



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**



ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2012-2014

Tesis para optar al título de master en Salud Pública

**RELACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES CON EL DESARROLLO DE
NEOPLASIAS CERVICALES EN MUJERES DIAGNOSTICADAS EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DR. ODILÓN RENDEROS, COMAYAGÜELA,
D.C. HONDURAS ENERO 2012 – MARZO 2013**

Autora:

**Guisela Marina Salgado Zelaya
Lcda. Enfermería**

Tutor:

**Msc. Miguel Orozco
Docente Investigador**

Managua, Nicaragua, marzo 2015

DEDICATORIA

Principalmente quiero dedicar este trabajo a Dios, por haberme regalado el don de la vida, por ser mi fortaleza en mis momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de mucho aprendizaje, experiencia, felicidad y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

También quiero dedicársela a mis dos grandes amores: Héctor y Valeria quienes son mi motor de vida y por quienes lucho cada día de mi vida con la finalidad de darles lo mejor.

A mi buen amor Misael, por su siempre apoyo y compañía a lo largo de este camino.

A toda mi familia por enorgullecerse por cada uno de mis logros.

AGRADECIMIENTO

Es para mí un verdadero placer expresar mi agradecimiento a:

Dios todopoderoso por haberme dado la vida, su protección y la oportunidad de alcanzar esta añorada meta profesional, fortaleciéndome física e intelectualmente cada momento.

Mis bellos hijos, Héctor y Valeria quienes son mi aliciente y han compartido mis alegrías y angustias comprendiendo cada uno de los momentos en que tuve que alejarme para poder recibir estos valiosos conocimientos.

A mi padre Gerardo Salgado (QDDG), porque desde el cielo siento me ha acompañado en cada momento de mi vida desde que partió, y quien fue un ejemplo de valores y empeño.

A mi amado compañero de vida, Misael Espinoza, quien me ha brindado su apoyo incondicional en la culminación de este proyecto, proporcionándome la ayuda necesaria en el cuidado de mis hijos durante mis ausencias, y quien me ha impulsado en cada uno de mis proyectos.

A mis compañeros y amigos de maestría quienes proporcionaron apoyo y calidez en cada uno de los encuentros.

A los docentes del CIES por la formación proporcionada.

A todos ¡muchas gracias!

RESUMEN

Las determinantes sociales en una población juegan un papel fundamental, debido a que la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas, los que aumentan la vulnerabilidad hacia las enfermedades.

El objetivo principal de esta investigación fue relacionar los determinantes sociales con el desarrollo de neoplasias cervicales en mujeres diagnosticadas en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos de la ciudad de Comayagüela.

El estudio fue de tipo descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo. El universo estuvo comprendido por 31 mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales a través de citología vaginal, la muestra estuvo conformada por 20 pacientes que fueron localizadas y quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio, como método de recolección de información se utilizó la entrevista estructurada tomando en cuenta consideraciones éticas, a fin de proteger los derechos y la seguridad de las participantes del estudio.

Como resultado se observa que la salud de las participantes estuvo determinada por: pertenecer al grupo de edad de 30 a 39 años, y 40 años y más años, sin diferencia en cuanto a procedencia urbana o rural, la gran mayoría apenas había cursado la primaria, la ocupación predominante fue de ama de casa, con un ingreso familiar en primer lugar entre los 3001 a 5000 Lempiras.

La edad en que la mayoría iniciaron las relaciones sexuales fue entre los 15 a 18 años y habían tenido más de una pareja sexual, la mayor parte afirmaron haber padecido alguna infección de transmisión sexual, siendo una de las principales el virus del papiloma humano (VPH), solo un tercio había presentado la menopausia, y ninguna de ellas había utilizado terapia hormonal como tratamiento del climaterio.

El método de planificación familiar mayormente utilizado fue el hormonal seguido por el dispositivo intrauterino, En relación a la multiparidad de las participantes habían presentado 3 o más embarazos. Ninguna de las participantes habían practicado la prevención primaria, en cuanto a la prevención secundaria la mayoría se había practicado la citología vaginal en más de 1 ocasión y un pequeño grupo nunca se había tomado la citología antes, siendo la citología en que se diagnosticó la neoplasia la primera citología en la vida de la mujer. En el 65% de los casos se diagnosticó NIC I, el 35% de los casos se diagnosticó con lesiones de alto grado, dentro de los cuales se presentó un 20% con NIC II, y un 15% con NIC III, en cuanto a las acciones desarrolladas por el personal de salud, el 100% de los casos con diagnóstico de neoplasias fueron localizados, dentro de estos el 50% se localizó en menos de 1 semana después de haber recibido la citología que reportaba positividad.

Durante el estudio se confirmó que el 100% de las pacientes había asistido al nivel de referencia extendido, dentro de este un 5% abandono el manejo médico. El 80% de las pacientes se habían realizado una citología vaginal de control después del tratamiento médico proporcionado en el nivel de referencia, El 20% restante no se había realizado ninguna citología de control por diversas causas.

La investigación permite concluir que la mayoría de las participantes presentaban varios determinantes sociales vinculadas al desarrollo de neoplasias cervicales por lo que el personal de salud debe realizar la promoción de la citología vaginal como acción prioritaria, utilizando el análisis de los determinantes que podrían influir en la alteración de la salud poblacional, a fin de asegurar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

INDICE

	Página
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEORICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
VIII.RESULTADOS.....	41
IX. ANALISIS DE RESULTADOS	46
X. CONCLUSIONES.....	55
XI. RECOMENDACIONES	58
XII. XII BIBLIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS	63

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical tiene gran impacto en las vidas de las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo. Según las últimas estimaciones mundiales, todos los años surgen 493.000 casos nuevos de cáncer cervical, y 274.000 mujeres mueren por la enfermedad anualmente. En la mayoría de dichos países el cáncer cervical es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres.

Las neoplasias cervicales intraepiteliales (NIC) son un crecimiento anormal y precanceroso de células escamosas en el cuello uterino. La mayoría de los casos de NIC permanecen estables o son eliminados por el sistema inmune del individuo sin intervención médica. Sin embargo un pequeño porcentaje de casos progresan a cáncer cervical. La principal forma para la detección temprana de estas neoplasias es a través de la citología vaginal, la cual es una prueba de económica, que debe promocionarse a todas las mujeres en edad fértil.

