado por biopsia, se puede realizar con rayo láser una vaporización en forma cónica. Para asegurar la ausencia de patología más avanzada a nivel cervical se puede realizar un legrado endocervical. Las complicaciones con

este tratamiento son escasas siendo la más frecuente la hemorragia.(10,16,17,20,26)

b. Tratamiento con Crioterapia:

Esta técnica consiste en la aplicación de nitrógeno líquido en temperatura menor de 50 °C que alcanza el punto de congelación de las células, lo que produce deshidratación , formación de cristales celulares y finalmente la muerte celular.

Esta técnica se realiza en periodos de 3 a 5 minutos, produce poca hemorragia y deja cicatriz mínima.(10,16,17,26)

c. Tratamiento de electrocoagulación:

La destrucción que produce este método no es lo suficientemente profunda por lo que se obtienen buenos resultados unicamente cuando las lesiones están suscritas a nivel del epitelio superficial.(10,16,17,26)

d. Asa Diamérica:

Es una nueva técnica conocida con las siglas LLETZ (Large, Loop of the Transformation Zone), Un asa de alambre fino forma un electrodo diatérmico que permite la incisión profunda de la zona de transformación y se pretende emplear en sustitución a la biopsia dirigida con colposcopia y de la destrucción de la lesión láser.(10,20)

e. Histerectomía:

En la actualidad la Histerectomía radical es el tratamiento ideal para las lesiones en etapa IB y IIA, este procedimiento implica la extirpación del útero, los ligamentos cardinales y uterosacros, los pubocervicales y el tercio superior de la vagina. Como parte de esta operación se considera la linfadenectomía pélvica completa, con extirpación de ganglios linfáticos. Los resultados de este tratamiento son excelentes con tasas de supervivencia a 5 años entre el 77 al 93%. (10,16,27)

f. Tratamiento con Radiación:

La radiación ionizante es el tratamiento ideal para casi todas las mujeres que tienen carcinoma cervicouterino, incluyendo aquellas etapas

tempranas que no son buenas candidatas quirúrgicas y aquellas lesiones más avanzadas. La radioterapia se aplica en dos fases separadas. Inicialmente se administra radiación de haz externo a la región pélvica para eliminar afección microscópica. Se administra tratamiento externo en una serie de fracciones pequeñas durante cuatro a cinco semanas.

Los resultados del tratamiento con radioterapia son excelentes y comparados a los logrados con la cirugía.(10,16)

g. Nuevos Tratamientos:

El perfeccionamiento de nuevos tratamientos se ha concentrado en pacientes con enfermedad avanzada en quienes el principal motivo del fracaso del tratamiento es resistencia a la radioterapia. Se han aplicado varias estrategias para mejorar la radiosensibilidad de tales lesiones, entre ellas tratamiento con oxígeno hiperbárico con partículas como los neutrones y con radiosensibilizadores. (10,16)

C. CITOLOGIA EXFOLIATIVA:

El estudio de citología exfoliativa o prueba de Papanicolaou, se ha utilizado en la detección de enfermedades neoplásicas mediante la identificación de anomalías celular en : líquido pleural, líquido peritoneal, bronquial, articular, secreciones prostáticas. El tejido que más se estudia con esta técnica es el del cuello uterino, siendo utilizado como un medio eficaz en la prevención y diagnóstico temprano del cáncer de cérvix identificado células displásicas y neoplásicas en un 90-95%; así mismo reporta cambios inflamatorios, leves, moderados y severos así como los agentes patógenos que los están ocasionando (3,7,11,18,20,35,27)

Este estudio consiste en aplicar colorantes especiales a una muestra de células epiteliales y otras células exfoliadas de la región cervico-vaginal del tracto genital femenino colocadas en una laminilla y luego observada al microscopio de luz identificando anomalías celular a nivel de tamaño, forma, estructura celular.(3,18,29,32)

1. Indicación:

- Este exámen debe realizarse en toda mujer sexualmente activa.
- Es prioritario en el grupo de mujeres de 30-50 años.
- Embarazadas y puérperas .(35)

La American Cancer Society sugirió el frotis de Papanicolaou para la detección de cáncer de cérvix cada 3 años después de dos resultados negativos anuales. Las mujeres en grupos de alto riesgo (múltiples parejas) se deben realizar estudios anuales. El American College of Obstetricians and Gynecology continúa recomendando los frotis anuales.(10)

2. Instrumentos y materiales:

- Guantes
- Espéculo
- Paletas de Ayre, hisopos
- Laminas porta-objeto
- Fijador Citospray o spray para el cabello o alcohol al 96% y Ether.
- Hoja para solicitud de exámen (18,20)

3. Instrucción para la paciente:

- Abstenerse de duchas vaginales 24 horas antes de la realización del exámen
- No aplicarse óvulos, cremas, ni ninguna otra clase de medicamento intravaginal 48 horas previas al exámen
- Procurar que el exámen no coincida con el período menstrual.
 - Evitar relaciones sexuales 24 horas previas al exámen.(18)

4. Técnica de la toma:

-Se coloca a la paciente en posición ginecológica se colocan los talones en los estribos de la camilla de exploración, los muslos de la paciente forman un ángulo de 45 grados, las rodillas se sitúa hacia los lados y los gluteos en el extremo de la camilla.

-Se introduce el espéculo en la vagina sin lubricante o contamina de otro material. Se abren las valvas y se observa el cuello del útero, sin realizar limpieza de la vagina o del cérvix.

-Se toma la muestra, con los instrumentos: Hisopos, pipetas de aspiración o paletas de Ayre, tomando muestra realizando un pequeño raspado a nivel del fondo del saco posterior y el material de allí se deposita en uno de los extremos de la lámina porta objetos.

Luego con el otro extremo de la paleta de Ayre se produce igualmente un leve raspado sobre 1/3 superior de la pared lateral de la vagina y este material se coloca en el otro extremo de la laminilla.

Finalmente en la parte central de la laminilla se depositará el material obtenido del orificio cervical. El cuál se obtiene introduciendo la paleta de Ayre en el orificio cérvical realizando movimientos de rotación que permitan obtener células de la línea de unión entre el epitelio escamosos de la vagina y el cilindrico del cérvix sitio donde frecuentemente aparece el cáncer.

-Se fija la muestra con citospray a distancia de 8 pulgadas dejándolo secar por 1 minuto por lo menos.

-Cada frote debe ir acompañado de nombre del paciente, así como de su respectiva hoja de solicitud. (2,32,35)

D. EL INDIGENA EN GUATEMALA:

Guatemala es un país pluricultural, pero básicamente coexisten dos grandes culturas la indígena y la ladina o no indígena.