Existen diversos factores que favorecen el surgimiento de una neoplasia intraepitelial cervical dentro de las cuáles pueden mencionarse; la edad, la multiparidad, el inicio temprano de la vida sexual, historia de infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, inmunosupresión, anticoncepción hormonal, herencia familiar entre otras. Factores que deben tomarse en cuenta para detectar población de riesgo a fin de realizar una detección y tratamiento oportuno, asegurando el éxito en la prevención del desarrollo de cáncer cervical el cuál ocupa uno de los primeros lugares en las tasas de mortalidad femenina especialmente en los países en vías de desarrollo.

Con el desarrollo de este estudio se pretende llevar a cabo una relación de los determinantes sociales de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en la unidad de salud Dr. Odilón Renderos de la ciudad de Comayagüela, realizando una revisión de expedientes clínicos y una entrevista a las mujeres que han sido detectadas con éste problema, pretendiendo determinar los factores coincidentes en éste grupo poblacional que hayan jugado un papel importante en el surgimiento de las neoplasias, de igual manera determinar las acciones de seguimiento desarrolladas por el personal de salud.

El presente trabajo investigativo, constituye un requisito para optar al título de master en salud pública del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. CIES - UNAN - MANAGUA

II. ANTECEDENTES

En los países menos desarrollados el cáncer cérvico uterino es la principal causa de muerte en las mujeres y las tasas anuales de mortalidad por este tipo de cáncer son mucho mayores que en los países más desarrollados. Durante las últimas décadas, se ha logrado una reducción sostenida de la incidencia y la mortalidad por cáncer cérvico uterino en los países de ingresos altos, gracias a la utilización de tecnologías eficaces de tamizaje y tratamiento temprano que permiten detectar y eliminar anomalías cérvico uterinas antes de que se desarrolle un cáncer invasivo.

En los países de ingresos bajos y medianos, todavía no se ha logrado un éxito similar, tras décadas de esfuerzos para aplicar las estrategias de los países de ingresos altos, los países poco desarrollados todavía están luchando para encontrar una respuesta eficaz, entretanto, la enfermedad sigue avanzando.

En Honduras se producen al año alrededor de 8 900 casos anuales de cáncer. Siendo los más frecuentes en mujeres el cáncer de cérvix, estómago, mama, hígado y cuerpo uterino. En hombres los tipos de cáncer más frecuentes son el cáncer de próstata, estómago, hígado, pulmón y leucemia.

La desarticulación de la información epidemiológica sobre el cáncer en diferentes instituciones y el subregistro no permiten definir las tasas reales de incidencia, prevalencia, mortalidad y sobrevivencia. De acuerdo con los egresos hospitalarios de la Secretaría de Salud de Honduras, entre 2008 y 2009 se atendieron un promedio anual de 4.727 casos de tumores malignos (67,1 por 100.000 en mujeres y 55,4 en hombres). En la población femenina, el cáncer cervicouterino y de mama representaron las principales causas de atención (24,1% y 10,3%, respectivamente).

Es de hacer notar que basado en la revisión bibliográfica realizada en el país no se cuentan con estudios como el planteado en este espacio poblacional.

III. JUSTIFICACIÓN

Honduras se debate ante graves problemas sociales a pocos años de iniciado el siglo XXI, la pobreza y la violencia dibujan el perfil de país en el escenario mundial con una marcada fragmentación social, cruzada por profundas desigualdades que alejan la posibilidad de alcanzar metas de justicia, democracia, y calidad de vida, con derechos humanos para todas y todos.

Las mujeres constituyen el 51.4% de la población total, presentando al igual que los hombres similares promedios de educación que hace décadas atrás, muriendo por causas prevenibles relacionadas a la reproducción y sexualidad: partos, abortos, cáncer cérvico uterino, y VIH SIDA.

Aunque los indicadores muestran que las mujeres tienen una esperanza de vida más larga que los hombres (77,2 para las mujeres y 70,1 para los hombres), en el transcurso de la vida registran mayores tasas de morbilidad, dependen más de los servicios de salud debido al ciclo reproductivo, y las principales causales de muerte siguen asociadas a factores prevenibles.

Es de suma importancia la reorientación de la oferta de los servicios de salud, por lo que el sistema sanitario debe enfocarse en las necesidades de la población.

A través de este estudio se pretende conocer en un pequeño grupo poblacional, los principales determinantes sociales que podrían influir en la incidencia de neoplasias cervicales, considerado uno de los principales flagelos en la población femenina; el cual podrá servir como punto de partida, para el desarrollo de investigaciones a gran escala que favorezcan la puesta en práctica de nuevas estrategias de promoción y prevención oportuna, que incidan de manera directa en la mejora de la calidad de vida de las mujeres.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuál es la relación de los determinantes sociales con el desarrollo de neoplasias cervicales en mujeres diagnosticadas en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos de la ciudad de Comayagüela, Honduras enero 2012 a marzo 2013?

Otras preguntas de investigación son:

- ¿Cuáles son los determinantes sociales de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos?

- ¿Cuáles son los antecedentes de salud sexual y reproductiva de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos?

- ¿Cuál es el estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical mediante citología vaginal y el estado actual post tratamiento médico de las mujeres participantes en el estudio?

- ¿Cuáles son las acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Relacionar los determinantes sociales con el desarrollo de neoplasias cervicales en mujeres diagnosticadas en la unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras, enero 2012 – Marzo 2013.

5.2 Objetivos Específicos

Identificar los determinantes sociales de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en la unidad de salud Dr. Odilón Renderos.

Describir los antecedentes de salud sexual y reproductiva de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en la unidad de salud Dr. Odilón Renderos.

Identificar el estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical mediante citología vaginal y el estado actual post tratamiento médico de las mujeres.

Detallar las acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales

VI. MARCO TEORICO

Determinantes sociales

Los determinantes sociales de la salud son consideradas las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que dependen a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, resultantes de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.¹

De acuerdo a la comisión sobre determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se debe trabajar a nivel mundial en lograr una justicia social ya que esta es una cuestión de vida o muerte, que afecta al modo en que viven las personas, aumentando la probabilidad de enfermar y el riesgo de morir de forma prematura.

Se ha observado en algunas partes del mundo como la esperanza de vida y el estado de salud mejora de forma constante, mas sin embargo es alarmante el hecho de que eso no ocurra en otros lugares.²

La esperanza de vida de un niño difiere enormemente en función de donde haya nacido. En el Japón o en Suecia puede esperar vivir más de 80 años, en el Brasil 72, en la India 63 y en algún país africano menos de 50 años. Dentro de un mismo país, las diferencias con relación a la esperanza de vida son dramáticas y reflejan la situación mundial. Los más pobres de entre los pobres padecen elevados niveles de morbilidad y mortalidad prematura. Pero la mala salud no afecta únicamente a los más desfavorecidos. En todos los países, con independencia de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es el estado de salud. Es injusto

que haya diferencias sistemáticas en el estado de salud, cuando estas pueden evitarse mediante la aplicación de medidas razonables.³

Bases conceptuales de los determinantes sociales de la salud

El análisis y la importancia de los determinantes sociales de la salud, inician desde el año 1973 con Hubert Laframboise, colaborador cercano de Marc Lalonde, entonces director general de la división de planificación de la salud y bienestar social de Canadá, quien había publicado su artículo Health policy: breaking the problem down into more manageable segments, en el cual explicaba la necesidad de contar con segmentos más manejables a la hora de analizar los problemas y diseñar las políticas de salud. Luego en 1974 el entonces Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde presentó el modelo de campos de salud en el histórico White Paper o Informe Lalonde.

El modelo presentado por Laframboise, proponía a su modo de ver, “un modelo sencillo para dividir a las políticas de salud en segmentos más manejables, para lo cual estableció cuatro divisiones primarias de influencia sobre la salud, se trata del campo de los estilos de vida, el del medio ambiente, el de la organización de los servicios de salud y a un cuarto campo conocido por casi todos como biología humana, pero que contiene además, todo lo relacionado con las tecnologías, la investigación y los factores endógenos.

Desde 1973 hasta la fecha, numerosas han sido las entregas que abordan conceptual y operativamente el tema de los determinantes de los niveles de salud, sin embargo una gran mayoría de ella, por no decir su casi totalidad provienen de Canadá y algunos países Europeos.

Otros informes y declaraciones internacionales como la Carta de Ottawa, ahora reforzada por la declaración de Bangkok, afirman explícitamente que la salud de la población se promueve otorgándole y facilitándole el control de sus determinantes sociales que, connotados miembros de la comisión mundial de determinantes

sociales de la salud de la OMS, de reciente formación, las han denominado como «las causas de las causas» de la enfermedad. Sin embargo, el tema de los determinantes a pesar de llevar más 40 años en el camino, sigue siendo un privilegio y un interés investigativo casi privativo de las naciones más desarrolladas, quienes han instalado este tema con una gran fuerza en sus agendas sanitarias.⁴

Comisión sobre determinantes sociales de la salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS) reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.

La CDSS fue creada en marzo de 2005 por el Dr. J. W. Lee, director General de la OMS, con el objetivo de ayudar a los países a abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades.

La Comisión considera que las inequidades sanitarias son consecuencia de un complejo sistema que actúa a escala mundial, nacional y local. Para reducir la inequidad sanitaria entre países y dentro de los países es necesario ir más allá de las causas inmediatas de la enfermedad. La Comisión se interesa por las «causas de las causas», los factores sociales que determinan el crecimiento, la vida, el trabajo y el envejecimiento de la población. Los determinantes que subyacen a las inequidades sanitarias están interconectados y, por consiguiente, es necesario abordarlos mediante políticas integrales e integradas, que respondan a los contextos específicos de cada país y cada región.⁴

Principales recomendaciones de la Comisión:

1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas

Para el mejoramiento de las condiciones de vida de una población la comisión propone:

- a. Equidad desde el principio, o sea invertir desde los primeros años de vida de un individuo.
- b. Entornos saludables para una población sana, ya que el ambiente donde se vive afecta la salud y la posibilidad de tener una vida próspera.
- c. Prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, considerando que el empleo y las condiciones del mismo, tienen efectos importantes en la equidad sanitaria aportando seguridad financiera, posición social, desarrollo personal, relaciones sociales y autoestima, además de proteger contra los trastornos físicos y psicosociales.
- d. Protección social a lo largo de la vida, desde la infancia, durante la vida laboral, y en la vejez. Esa protección también es necesaria en determinadas circunstancias inesperadas, como en caso de enfermedad, discapacidad y pérdida de ingresos o del trabajo. Cuatro de cada cinco personas en el mundo carece de la protección básica que proporciona la seguridad social. Extender la protección social a toda la población, en los países y en el mundo, constituirá un paso decisivo para alcanzar la equidad sanitaria en una generación.
- e. Atención de salud universal. El acceso y la utilización de los servicios de salud son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria. Sin atención sanitaria, muchas de las oportunidades para mejorar radicalmente el estado de salud desaparecerán. Cada año, más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que han de

hacer frente a gastos sanitarios de consecuencias catastróficas para sus familias.

2. Luchar contra la distribución desigual

La inequidad en cuanto a condiciones de vida está determinada por estructuras y procesos sociales más profundos. La inequidad es sistemática, es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos.

Para el logro de esta propuesta la Comisión pide:

- Que la equidad sanitaria sea un criterio de evaluación de la actuación de los gobiernos.
- Que se cree capacidad nacional para aplicar un régimen impositivo progresivo.
- Que se cumplan los compromisos adquiridos aumentando la ayuda mundial hasta el 0,7% del PIB.
- Que se evalúen las consecuencias de los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales en la equidad sanitaria.
- Que se refuerce el liderazgo del sector público en la prestación de bienes y servicios básicos esenciales para la salud y en el control de artículos que dañan la salud.
- Que se aprueben y apliquen leyes que promuevan la equidad de género.
- Que se cree y se financie una unidad dedicada a la equidad de género.
- Que la contribución económica del trabajo doméstico, la asistencia a otras personas y el trabajo voluntario se incluya en las cuentas nacionales.

- Que se garantice la representación justa de todos los grupos de la sociedad en la toma de decisiones.
- Que se permita que la sociedad civil pueda organizarse y actuar de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afectan a la equidad sanitaria.
- Que las Naciones Unidas hagan de la equidad social un objetivo fundamental de los programas de desarrollo mundial y utilicen un marco basado en indicadores de los determinantes sociales para medir los progresos realizados.

3. Medición y análisis del problema

La acción sobre los determinantes sociales de la salud será más eficaz si se dispone de sistemas de datos básicos, tales como los registros civiles y programas de observación sistemática de las inequidades sanitarias y de los determinantes sociales de la salud, y mecanismos que aseguren que los datos pueden ser interpretados y utilizados en la elaboración de políticas, sistemas y programas más eficaces. La sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud son esenciales.