Antonio Goutaud, en un artículo “Del conocimiento del indio guatemalteco”, menciona la clasificación de Oliver La Farge, hace de las diversas etapas del pasado cultural por las que ha vivido el indio guatemalteco, desde la época de la conquista hasta el presente, así:

1. La cultura indígena preconquista
2. El indígena colonial (del período de la conquista hasta el año 1720)
3. Un primer período de transición cultural que podría fijarse de 1720 a 1800
4. La primera etapa que La Farge, denomina el indio reciente (del año 1800 hasta 1880)
5. La segunda etapa del indio reciente, principiando en 1880, cuando la era de la máquina y las culturas nacionales hispanoamericanas invaden en forma más sensible la cultura del indio reciente que se había establecido en los periodos anteriores (7).

El nativo de ayer, es el indígena de hoy, oculto en su identidad étnica, es aquel temeroso individuo que para poder sobrevivir, debe convertirse en indio pues el sistema no le permite ser un proletario.

Todo lo vinculado con indígenas se refiere a relaciones socio-culturales concretas que evidencian ordenamiento étnico existente, socialmente imposible de negar. La naturaleza de su organización étnica y su ubicación en la sociedad global, define al indio como un ser social culturalmente diferenciado de los no indígenas.

Es sabido por todos que el indígena es parte muy importante de la economía nacional, ya que nuestro país es eminentemente agrícola, pero reciben salarios muy bajos en el trabajo que realizan para el ladino y mínimas ganancias en sus trabajos propios, lo que se hace insuficiente para su subsistencia. Además, es el principal conservador de las artesanías populares, reconocidas mundialmente las cuales son una fuente principal de ingreso de divisas al país.(7,33)

La población indígena se concreta en el altiplano de Guatemala, representando un alto porcentaje de la población guatemalteca (62%), siendo muy posible que en el futuro este porcentaje disminuya, dado a la mayor mortalidad que ocurre en este grupo étnico por deficiencia en su alimentación, las malas condiciones de vida, el desconocimiento de los servicios de salud y medicina moderna y situación económica baja que no les permite el consultar médicos y difícil acceso a medicamentos.(33)

1. Mujer Indígena:

Se denomina mujer indígena a toda nativa o aborígen de sexo femenino originaria de una determinada región, que mantiene su vestimenta y costumbres tradicionales, además de hablar algunos de los 23 idiomas mayas pertenecientes a la cultura y folklor indígena de la región. (33)

E. MONOGRAFIA DE LA ALDEA SAN JACINTO MUNICIPIO DE CHIMALTENANGO DEL DEPARTAMENTO DE CHIMALTENANGO

La aldea de San Jacinto pertenece al municipio de Chimalteango, esta aldea se encuentra ubicada a 7 kilómetros de la ruta nacional hacia el altiplano, tiene una altitud de 1992 metros sobre el nivel del mar. Colinda hacia el norte con San Martín Jilotepeque, Al sur con El tejar, al este con Aldea Cienega Grande, y al oeste con Aldea Bola de Oro.

Esta aldea tiene una extensión territorial de 3 por 3 kilómetros cuadrados, contando con una población de 2,700 habitantes según el último censo del INE efectuado en 1999, siendo en 100% indígenas de origen cakchiquel.

El nombre de la Aldea es en honor a su Santo Patrono San Jacinto, que según la historia vivió en los años 450-610 después de Cristo, que debido a sus diversas obras de caridad que realizaba lo nombraron Santo, su feria titular es el 18 de Agosto.

El clima es templado, su tierra es fértil debido al barro, tierra negra arenosa y amarilla, sus principales cultivos son : el frijol , el maíz, chile pimientos, coliflor, remolacha, güisquil, ayote, chilacayote, aguacate.

Entre su fauna y su flora se encuentran algunos animales como, los conejos, aves, coyotes, su flora sobresalen el pino, ciprés y roble.

La mayoría de su ingreso económico proviene de la agricultura ya que la mayoría de los habitantes poseen grandes extensiones de tierra las cuales cultivan y comercian. Otro alto porcentaje de su ingreso económico lo deben a la venta a nivel nacional e internacional de tejidos, los cuales los realizan las mujeres del lugar, desde güipiles, servilletas, manteles, telares, y diversos adornos, trabajo que es apoyado por CONALFA. cuenta con un Puesto de Salud que es atendido por un estudiante de 6to. Año de la carrera de Medicina, al que rotan cada 6 meses, así como un auxiliar de enfermería. La aldea cuenta con 2 escuelas, una de primaria y una de educación básica, existen 4 iglesias evangélicas y una católica, tiene diferentes organizaciones entre ellas religiosas, deportivas, culturales, así como el comité de Salud y Pro-mejoramiento de la Aldea.

Esta Aldea se encuentra comunicada tanto a la cabecera departamental (8 Kms), así como a la ciudad capital (64 Kms.), la cuál es por transporte terrestre de buses urbanos o por medio de pickups.

Cuentan con teléfono comunitario, no existen líneas telefónicas en los domicilios de los habitantes.

Existe transporte diario hacia la ciudad capital los cuales salen de la aldea por la mañana y retornan en la noche, así como durante el día existe transporte que cubre la ruta hacia la cabecera municipal, ya que los habitantes del lugar realizan su comercio en el mercado de Chimaltenango. Existen familias las cuales cuentan con carro propio y otras utilizan el transporte de caballo.

La radio y la televisión son medios utilizados por un alto porcentaje de la población. Esta aldea posee una cancha de foot-ball, así como cancha de basket-ball, no contando con salón Municipal , utilizando para ello las instalaciones de la escuela de educación primaria local. La fiesta titular de San Jacinto se celebra en el mes de Agosto del 14 al 18, siendo su día principal el 18. Su feria es en honor al santo patrono del lugar San Jacinto. Se llevan a cabo procesión de imagen de su patrono, desfiles, actividades deportivas, bailes folklóricos, elección de reina de la feria. (25)

VI. MATERIAL Y METODOS

A. Metodología:

1. Tipo de Estudio:

Descriptivo, transversal.

2. Selección del Sujeto de Estudio:

Población femenina de la Aldea de San Jacinto, del Municipio de Chimaltenango, la cuál cuenta con un total de 756 mujeres en edad fértil según último censo poblacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 1999, las cuales son 100% indígenas; tomando una muestra de 196 pacientes según método estadístico. Para fines de comparación con otra población, también se incluyeron 196 pacientes en edad reproductiva ladinas que consultan el servicio de consulta externa de Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS. La selección de los sujetos se realizó por medio del método aleatorio simple.