La Comisión apoya resueltamente que los gobiernos y el sector público desempeñen una función central en esas intervenciones, pero reconoce también la necesidad de que intervengan y presten apoyo las instituciones y organismos de ámbito mundial, las autoridades nacionales y locales, la sociedad civil, las comunidades de investigación y académicas, y el sector privado.⁵

Estudios realizados sobre determinantes sociales y cáncer cervical.

❖ Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006

El estudio tenía como objetivo analizar el acceso real de mujeres usuarias del tamizaje citológico ofrecido por la Secretaría de Salud de Medellín (Colombia), se analizaron 1.519 registros de mujeres, provenientes de un estudio transversal realizado en un área urbana de Medellín (Colombia), se realizó un análisis descriptivo y se estimó un modelo de regresión logística para explicar la práctica de citología reciente (aquella realizada hace máximo 36 meses, previos a la aplicación de la encuesta). Los principales resultados fueron que el 68,7% de las mujeres se habían practicado una citología recientemente, el 17,2% tenía citologías previas pero no recientes, y el 14,2% era la primera vez que acudía al servicio. La probabilidad de haberse realizado una citología reciente es mayor para mujeres con más edad, antecedente familiar de cáncer cervical, antecedente personal de infecciones de transmisión sexual, mujeres con algún grado de educación y las que se encuentran en unión estable o están (o estuvieron) casadas. Conclusiones: hay indicios de que la demanda por la citología está concentrada, con una buena frecuencia para un número limitado de mujeres, mientras otras no la practican o dejan de hacerlo.⁶

❖ Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, provincia de Buenos Aires.

El adecuado seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer es un importante problema de salud pública. El objetivo de esta investigación fue describir los factores que influyen en el proceso de atención de las mujeres con PAP anormal. Se realizó una investigación cuantitativa-cualitativa, con análisis de datos secundarios y de entrevistas a mujeres con PAP anormal que concurrieron a servicios públicos de salud y a los profesionales de salud de

Avellaneda, provincia de Buenos Aires. Obteniendo los siguientes resultados: De las mujeres entrevistadas, solo una había abandonado el proceso de atención. Casi el 50% había abandonado el servicio de origen y culminado su tratamiento en instituciones públicas de la Ciudad de Buenos Aires o en la obra social. Tanto los médicos como las mujeres señalaron obstáculos institucionales, como demoras en la entrega de resultados o cancelación de cirugías. Los facilitadores identificados fueron el buen vínculo con los profesionales, que localizan a las mujeres para la entrega de resultados y usan redes informales para acortar los tiempos de espera. Como conclusión del estudio se considera que si bien en esa población las barreras mencionadas no llevaron al abandono del proceso, generaron situaciones que atentan contra el derecho de acceso a la atención de la salud. Las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer están en una situación de extrema vulnerabilidad, por lo cual requieren de especial atención y de estrategias tendientes a facilitar su paso por el sistema de salud.⁷

❖ **Factores relacionados con el cáncer cervico uterino en el estado de Nayarit, México.**

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y el cáncer cervico uterino en mujeres del estado de Nayarit, México, y la infección por virus del papiloma humano, los factores genéticos, socioeconómicos y demográficos, y el comportamiento sexual y ginecoobstétrico. Como parte de la metodología se utilizó un diseño de casos y controles, estudiándose 66 casos de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y cáncer cervicouterino, y 132 controles. La información de los factores de riesgo se obtuvo mediante la aplicación de un cuestionario estructurado. La identificación del virus del papiloma humano se realizó mediante biología molecular. Los resultados principales del estudio fue haber detectado de forma frecuente entre las mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de alto riesgo y cáncer cervicouterino los siguientes tipos de los virus del papiloma humano

considerados de alto riesgo: 18, 35, 58, 16, 31, 33 y 51. Como conclusiones del estudio se consideran : los antecedentes familiares de cáncer cervicouterino, el nivel socioeconómico, el número de parejas sexuales, los antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, y la infección por virus del papiloma humano tipos 18 y 35 como factores relacionados con las lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado y el cáncer cervicouterino.⁸

Impacto del cáncer cervical en el mundo

El cáncer cervical representa en el ámbito mundial el segundo cáncer entre las mujeres, siendo precedido por el cáncer de mama, con tasas de incidencia en rangos que van de 3.8 por 100,000 mujeres por año en Israel, a 48.2 por 100,000 mujeres por año en Colombia. Es el tumor más común en el conjunto de países en desarrollo, mientras que ocupa el décimo lugar en los países desarrollados. En el año 2000 se presentaron aproximadamente 470,606 casos incidentes y alrededor de 233,372 muertes al año por ésta enfermedad (Ferlay et al 2001). Cuando se contemplan los dos sexos juntos, el cáncer de cuello uterino ocupa el sexto lugar en el ámbito mundial, precedido por los cánceres de mama, pulmón, estómago, colorectal y próstata (Pisani et al 1999).

El cáncer cervical afecta, en los países de alto riesgo, a un número substancial de mujeres en edades reproductoras y laboralmente activas con acceso limitado a actividades de detección, diagnóstico precoz y tratamiento. En contraste, en los países desarrollados y en períodos recientes, apenas se producen casos antes de los 30 años de edad, ya que la práctica de detección oportuna de lesiones pre neoplásicas ha entrado a formar parte de las rutinas ginecológicas, y la terapéutica de las lesiones precoces ha mejorado sensiblemente el pronóstico de las mujeres con éstos diagnósticos (Gustafsoon et al 1997).

La tendencia secular del cáncer cervical en los países desarrollados ha sido decreciente desde la década de 1940. No obstante, las razones de ésta tendencia

no están plenamente determinadas. En algunas zonas, la práctica de detección sistemática ha tenido ciertamente una influencia en ésta tendencia, por ejemplo en los países nórdicos y Canadá. En otros países, el descenso en la incidencia y la mortalidad por éste tumor han ocurrido paralelamente a la mejora en la calidad asistencial médica y al desarrollo de los sistemas de seguridad social y podría presumiblemente atribuirse al incremento en el número de citologías cervicales realizadas en conexión con otras actividades médicas y sanitarias.⁹

Incidencia mundial del cáncer cervical

En los países desarrollados, los registros de tumores producen información regular sobre la incidencia global y específica por grupos de edad para el cáncer cervical, los cuáles mantienen controles de calidad con relación a la verificación histológica de los diagnósticos y a la distinción topográfica entre los tumores de origen endometrial, los tumores cervicales y los tumores de la cavidad vaginal; así mismo los registros de estadísticas vitales producen datos de mortalidad y censos de población, con lo que la información disponible resulta suficiente para establecer la frecuencia y el impacto de ésta enfermedad tumoral. En los países en desarrollo, la situación es claramente distinta. Los registros de tumores son escasos y cubren fracciones muy limitadas de su población total de referencia. Las estadísticas de mortalidad son deficientes o no existen y lo mismo cabría decir de los censos de población. En éste segundo escenario, la estimación del impacto del cáncer de cuello uterino debe hacerse mediante extrapolaciones de la escasa información disponible. A pesar de estas limitaciones es importante tratar de estimar el impacto global del cáncer de cuello uterino utilizando para ello todas las fuentes de datos disponibles.

En la mayor parte del continente Africano, Centro y Sudamérica, así como en la gran parte del continente Asiático (excluyendo Japón) el cáncer de cérvix representa de 20 a 30 % de todos los cánceres femeninos. Las cifras

correspondientes para Norteamérica, Europa occidental y Australia oscilan entre el 4 a 6 %. Los países de Europa del Este ocupan una posición intermedia.⁹

El cáncer del cuello uterino afecta a la población femenina de todo el mundo, pero es más frecuente en las mujeres de los países en vías de desarrollo, con amplias variaciones entre las naciones y dentro de ellas. Perú tiene la más alta incidencia a nivel mundial 535/100,000, le sigue Colombia 180/100,000, Canadá 70/100,000 y Saskatchewan 40/100000; en USA 90/100000, presentándose en la población latinas, 40/100000, en la población no latinas varía también según la etnia, para el caso de la judías residentes en New York 40/100000 y en mujeres afro descendientes 75/100000.

En 1990 en USA se diagnosticaron 72,000 nuevos casos de carcinoma genital y 13,000 invasivos del cerviz uterino; en 1991 invasivos 13,000 y en 1992 según la ACS 13,500 invasivos (Wilkinson, 1990. Fink, 1991).⁹

Estas diferencias se deben al desarrollo o no de programas de detección masiva de manera eficiente, a través de la citología exfoliativa, uso de ácido acético o lugol. Las naciones desarrolladas han puesto en vigencia la detección temprana, por medio del método de Papanicolaou, el que ha disminuido la incidencia en las mujeres independientemente de su etnia de 1.1 % a 2.3 % en 1975 a 0.8 % y 1.4 % 1990 (Boring y Cols).⁹

Mortalidad mundial por cáncer cervico uterino

Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer cérvicouterino (CaCu) es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300.00 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo (Parkin et al.1997) y cerca de 500 000 casos nuevos se presentan cada año. Tan solo en el año 2002 se presentaron 493 243 y de estos, 273 505 fueron decesos (Ferlay et al, 2002).

En México, en el año 2002, se presentaron 12 512 nuevos casos de cáncer cérvicouterino, de los cuales 5 777, el 46% de los casos, fueron decesos (Ferlay et al, 2002). Esta enfermedad fue la primera causa de muerte entre las mujeres mexicanas con cáncer, ocupando un 16.6% de otros cánceres. La mayoría de las mujeres que desarrollan este tipo de cáncer tienen entre 40 y 50 años de edad, sin embargo, cada vez es más común ver mujeres jóvenes infectadas, que a edades de 20 y 30 años se les diagnostica cáncer cérvicouterino. ¹⁰

En USA en 1970 fallecieron 10,000 por carcinoma del cuello uterino; en 1984, 7.000; en 1991, 4,500 y en 1992 murieron 4,400. Las tasas de mortalidad varían ampliamente entre las naciones: 35/100000 en Honduras, 21/100000 en Paraguay, 45.5/100000 Rumania, 9.5/100000 Israel, 11.5/100000 Costa Rica, Surinam 23/100000 y Egipto 0.3/100000, la más baja del mundo.

Hay reducciones de la incidencia y mortalidad por carcinoma del cuello uterino en USA, Canadá, Finlandia, Gran Bretaña, Irlanda, Suecia, Escandinavia y Austria debido a que practican masiva y constantemente la citología del epitelio del cuello uterino, además de los excelentes resultados de la terapia en los estadios iniciales; en Islanda el PAP se practica en el 100 % de mujeres; en promedio en los países industrializados el 75 % de la mujeres tienen un PAP. ¹¹

Epidemiología del cáncer de cuello uterino

El cáncer, uno de los flagelos más temidos de la humanidad, sigue siendo un desafío para la ciencia médica moderna y para los organismos de salud. El cáncer del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácil de diagnosticar, el más prevenible de todos los cánceres y es el principal problema de salud pública en las mujeres en actividad sexual de los países en vías en desarrollado por no tener o tener en forma deficiente programas de detección temprana con el Papanicolaou (PAP), ácido acético o lugol; en las naciones desarrolladas que los tienen, la incidencia y mortalidad ha declinado en

forma significativa. Las naciones en vías en desarrollo no tienen la prevención secundaria con el PAP por el costo elevado; con el ácido acético o lugol los costos serían más reducidos y la sensibilidad y especificidad son cercanas al PAP. En el mundo la primera causa de muerte por cáncer en la mujer es por neoplasia maligna del cuello uterino; el 85 % de estas muertes se producen en las naciones en vías en desarrollo. Desde hace cerca de 160 años se comprobó que el principal responsable de la aparición del carcinoma del cuello uterino es el acto sexual comprobados inicialmente por Rigoni Stern en 1848, Gagnon 1950; Nix y otros, en más de 130,000 (ciento treinta mil) monjas; en ninguna de ellas hallaron carcinoma del cuello uterino. Es evidente que acompañan al coito factores extrínsecos e intrínsecos que juegan un papel importante en el desarrollo de cáncer cervico uterino tales como: papiloma virus humanos (PVH), alteraciones del sistema inmunológico, anticoncepción oral, bajo nivel económico, herpes virus simple, tabaco, medio ambiente y otros.