3. Tamaño de la Muestra:

El tamaño de la muestra estadísticamente significativa, se obtuvo de la siguiente manera:*

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

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población (756)

d = Error Muestral (0.05)

Z = Nivel de Confianza (90% = 1.64)

$pq = \text{varianza de la población } (0.50 \times 0.50)$

$n = 196$

*Moran Gonzales Marco Tulio, Portillo Luz Angelica: Como Estudiar e Investigar. Primera edición. Editorial Oscar de León Palacios. Guatemala Centroamérica 1980.

4. Criterios de Inclusión:

a. NIVEL RURAL:

- i. Edad de 15-44 años .
- ii. Mujeres indígenas pertenecientes a la Aldea de San Jacinto Chimaltenango
- iii. Mujeres indígenas sin inconveniente de participar en el estudio

b. NIVEL URBANO:

- i. Edad de 15-44 años
- ii. Mujeres en edad fértil asistentes al servicio de Consulta Externa de Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS.
- iii. Mujeres no indígenas que deseen participar en el estudio.

5. Criterios de Exclusión:

-Mujeres que rehusen participar en el estudio.

6. Variables de Estudio

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	E d M
Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles..	Pregunta a establecer situación marital de la mujer en el hogar.	Nominal	C V D
Edad	Tiempo cronológico de un individuo.	Años cumplidos al momento de la encuesta.	Numérica	
Escolaridad	Nivel de estudios académicos que posee una persona.	Pregunta a conocer si la mujer sabe leer y escribir.	Nominal	A

Menarquia	Primer período de hemorragia vaginal.	Fecha de primer período menstrual.	Numérica	
Ciclo Menstrual	Período de hemorragia vaginal que puede comprender un intervalo normal 28-35 días.	Pregunta a conocer si la mujer posee alteración de su ciclo menstrual en relación al intervalo normal.	Nominal	
Paridad	Número de partos que ha tenido una mujer desde el inicio de su vida reproductiva.	Número de hijos vivos o muertos que ha tenido la mujer hasta el momento.	Numérica	

Edad de Primera Relación Sexual	Tiempo cronológico de primer coito.	Años de edad al iniciar actividad sexual.	Numérica	
Número de Parejas Sexuales	Cantidad numérica de compañeros con quién se realiza actividad sexual. (coito)	Cantidad en número de parejas con quién mantiene o mantuvo actividad sexual.	Numérica	
Enfermedad de Transmisión Sexual	Enfermedad de tipo infeccioso que se transmite por vía sexual.	Enfermedad de transmisión Sexual que la mujer haya cursado.	Nominal	T C
Método Anticonceptivo	Método de Planificación familiar ha utilizado para evitar la fecundación del óvulo por el espermatozoide.	Pregunta a conocer si la mujer utiliza o ha utilizado algún tipo de método de planificación familiar.	Nominal	D

Frecuencia de Exámen de Papanicolau	Frecuencia de tiempo de realización de exámen de Papanicolau.	Pregunta a conocer período de tiempo que la mujer deja de intermedio entre la realización de un exámen de Papanicolau y el siguiente.	Numérica	
Frecuencia	Indicador de número de casos de una enfermedad en un período de tiempo	Número de casos de Displasia Cervical en poblaciones en estudio, determinado por medio de la prueba de Papanicolau.	Numérica	Pr N /T
Hábitos Higiénicos	Hábitos de higiene personal que posee una persona.	Pregunta a conocer sobre hábito den higiene diaria que posee la mujer	Nominal	E

7. Ejecución de la Investigación:

- a. A nivel rural se realizaron previas charlas de información sobre lo que es el Cáncer de Cérvix., así como el método de prevención secundaria como lo es el exámen de Papanicolau; a nivel domiciliario y del Puesto de Salud de la Aldea.
- b. Se realizó entrevista directa, dirigida a la identificación de factores de riesgo, para lo cual se utilizó una boleta de datos (Anexo 1).
- c. Se realizó prueba de citología exfoliativa, enviándose las muestras a Unidad de Patología del Hospital Nacional de Chimaltenango, así como del Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, para estudio citológico; anotándose el resultado en la boleta de recolección de datos y proporcionándose la boleta de exámen citológico a cada sujeto del estudio.

8. Aspectos Éticos de la Investigación:

Se informó a las mujeres de las poblaciones en estudio sobre el objetivo de la investigación y sobre la utilidad del mismo. Se garantizó el derecho de libre participación por medio de aceptación verbal, así como el carácter confidencial de la misma. Se les notificó y se les entregó el resultado del exámen citológico.

9. Presentación de Resultados y Tipo de Tratamiento Estadístico:

- a. Los resultados se presentaron en tablas y gráficas estadísticas.
- b. Por ser un estudio que compara a dos poblaciones en relación a factores de riesgo relacionados con cambios displásicos cervicales, se utilizó la prueba estadística del Chi Cuadrado.

B. RECURSOS:

1. HUMANOS:

- .Alcalde Municipal
- .Director de Distrito de Chimaltenango
- .Enfermera Auxiliar Puesto de Salud
- .Personal medico de Hospital Nacional de Chimaltenango,Hospital de Gineco-Obstetricia-IGSS
- .Personal de Bibliotecas.

2. FISICOS:

- .Edificio de Puesto de Salud
- .Edificio de Hospital de Gineco-Obstetricia- IGSS
- .Laminillas de portaobjetos
- .Hisopos
- .Citospray
- .Boleta de Recolección de datos
- .Equipo de Oficina
- .Textos, revistas de Ginecología y Obstetricia
- .Computadora
- .Transporte terrestre
- .Alimentación
- .Materiales de oficina.