En los países desarrollados que tienen programas de Papanicolaou se han reducido sustancialmente la incidencia y mortalidad por carcinoma cervical; situación que podría lograrse en los países en vías de desarrollo utilizando el PAP. Actualmente se tienen más conocimientos de la historia natural del cáncer del cuello uterino que de cualquier otra neoplasia, ya que es el más frecuente problema de salud pública, hasta el punto de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha identificado al cáncer del cuello uterino como prioritario en América Latina y el Caribe desde la década del 60, debido a que representa la primera incidencia y causa de muerte en la mujer por cáncer en el mundo. A nivel mundial es responsable de más del 12 % de los cánceres fatales de la mujer.

En los países desarrollados la mortalidad por esta neoplasia se ha disminuido en promedio en un 80% debido al uso fundamental de la citología exfoliativa del epitelio del cuello uterino. Se estiman más de 30,000 muertes por año por esta patología en América Latina y el Caribe. En USA en 1992 se diagnosticaron 72,000 nuevos casos de cáncer genital femenino; de los cuales fallecieron 24,000 (33.34 %), en el mundo se diagnostican cerca de 500,000 carcinomas del cuello

uterino; más de 85 % en los países en vías de desarrollo. Cuando muere una paciente por neoplasia maligna del cervix uterino alguien comparte con el cáncer la responsabilidad de esa muerte. Estas muertes reflejan las limitaciones existentes. Los esfuerzos para reducir la incidencia y mortalidad deben extenderse y concentrarse en la prevención primaria o secundaria utilizando el Papanicolaou, ácido acético o lugol, para diagnosticar en sus estadios pre-invasivo, pre-clínico o pre-canceroso.

Si bien es cierto que la etiología del cáncer continúa evadiéndose, hay una acción que sobresale con claridad: la prevención secundaria para combatir tan terrible mal que con oportuno y correcto tratamiento llegan a curarse el 100%. En los países en vías de desarrollo el diagnóstico del carcinoma del cuello uterino, asesino número uno de la paciente no se hace en sus estadios iniciales porque no tienen programas de detección temprana y si tienen es deficiente; poniendo en práctica en forma masiva la detección temprana de esta enfermedad a través del Papanicolaou, y uso del ácido acético o lugol, se estaría en condiciones de descubrir en su períodos iniciales cambios pre cancerosos y realizar un tratamiento oportuno.¹¹

Situación del cáncer cervico uterino en Honduras

Honduras es un país con un crecimiento poblacional anual de 1.88, de acuerdo a estadísticas del año 2012, con pirámide de población de base ancha, típico de país en desarrollo, en el cual no se han establecido programas reales de control y prevención de cáncer, permitiendo esto un número creciente de casos de cáncer, convirtiéndolo este, en un serio problema de salud pública donde la inversión en tratamientos curativos dificulta enfocar esfuerzos en prevención.¹²

En Honduras el cáncer constituyo la quinta causa de muerte en 1989 sin embargo la verdadera incidencia y mortalidad son difíciles de precisar ya que hasta en el 50% las causas de muerte son mal definidas en los expedientes clínicos de los pacientes atendidos en hospitales estatales, tampoco se ha llevado un control

estricto de las enfermedades neoplásicas. No es sino hasta hace poco tiempo que se cuenta con un registro de resultados de biopsias auspiciado por la Secretaría de Salud Pública. A medida que las condiciones socioeconómicas mejoran, y la expectativa de vida al nacer se prolonga en los países en vías de desarrollo, la incidencia de enfermedades neoplásicas aumenta. Se Cree que existe una concepción errónea en el público y gremio médico en Honduras de lo que es el paciente con cáncer, ya que la mayoría ve la enfermedad como incurable y mortal, sin embargo se debe precisar que es una enfermedad similar a otras, e incluso muchas veces la expectativa de vida es mejor que en otros pacientes.

En la mujer el cáncer del cuello uterino ocupó la mayor frecuencia seguida por cáncer de piel y de mama con un porcentaje de 53.6%, 8.7%, y 6.4% respectivamente del total de número de casos.

El cáncer de cérvix es una enfermedad curable cuando se detecta en forma temprana, pero continua causando estragos en la población femenina, detectándose la mayoría de los casos en forma avanzada.¹³

Estudios realizados en Honduras

❖ Análisis del registro hospitalario por cáncer realizado por el Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras durante el período 2008 – 2009.

El Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas es una institución no gubernamental a la cual le son referidos pacientes tanto del sector privado como público, en éste estudio se analizó la frecuencia en la atención de casos, proporcionando una idea de la magnitud de la problemática del cáncer donde la gran mayoría pudieron haberse prevenido y fueron diagnosticados en estadios avanzados. Los datos recolectados fueron los siguientes: generales del paciente, antecedentes patológicos y de familiares con cáncer, hábitos, datos sobre el cáncer, exámenes contribuyentes sobre el diagnóstico y extensión de la neoplasia,

tratamientos recibidos, recurrencia, calidad de vida, médicos e instituciones tratantes, hasta su fallecimiento.

Los datos fueron recolectados y digitados por personal técnico especializado en registro de cáncer, entrenados y supervisados de forma continua; se realizó control de calidad manual así como en la base de datos, la cual fue elaborada en el programa Access y el programa Abstract Plus elaborado por la CDC con financiamiento de UICC para los países de habla hispana.

Los datos del registro hospitalario de cáncer fueron recolectados del expediente médico de los pacientes, del centro de cáncer Emma Romero de Callejas. El formato de la ficha y sus lineamientos se basaron en los estándares usados para registros hospitalarios de cáncer de la comisión de cáncer del colegio americano de cirujanos (Registro de operaciones y normas de datos); para la codificación de los datos se utilizó la clasificación internacional de enfermedades oncológicas, tercera edición, la clasificación de tumores malignos TNM, sexta edición y la clasificación estadística internacional de enfermedades, décima edición.

La procedencia de los pacientes según domicilio, fue de todos los departamentos del país, observándose mayor afluencia del departamento de Francisco Morazán con 49.0%, seguida de los departamentos de Choluteca, El Paraíso, Olancho y Cortes presentándose en este periodo un comportamiento diferente respecto a un aumento de pacientes del norte del país.

De acuerdo a la referencia de los pacientes por Institución, existe una disminución del número de pacientes procedente del sector público respecto a años anteriores y un incremento de un 5% del Instituto Hondureño de Seguridad Social (I.H.S.S), en referencia al periodo 1998-2007.

En la distribución de casos según sexo, permanece el comportamiento que se ha mostrado durante los 12 años anteriores donde la mujer es la principal afectada

por esta enfermedad en una relación mujer: hombre de 2:1, correspondiendo el 67% de mujeres y 33.9% de hombres.

La relación edad: sexo al momento del diagnóstico, muestra un comportamiento inverso siendo en el hombre en los extremos de la vida en el que se presentaron el mayor número de casos y en la mujer en su edad media.

En el sexo masculino las cinco neoplasias más frecuentes por órgano están distribuidas en: sistema respiratorio 17%, genitales masculinos 15%, sistema digestivo 13.5%, hematopoyético 10%, cerebro y SNC 7%. Con un comportamiento diferente en relación al periodo 1998-2007 donde cabeza y cuello ocupaba un primer lugar y sistema respiratorio ocupaba el séptimo lugar.

En el sexo femenino las cinco neoplasias más frecuentes por órganos están distribuidas de la siguiente manera: genitales femeninos 27.4%, tiroides y glándulas endocrinas 26.4%, mama 16.3%, sistema digestivo 7.4%, hematopoyético y retículo endotelial 3.6%. El tipo de tratamiento administrado a los pacientes fue cirugía en un 31.9%, radioterapia el 28.1%, quimioterapia el 21.1%, y otros el 18.9%. Recibiendo por lo general combinaciones de dos a cuatro tipos de tratamientos, el tratamiento más frecuente fue cirugía + radioterapia el 36.0%, quimioterapia + radioterapia el 33.3%, cirugía + quimioterapia 24.9%, y las demás combinaciones 5.8%.

El seguimiento de los pacientes se ha alcanzado en el año 2008 en un 86.3%, en el año 2009 en un 82.6%, realizándolo con una frecuencia anual después del primer año del diagnóstico, o semestral según la calidad de vida del paciente.¹²

Importancia de las pruebas para detectar cáncer cervicouterino

El objetivo de las pruebas para detectar cáncer de cuello uterino se basan en encontrar cambios en las células del cuello y/o cáncer cervical en estadio temprano, previo al inicio de sintomatología. Las pruebas de detección ofrecen la

mejor oportunidad para detectar el cáncer de cuello uterino en una etapa temprana cuando es probable que el tratamiento sea eficaz, además, las pruebas de detección pueden en realidad prevenir la mayoría de los cánceres cervicales mediante la detección de los cambios anormales de las células del cuello uterino (precánceres) para que puedan ser tratados antes de que éstos tengan la oportunidad de convertirse en un cáncer cervical.

El cáncer de cuello uterino podría ser prevenido o detectado temprano al hacer regularmente las pruebas de Papanicolaou (algunas veces combinadas con una prueba del virus de papiloma humano). Si se detecta temprano, el cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres que se puede tratar con más éxito. En los Estados Unidos, la tasa de mortalidad del cáncer de cuello uterino declinó casi un 70% entre 1955 y 1992, debido en gran parte a la eficacia de la prueba de Papanicolaou. En años recientes, las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino han estado estables. A pesar de los beneficios reconocidos de las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino, no todas las mujeres que viven en los Estados Unidos las aprovechan. Aproximadamente la mitad de los cánceres de cuello uterino diagnosticados en los Estados Unidos se encuentran en mujeres que nunca se habían hecho pruebas para detectar esta enfermedad. Otro 10% de los cánceres se encuentran en mujeres que no se han hecho las pruebas en los últimos 5 años. En particular, las mujeres de edad avanzada, aquellas sin seguro médico y las mujeres que inmigraron recientemente a este país tienen menos probabilidad de hacerse regularmente las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino. Las muertes causadas por el cáncer de cuello uterino son mayores en las poblaciones de los países donde las mujeres no se hacen rutinariamente las pruebas de detección de este cáncer. De hecho, el cáncer de cuello uterino es la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres de muchos países en vías de desarrollo. Estas mujeres por lo general son diagnosticadas con cánceres en etapas tardías, en lugar de precánceres o cánceres en etapas tempranas.¹⁴

Factores de riesgo para el desarrollo de cáncer cérvico uterino

Un factor de riesgo es aquel que aumenta las probabilidades de que padezca una enfermedad como el cáncer. Distintos tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición de la piel a la luz solar intensa es un factor de riesgo para el cáncer de piel. El hábito de fumar es un factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, el tener uno o incluso varios factores de riesgo no significa que una persona padecerá la enfermedad, varios factores de riesgo aumentan la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino. Las mujeres sin estos factores de riesgo raramente padecen dicha enfermedad. Aunque estos factores aumentan la probabilidad de padecer cáncer de cuello uterino, muchas mujeres con estos factores de riesgo no padecen esta enfermedad. Cuando una mujer desarrolla cáncer de cuello uterino o cambios precancerosos del cuello uterino, no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa. Al considerar estos factores de riesgo, es útil enfocarse en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar o una infección con el virus del papiloma humano), en lugar de enfocarse en los que no se pueden cambiar (tales como su edad y antecedentes familiares). Sin embargo, sigue siendo vital conocer los factores de riesgo que no se pueden cambiar ya que resulta aún más importante para las mujeres que tienen estos factores hacerse la prueba de Papanicolaou para detectar el cáncer de cuello uterino en las primeras etapas. Los factores de riesgo del cáncer de cuello uterino incluyen:

1.- Edad:

El carcinoma del cuello uterino es infrecuente en mujeres de menos de 30 años, rarísimo antes de los 20 años y desciende a partir de los 60 años, sin embargo puede aparecer a cualquier edad; con la revolución sexual se está detectando antes de los 20 años. Existen evidencias de que el carcinoma in situ está

incrementándose en mujeres de menos de 19 años; en un estudio realizado en 117 de estas mujeres, en 88 (75.2 %) se encontró carcinoma in situ. En otra investigación de 1000 mujeres menores de 19 años, se halló anormalidad citológica en el 4.6 % y en este grupo se halló 33 % con carcinoma in situ III. La citología del epitelio del cuello uterino de las adolescentes está modificándose; en 1960 se hallaba 30/1000 de anormalidad, en 1976 se elevó a 70/1000 en USA. Debido a la promiscuidad sexual y cambios en la actividad coital se estima que el carcinoma in situ se hará más frecuente entre los 20 a 30 años de edad en los próximos años.

La incidencia más elevada del cáncer del cuello uterino está entre los 40 a 60 años; promedio: 45 a 55 años; desciende notablemente después de los 60 años, La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 a 40 años y el invasivo entre los 40 años a 50 años. Se reporta una edad promedio de la displasia a los 34 años, in situ a los 41 años, invasivo a los 48 años, y de neoplasia intraepitelial a los 30 años (Barber, 1988).