VII. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

CUADRO No.1
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS A CAMBIOS
DISPLÁSICOS CERVICALES EN POBLACIONES URBANA HGO-
IGSS Y RURAL SAN JACINTO CHIMALTENANGO
MARZO-MAYO 2000

NOMBRE	***X ²		**GL	
	HGO-IGSS	SAN JACINTO	HGO-IGSS	SAN JACINTO
EDAD	3.9	6.9	1	1
ESCOLARIDAD	1.5	0.5	1	1
PARIDAD	4.9	4.39	1	1
EDAD PRIMER PARTO	3.4	13.9	1	1
EDAD PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	3.9	4.43	1	1
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES	3.10	1.06	2	2
UTILIZACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	3.4	3.14	1	1
ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL	6.8	3.93	2	2
FRECUENCIA DE EXÁMEN DE PAPANICOLAU	1.08	3.07	2	2
HABITOS HIGIÉNICOS	4.1	5.94	1	1
ESTADO CIVIL	11.1	11.69	5	5
PROCEDENCIA	0.36	0.36	1	1

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

*Metodología de la Investigación: Roberto Fernández Sampiere, et . al.Mc Graw-Hill,México 1998. **GL:Grado de Libertad

***X²: Chi cadrado. +p:nivel de confianza

CUADRO No.2
DIAGNOSTICO DE CITOPLOGÍA EXFOLIATIVA CERVICAL EN
POBLACIONES URBANA HGO-IGSS Y RURAL SAN JACINTO
CHIMALTENANGO
MARZO-MAYO 2000

DIAGNOSTICO	HGO-IGSS		SAN JACINTO	
	No.	%	No.	%
DISPLASIA CERVICAL LEVE	4	1.02	5	1.27
DISPLASIA CERVICAL MODERADA	5	1.27	7	1.78
DISPLASIA CERVICAL SEVERA	4	1.02	4	1.02
CAMBIOS INFLAMATORIOS LEVES	27	6.88	20	5.10
CAMBIOS INFLAMATORIOS MODERADOS	96	24.48	102	26.02
CAMBIOS INFLAMATORIOS SEVEROS	6	1.53	15	3.82
GARDNEDELLA	20	5.10	7	1.78
TRICOMONIASIS	10	2.55	8	2.04
CONDILOMA	10	2.55	8	2.04
CANDIDIASIS	7	1.78	15	3.82
NORMAL	8	2.04	6	1.53
TOTAL	196	50	196	50

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO No.3
FRECUENCIA DE CAMBIOS DISPLÁSICOS CERVICALES EN
RELACIÓN A EDAD EN POBLACIONES URBANA HGO-IGGS Y
RURAL SAN JACINTO CHIMALTENANGO
MARZO-MAYO 2000

DIAGNOSTICO	HGO-IGSS			SAN JACINTO	
	EDAD(años)			EDAD(años)	
	15-24	25-34	35-44	15-24	25-34
DISPLASIA CERVICAL LEVE	0	1	0	0	2
DISPLASIA CERVICAL MODERADA	2	2	1	1	4
DISPLASIA CERVICAL SEVERA	2	2	3	0	1
TOTAL	4	5	4	1	7

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO No.4
FRECUENCIA DE CAMBIOS DISPLÁSICOS CERVICALES EN
RELACIÓN A PARIDAD EN POBLACIONES URBANA HGO-IGGS Y
RURAL SAN JACINTO CHIMALTENANGO
MARZO-MAYO 2000

DIAGNOSTICO	HGO-IGSS			SAN JACINTO	
	PARIDAD			PARIDAD	
	1	2-4	≥ 5	1	2-4
DISPLASIA CERVICAL LEVE	0	3	1	0	3
DISPLASIA CERVICAL MODERADA	0	3	2	0	4
DISPLASIA CERVICAL SEVERA	0	3	1	0	3
TOTAL	0	9	4	0	10

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUADRO No.5
CAMBIOS DISPLÁSICOS CERVICALES EN RELACIÓN A
FRECUENCIA DE PAPANICOLAU EN POBLACIONES URBANA
HGO-IGGS Y RURAL SAN JACINTO CHIMALTENANGO
MARZO-MAYO 2000

DIAGNOSTICO	HGO-IGSS			SAN JACINTO	
	FRECUENCIA DE PAPANICOLAU			FRECUENCIA DE PAPANICOLAU	
	1-3 AÑOS	4-6 AÑOS	> 7 AÑOS	1-3 AÑOS	4-6 AÑOS
DISPLASIA CERVICAL LEVE	1	2	1	1	1
DISPLASIA CERVICAL MODERADA	1	3	1	1	1
DISPLASIA CERVICAL SEVERA	1	3	0	0	3
TOTAL	3	8	2	2	5

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

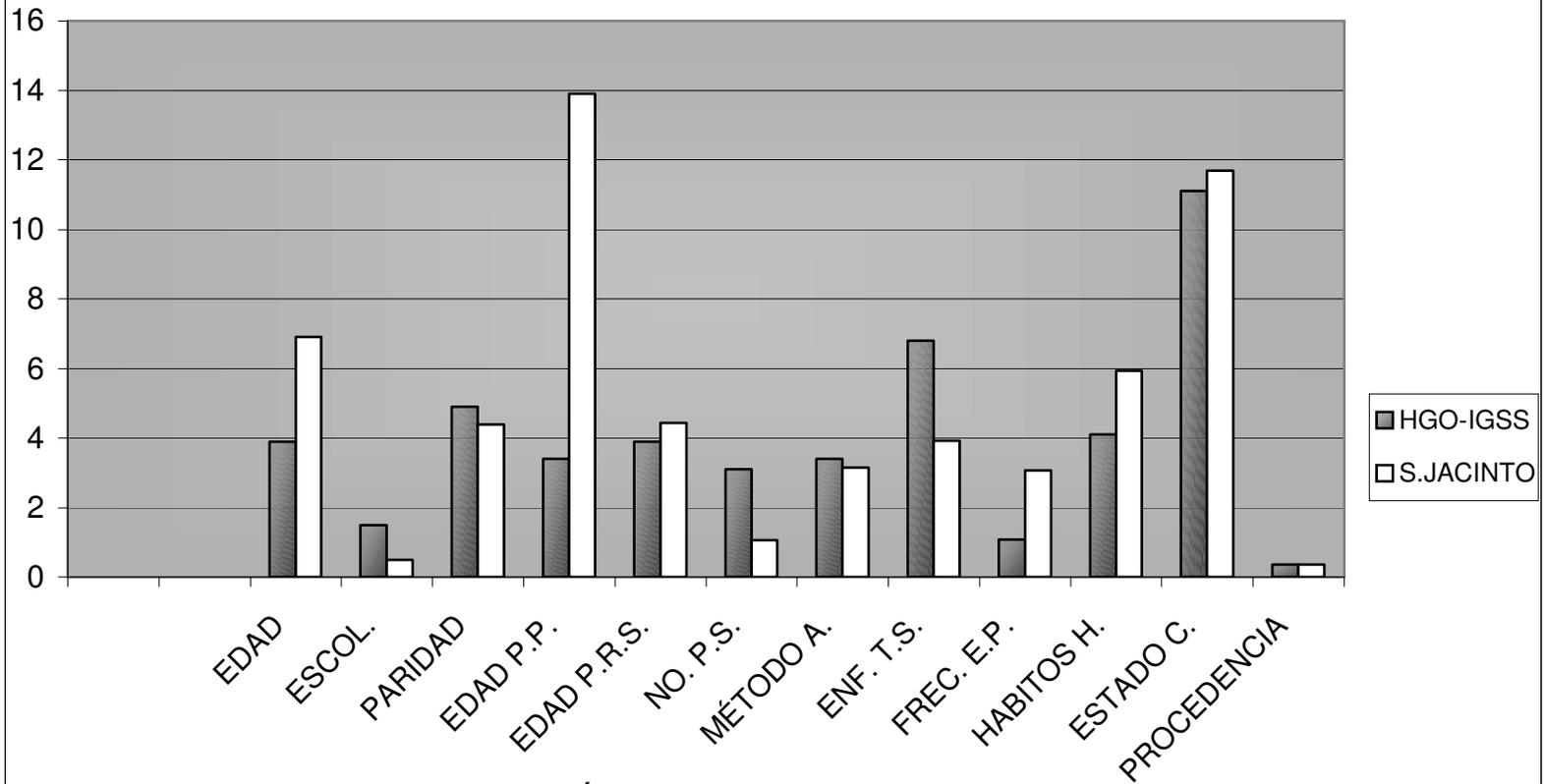
CUADRO No.6
FRECUENCIA DE CAMBIOS DISPLÁSICOS CERVICALES EN
RELACIÓN A ESTADO CIVIL EN POBLACIONES URBANA HGO-
IGGS Y RURAL SAN JACINTO CHIMALTENANGO
MARZO-MAYO 2000

DIAGNOSTICO	HGO-IGSS			SAN JACINTO	
	ESTADO CIVIL			ESTADO CIVIL	
	CASADA	UNIDA	SOLTERA	CASADA	UNIDA
DISPLASIA CERVICAL LEVE	2	2	0	1	3
DISPLASIA CERVICAL MODERADA	3	2	0	3	3
DISPLASIA CERVICAL SEVERA	1	2	1	1	3
TOTAL	6	6	1	5	9

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

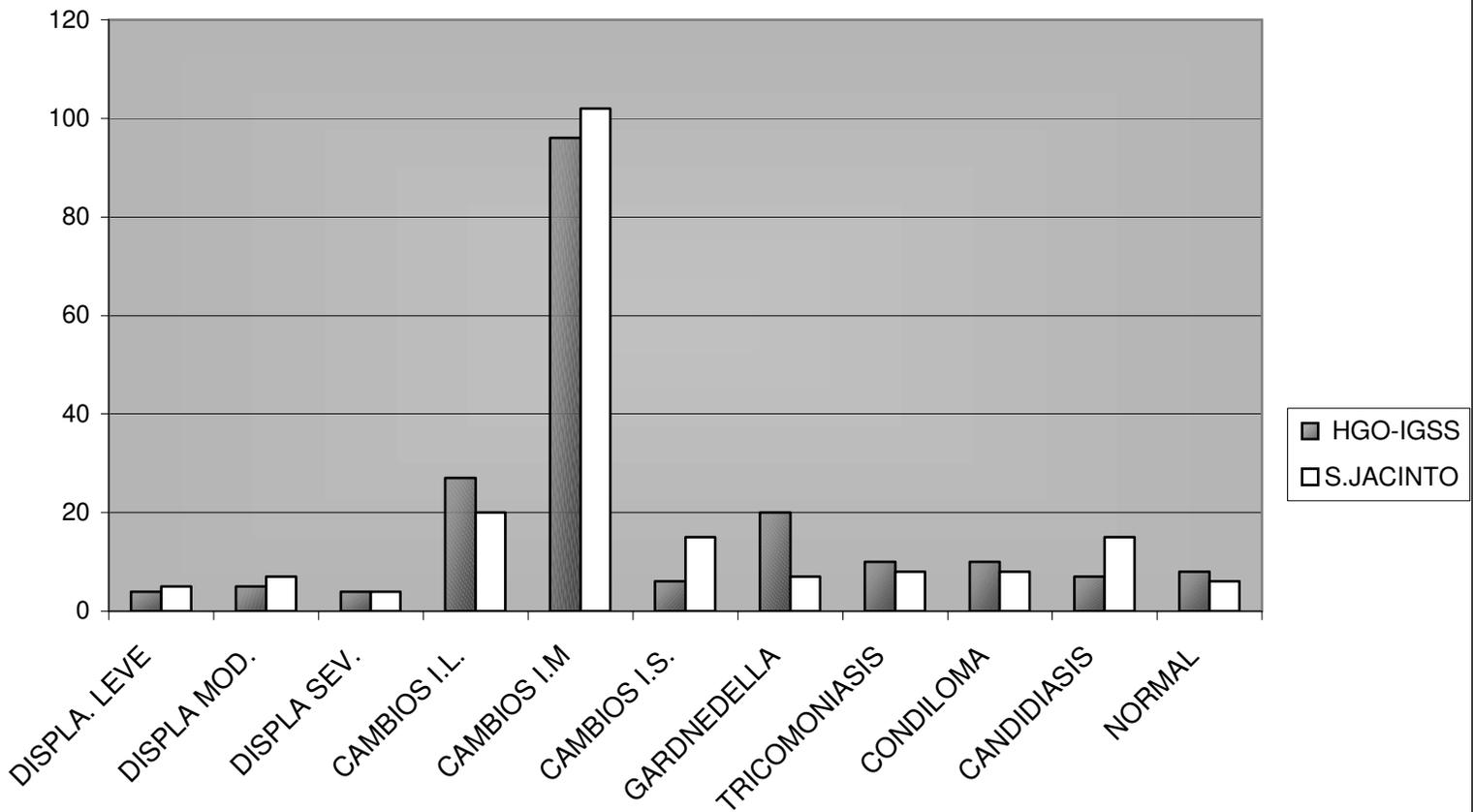
GRAFICAS

CUADRO No.1
FACTORES ASOCIADOS A CAMBIOS DISPLÁSICOS CERVICALES EN
POBLACIONES HGO-IGSS Y SAN JACINTO CHIMALTENANGO, MAR-MAY 2000



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE

CUADRO No.2
DIAGNÓSTICO DE CITOLOGÍA EXFOLIATIVA EN POBLACIONES HGO-IGSS Y
SAN JACINTO CHIMALTENANGO MARZO-MAYO 2000



FUENTE: BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

VIII. INTERPRETACIÓN, DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El frote cervicovaginal efectuado en 196 mujeres indígenas en edad reproductiva en el área rural y 196 en el área urbana, que fueron sujeto de estudio (cuadro No.2); reveló que el 96.43% de las mujeres presentaron algún proceso patológico que abarcó desde la presencia de infecciones por agentes patológicos, cambios inflamatorios, hasta lesiones premalignas; no encontrándose diferencia estadística significativa entre ambas poblaciones, ya que se presentaron 13 casos de Displasia en área urbana (siendo 1 diagnosticado en mujer embarazada) y 13 casos en el área rural. Dicho resultado no coincide con lo reportado en estudios internacionales en poblaciones nativas, los cuales reportan que este grupo poblacional presenta una mayor frecuencia de lesiones neoplásicas(1,4,7,11,32); debido posiblemente a que la población del área rural del presente estudio es bilingüe y con acceso a servicios de salud y por ende es beneficiada con programas de salud preventiva.

Se diagnosticaron en orden descendente, por frecuencia, las siguientes enfermedades de transmisión sexual (cuadro No.2): Gardnedella, Tricomoniasis, Condiloma, Candidiasis; no encontrándose diagnóstico de Papiloma virus relacionado en ambas poblaciones, lo cuál podría explicarse debido a que los métodos de laboratorio en nuestro país no son tan sofisticados como los de países industrializados, en los cuales a este virus se le ha encontrado y relacionado en un cien por ciento de pacientes con cáncer de cérvix. (1,4,9,31,32,34)

Los resultados de nuestro estudio indican que de un total de 29 casos de lesiones displásicas (cuadro No.2), 12 corresponden a displasia moderada en ambas poblaciones, con predominio en el grupo étareo de 25-34 años (cuadro No.3). En segundo lugar correspondió la displasia leve con un total de 9 casos y para la displasia severa 8 casos, resultados que coinciden con estudios realizados a nivel nacional e internacional los cuales reportan que la displasia con mayor número de casos es la moderada y con alta incidencia entre las edades de 35 a 40 años.(18,20,24,25)

En relación a los factores de riesgo(cuadro No.1) que se presentan en ambas poblaciones, los resultados del estudio evidencian que los factores asociados a cambios displásicos cervicales con significancia estadística corresponden a:

Edad(6.12%), Paridad(7.39%), Edad de Primer Parto y Edad de Primera Relación sexual antes de los 18 años(6.12%); siendo otro factor positivo para el estudio la Enfermedad de Transmisión Sexual (3.6%) para la población Urbana, no así para la Rural; lo cuál podría explicarse a que la mayoría de las mujeres en estudio de la población rural no se han efectuado prueba de Papanicolaou y por consiguiente no tienen conocimiento certero de haber cursado con algún tipo de enfermedad de transmisión sexual. Con respecto a la Procedencia no se encontró significancia estadística para dicho factor, ya que en ambas poblaciones se presentó un número similar de diagnósticos de lesiones preneoplásicas.

Los factores de riesgo relativos a Escolaridad, Frecuencia de examen de Papanicolaou, Utilización de método anticonceptivo y Número de parejas sexuales, no presentaron significancia estadística. Pudiendo explicar que el resultado de la pregunta de Número de Parejas Sexuales, se debe a que las mujeres no responden de forma sincera la encuesta con relación a la misma; ya que la mayoría mencionó que ha tenido un máximo de 2 parejas sexuales, contradiciendo este resultado con el mencionado en la literatura el cuál relaciona al mismo como uno de los principales factores de riesgo para desarrollo de cáncer de cérvix.(2,5,9,10,20,30)

Por otro lado el 72.2% de las mujeres con cambios displásicos cervicales(cuadro No.5), tienen el antecedente de haberse realizado prueba de Papanicolaou en un intervalo de 4-6 años y en el intervalo mayor de 7 años, incluyéndose en este ultimo a las pacientes que se realizan examen de Papanicolaou por primera vez, que presentan un porcentaje de 37.5% de la población rural y un 15.38% del área Urbana, la explicación del citado resultado estriba en que esta última población acude al HGO-IGSS por lo que la mayoría de las mujeres en estudio ya contaban con prueba de Papanicolaou previa en su expediente, no así en el área Rural en donde las mujeres que cuentan con Papanicolaou previo ha sido debido a campañas realizadas en la región, tanto por el Ministerio de Salud Pública así como de Organizaciones no Gubernamentales; debido esto a la poca información sobre Cáncer de Cérvix con la que cuentan las mismas.

La conducta que se siguió con las pacientes con diagnóstico de cambios Displásicos Cervicales en ambas poblaciones, fue la de referirlas a la Unidad de Colposcopia del Hospital Nacional de Chimaltenango y del Hospital de Gineco-Obstetricia del IGSS respectivamente; para confirmar diagnóstico y brindar tratamiento.

IX. CONCLUSIONES

1. No existe diferencia estadística significativa en el diagnóstico de lesiones displásicas cervicales entre las poblaciones en estudio del área Urbana (HGO-IGSS) y área Rural (Aldea San Jacinto), lo cuál se evidencia en que se presentaron 13 casos en la población urbana y 16 casos en la población rural.
2. Se determinó que la frecuencia de lesiones premalignas cervicales en 196 mujeres indígenas de Aldea San Jacinto-Chimaltenango y 196 mujeres ladinas del HGO-IGSS, siendo la misma de un 7.39%; detectados por medio de la prueba de citología exfoliativa cervical.
3. La lesión premaligna más frecuente fue la displasia moderada con un 3.31 % de los casos reportados, siendo la edad de este grupo de estudio la comprendida entre los 25-34 años; datos que coinciden con estudios realizados internacionalmente.
4. Los factores de riesgo frecuentemente asociados cambios displásicos cervicales que presentaron significancia estadística según estudio realizado para ambas poblaciones de estudio son: Edad, Edad de primer parto, Edad temprana de inicio de relaciones Sexuales, Paridad, Enfermedad de Transmisión sexual, Hábitos Higiénicos y Estado Civil.
5. Los factores de riesgo con significancia estadística que difieren de una población a otra son: Edad de primer parto para la población Rural y Enfermedades de transmisión sexual para la población Urbana.
6. El 72.2% de las mujeres con cambios displásicos cervicales tiene el antecedente de haberse realizado prueba de Papanicolaou en un intervalo de 4-6 años. En el intervalo mayor de 7 años que representa el 19.5% de la población Rural y el 8.3% del área Urbana, indica que la población rural continúa con falta de conocimiento sobre la importancia de la realización del exámen de Papanicolaou para prevención y diagnóstico temprano de Cáncer de Cérvix.

X. RECOMENDACIONES

1. Que el Ministerio de Salud Pública continúe con las acciones dirigidas a la motivación permanente del personal de salud a todo nivel (médicos, enfermería, comadronas, promotoras, vigilantes de salud, etc), así como de trabajar con Organismos no Gubernamentales, para cumplir a cabalidad con el programa Materno-Infantil sobre Cáncer de Cérvix de salud preventiva para el 2000, especialmente en el área rural.
2. Que las acciones del Departamento de Prevención, Investigación y Educación en Salud (PIENSA) de la Liga Nacional contra el Cáncer, extienda sus programas hacia las comunidades mayas, tomando en cuenta sus características culturales propias de cada población, para lograr una mejor cobertura de información y de realización de exámen de Papanicolaou.
3. Instar a las organizaciones indígenas a dirigir proyectos sobre educación sexual y prevención de enfermedades ginecológicas en sus comunidades.
4. Capacitar promotoras y comadronas de la propia población sobre salud reproductiva y sobre la utilidad de la citología cervico-vaginal, para que las mismas puedan divulgar la información en su propia comunidad y en su idioma materno, acorde a sus valores y normas.
5. Promover la participación del personal de salud del grupo femenino en los programas de toma de citología exfoliativa cervical en las áreas rurales de Guatemala especialmente en grupos étnicos tradicionales.
6. Que a nivel del HGO-IGSS, a través del Departamento de Recursos Humanos, continúe la extensión de sus programas de Salud Preventiva sobre Cáncer de Cérvix hacia todo el país dirigiendolo especialmente a la mujer trabajadora .

7. Que a toda mujer a nivel de instituciones públicas y privadas, a quién se le identifique factores de riesgo para desarrollar Cáncer Cervical, se le brinde seguimiento, así como charlas educativas para modificar dichos factores.

XI. RESUMEN

Estudio de tipo descriptivo-transversal, realizado en mujeres del área Urbana que acude al HGO-IGSS y Rural de la Aldea San Jacinto-Chimaltenango, con el fin de determinar los factores de riesgo asociados a cambios displásicos cervicales y establecer si existe alguna diferencia entre ambas poblaciones.

Para el efecto se tomó una muestra aleatoria de 196 mujeres en edad reproductiva que consultan HGO-IGSS y 196 mujeres indígenas del área rural de la Aldea San Jacinto-Chimaltenango que consultan Puesto de Salud. En ambas poblaciones se tomó muestra de citología exfoliativa cervical y se realizó entrevista, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión establecida en el estudio.

Los resultados indican que no existe diferencia estadística en cuanto a la frecuencia de casos de Displasia Cervical entre ambas poblaciones, al encontrarse 13 casos en el área Urbana y 16 casos en el área Rural, en el grupo de edad comprendido entre los 25-34 años de edad.

La displasia más frecuente diagnosticada fue la Moderada, coincidiendo dicho resultado con estudios realizados internacionalmente. Los factores de riesgo asociados a cambios displásicos cervicales con significancia estadística según estudio realizado para ambas poblaciones fueron: Edad, Edad de primer parto, Edad temprana de inicio de relaciones Sexuales, Paridad, Enfermedad de Transmisión sexual, Hábitos Higiénicos y Estado Civil. Los factores de riesgo que difirieron para cada población fueron: Enfermedades de transmisión sexual para la población urbana y Edad de Primer Parto para la población rural. El 72.2% de las mujeres con cambios displásicos cervicales (cuadro No.5), tienen antecedente de haberse realizado prueba de Papanicolaou en un intervalo de 4-6 años y en el intervalo mayor de 7 años, y que representan el 19.5% de la población rural y 8.3% del área Urbana; explicándose ese último resultado en que la mayoría de la población que acude al HGO-IGS, ya contaba con prueba de Papanicolaou previa en su expediente, no así en el área Rural en donde las mujeres que cuentan con Papanicolaou previo ha sido debido a campañas realizadas en la región, tanto por el Ministerio de Salud Pública así como de Organizaciones no Gubernamentales.

Se recomienda que el Ministerio de Salud Pública continúe trabajando conjuntamente con ONGS, en programas sobre Salud Preventiva del Campo Materno-Infantil en el cuál se incluye el programa de Prevención primaria y Secundaria sobre Cáncer de Cérvix, dirigiendole prioritariamente a comunidades indígenas del área rural y adecuandolas a la cultura propia de cada área. Así mismo que a nivel del HGO-IGSS se continúen realizando pruebas de citología exfoliativa cervical de forma periódica, para diagnosticar tempranamente los estadíos de cáncer cervical, así como brindar charlas educativas sobre la importancia del exámen de Papanicolaou a toda paciente en edad reproductiva.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Brito,EB; et al. Estudio Preliminar para Detección de Cervico-vaginitis y Lesiones precursoral de Cáncer Uterino en Indias de la Tribu Parakana. 27ava Edición Lilece.Revista Assc. Med Brazil 1996. Jan. 42(1):p.1-2.
2. Castro H. Federico.: Lesiones Premalignas y neoplásicas del Cuello uterino. Documento del Departamento de Patología, Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Medicas,1996. 23p.
3. Cheng,RF, Hernández E., Anderson LL. et al. Clinical significance of a citologic diagnosis of atypical glandular cells of undetermined significance. Journal Reprod Medicine 1999 Noviembre . 44(11) 922:8.
4. Coughlins, Whler RJ, Blackman DK. Practuces anibg American Indian and Alaska Native Women in the United States 1992-1997. Preventive Medicine 1999 Octubre. 8(4):287-95.
5. Departamento de Prevención, Investigación y Educación en Salud (PIENSA). Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer Cervico-Uterino 1998-2005. Guatemala Noviembre de 1999. 14p.
6. Eduard O., Hannigan M.D.Cáncer Cervico-Uterino durante el embarazo. University of Texas, Medical Branch Galveston Texas.Septiembre 1998. Jul. 24(2):13-15.
7. García Zifpel Lester Eduardo: Conocimientos Sobre Salud Reproductiva en Mujer Indígena. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1998.
8. Hemminki K. Kyyronen P. Parental age and Risk Cervical of Sporadic and Familial Cancer Usa. Epidemiology 1999 Noviembre. 10(6):747-51.

9. Hernández Enrique.. El cáncer Cervical. Revista Centroamericana de Obstetricia y Ginecología. REVOG. Vol 7 N.2 pag 38-62 Agosto 1998. 7(2):38-62.
10. Howar, Jones et. al.Tratado de Ginecología de Nobak .14 edición. Washington:OPS, 1997. 31p. (pp 1111- 1141).
11. Jau Deschaps, M. et. al. Barrirs to Cervical cytology screening in Native Women Bristh detect Colombia. Cancer Detect 16(56):337-339.
12. Jazayeri A.Heffron JA. et al. Antepartum and post-partu papanicolau smears. Journal Reprod Medicine Octubre 1999. 6(2):879-82.
13. Kosela P. Anhila T. et. al. Clamydia Tracomatis Infection as Risk Factor for Invasive Cervical Cancer. Journal Medicin Cancer 2000 January. 1:85(1):35-39
14. Liga Nacional Contra el Cáncer. PIENSA. Programa Nacional Materno-Infantil-Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.Guatemala 1998. 60p.
15. Liga Nacional Contra el Cáncer.Departamento de Prevalencia: Programa Nacional de prevección y educación Contra el Cáncer. 1997. 20p.
16. Morris Michael M.D. et al. Neoplasia Intraepitelial y Cáncer Cervicouterino. Clínicas de Ginecología y Obstetricia de México 1996 . Volumén 2. 48p. (pp 315-363).
17. Murphy, Gerald M.D. et. al. Oncología Clínica, Manual de la América Society. Washington D.C. 1996. 25p. (pp 20-38, 526-533).
18. Motta de Ramírez Alma. Citología Exfoliativa. Documento del Departamento de Patología, Facultad de Ciencias Medicas,Universidad de San Carlos de Guatemala 1994. 4p.

19. Nagata, Shimizu, Yoshikawa et. al. Serum carotenoids a vitamins and Risk of Cervical Dysplasia froma Care-Contro Study in Japan. Journal Cáncer 1999 Dicember. 81(7):1234-7.
20. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas y Procedimientos para el control de Cáncer de Cérvix. Washington D.C. 1985. 41p. (pp 1-41).
21. Organización Panamericana de la Salud. Manual Sobre Enfoque de riezgo en la atención Maternoinfantil. Washington D.C. Estados Unidos 1986. 114p (pp38-156).
22. Registro de Poblaciones por Municipio, Instituto Nacional de Estadística (INE).1999. 3p (pp 15,16,32).
23. Registro de Papanicolau por Municipio 1999. Clínica de APROFAM Departamento de Guatemala. 20p.
24. Registro Nacional de Cáncer en Guatemala 1995.Instituto Nacional Contra el Cáncer (INCAN) Dr. Bernardo del Valle, Guatemala Julio 1999. 30p (pp47-85).
25. Registro de Poblaciones por Municipio 1999. Centro de Salud del Municipio de Chimaltenango, Departamento de Chimaltenango, Guatemala. 20p.
26. Robins, Ramzi,Coutrán et. al. Patología Funcional y Estructural. 5ta. Edición. Madrid-España: Interamericana Mc-Graw Hill, 1995. 20p (pp 679-690).
27. Ross SH.. Cervical Cancer Prevención.Nurs Spectr Washington D.C. March 1998. 23 (8)6:12-14.
28. Samial RA, Vander Vander Vanden J. Early Cervical Carcinoma: How to Manage High-Risk patients after radical Hysterectomy. Eur Journal Obstetric Ginecology Reprod 1999 Agost.85(2):137-9.

29. Schohenfeld David et.al. Pruebas de Detección y Quimioprevención de tumores ginecológicos. Clinicas de Norteamerica. 1996 Vol I. 8p (pp257- 265).
30. Tominaga S. Mayor Avoidable Risk Factors of Cancer. Cancer Lett 1999 September .Suppl. 1(5):19-23.
31. Tonon Sa. Picconi MA, et.al. Human papilomavirus Cervical Infection and Associated Risk factors in a region of Argentina whit a high incidence of cervical carcinoma. Infection Disesease Obstetric Ginecologic 1999. 7(5):237-43
32. Valle Saravia Oscar Emilio: Diagnóstico de lesiones cervicovaginales premalignas en una población Area Rural de Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1994.
33. Villatoro Elba: Comunicación Popular y Salud Materno Infantil. Tradiciones de Guatemala, folklóricos 1995.N.25-26,. 12p (pp 61-73).
34. Wallin KL, Wiklund F, et. al. Type specific persistence of Human Papilomavirus DNA before the denvelopment of invasive cervical cancer. N.England Journal Medicine 1999, November. 8(12):1633-8.
35. Wall J. Kinata et. al. Department of allied Health Sciences the Ginecological “Pap Test”. University of North Carolina at Chapel Hill, USA. Clinical Laboratory Science Jul-Aug 1999 4(10):239-45.

XIII. ANEXOS

**BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON CAMBIOS
DISPLASICOS CERVICALES**

No.-----

1.Datos Generales:

Nombre: _____

Edad: 15-24 _____ 25-34 _____ 35-44 _____

Escolaridad: Alfabeta _____ Analfabeta _____

Estado Civil: Casada _____ Unida _____ Separada _____

Viuda _____ Soltera _____ Divorciada _____

Lugar de Procedencia: Rural _____ Urbana _____

2.Antecedentes Gineco-obstetricos:

Menarquia: _____

Ciclo Menstrual:

Regular: _____ **Irregular:** _____

Paridad: 1. _____ 2-4. _____ > ó = 5. _____

Edad de primer parto: _____

Utiliza o ha utilizado Algún método de anticoncepción:

Sí _____ **No** _____

Píldora _____ **Inyección** _____ **Método de Barrera** _____

Dispositivo Intrauterino _____

Otros _____

Edad de Primera relación Sexual: _____

Número de Parejas sexuales: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Ha cursado con Enfermedades de Transmisión sexual previas:

Si_____ **No**_____

Tricomoniasis_____ **Candidiasis**_____

Gonorrea_____ **Sífilis**_____

Chancro_____ **Otras**_____

Frecuencia de exámen de Papanicolaou:

De 1-3 años:_____

De 4-7 años:_____

***> de 7 años:**_____

3. Factores Socioculturales:

Hábitos Higiénicos

Baño diario. Sí_____ **No**_____

4. Resultado de Prueba de Papanicolaou:_____

5. Diagnóstico: Citología:_____ **Biopsia:**_____

***En este grupo se incluirán aquellas pacientes que nunca se han realizado un exámen de Papanicolaou.**