En España la máxima frecuencia para cáncer invasivo está entre los 55 a 65 años, y 41 años a 50 años para el cáncer in situ, con edades extremas de 22 años a 72 años; en Colombia el pico de edad más alto se halla a los 60 años, en Dinamarca a los 40 años a 45 años, Israel a los 70 años y en Costa Rica in situ entre los 35 años a 44 años; otros autores informan el carcinoma invasivo del cuello uterino más elevado entre los 48 años a 55 años, con una media de 51.5 años (Barber): carcinoma in situ entre los 25 años a 40 años (Cramer), 9 % con cáncer invasivo y 59 % respectivamente en menores de 35 años (Barber).

2.-Tabaquismo

Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Se han

detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino. Además, fumar hace que el sistema inmunológico sea menos eficaz en combatir las infecciones con VPH.¹⁴

El riesgo de neoplasia maligna del cuello uterino en fumadoras es de 1.9 a 14.6 veces más alta que en no fumadoras dependiendo del tiempo y número de cigarrillos consumidos por día, debido a que algún metabolito del cigarrillo disminuiría la capacidad inmunológica del epitelio del cuello uterino o actuaría como un cofactor sinérgico en la transformación maligna del epitelio cervical.¹⁵

3.- Infecciones de transmisión sexual

La neoplasia maligna del cuello uterino se ha asociado a todas las infecciones de transmisión sexual porque los factores de riesgo son similares; se ha sospechado de la sífilis, chlamidia, tricomonas vaginal, y hongos, ya que se sospecha que actuarían como mutagénicos, pero no hay evidencias.¹⁵

3.1.- Infección por clamidia

La clamidia es una clase relativamente común de bacteria que puede infectar el sistema reproductor, y se contrae por contacto sexual. La infección con clamidia puede causar inflamación de la pelvis que puede conducir a la infertilidad. Algunos estudios han indicado que las mujeres cuyos resultados de los análisis de sangre indican una infección pasada o actual con clamidia tienen mayor riesgo de cáncer de cuello uterino que las mujeres con un análisis de sangre normal. A menudo, las mujeres que están infectadas con clamidia no presentan síntomas. De hecho, puede que no estén enteradas de que están infectadas a menos que se les practique un examen de clamidia durante un examen pélvico.¹⁴

3.2.- Infección por el virus del papiloma humano

El factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer de cuello uterino es la infección con el virus del papiloma humano (VPH o HPV, por sus siglas en inglés). El VPH es un grupo de más de 100 virus relacionados, algunos de los cuales causan un tipo de crecimiento llamado papiloma, o conocido comúnmente como verrugas.

El VPH puede infectar a las células de la superficie de la piel, y aquellas que revisten los genitales, el ano, la boca y la garganta, pero no puede infectar la sangre o los órganos internos como el corazón o los pulmones. El VPH se puede transmitir de una persona a otra durante el contacto con la piel. Una manera en la que el VPH se transmite es mediante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal e incluso durante el sexo oral. Ciertos tipos de VPH pueden causar verrugas que pueden aparecer en o alrededor de los órganos genitales y en el área del ano. Estas verrugas pueden ser apenas visibles o pueden tener varias pulgadas de diámetro. Se conocen como verrugas genitales o condiloma acuminado. Los dos tipos de VPH que causan la mayoría de los casos de verrugas genitales son el VPH 6 y el VPH 11. A estos tipos se les llama VPH de bajo riesgo porque rara vez están asociados con el cáncer del cuello uterino. A otros tipos de VPH se les llama tipos de alto riesgo porque están fuertemente vinculados con cánceres, incluyendo cánceres de cuello uterino, vulva y vagina en mujeres, cáncer de pene en los hombres, y cáncer anal y oral tanto en hombres como en mujeres. Los tipos de alto riesgo incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33 y VPH 45, entre otros. Puede que no se presenten signos visibles de infección por un VPH de alto riesgo hasta que se originen cambios precancerosos o cáncer. Aunque esto puede resultar de una infección con cualquier tipo de alto riesgo, alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18.

La infección por VPH es común, y en la mayoría de las personas el organismo es capaz de eliminarla por sí mismo. Algunas veces, sin embargo, la infección no desaparece y se torna crónica. Una infección crónica, especialmente cuando es causada por los tipos de VPH de alto riesgo, puede eventualmente causar ciertos cánceres, como el cáncer de cuello uterino. Aunque el VPH se puede propagar durante la relación sexual, que incluye el contacto vaginal, el anal y el sexo oral, no tiene que ocurrir el acto sexual para que la infección se propague. Todo lo que se requiere para transmitir del virus de una persona a otra es el contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada por VPH. La infección por VPH al parecer se puede propagar de una parte del cuerpo a otra; por ejemplo, la transmisión puede iniciarse en el cuello uterino y luego propagarse a la vagina. La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con VPH. Otras pruebas detectan infecciones mediante la búsqueda de genes (ADN) del VPH en las células. Para algunas mujeres, la prueba de VPH se usa junto con la prueba de Papanicolaou como parte de la detección. La prueba de VPH también se puede usar para ayudar a decidir qué hacer cuando los resultados de una prueba de Papanicolaou en una mujer son ligeramente anormales. Si la prueba encuentra a un tipo de VPH de alto riesgo, esto podría significar que se necesitará una evaluación completa con un procedimiento de colposcopia. Aunque actualmente no hay cura para la infección de VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.¹⁴

4.- Anticoncepción

La mujer no embarazada produce estradiol de 100 ug a 300 ug por día que circula en la sangre, 99% unido a globulinas y albúminas y 1 % libre; solamente este 1% libre ejerce sus funciones a concentraciones extremadamente reducidas en el núcleo de la células unido al receptor (Beato). El dietilestilbestrol (DES) estrógeno sintético que se usó desde su descubrimiento, para retener el aborto y otros fines; de acuerdo a estudios realizados se demostró que las hijas de madres que habían tomado el DES durante el embarazo, se enfermaron de carcinoma del cuello

uterino y vagina, como así también tuvieron alteraciones morfológicas del árbol genital; por tales razones fue proscrito por la FDA (Hersbt et al); las embarazadas que tomaron anticoncepción oral en el primer trimestre, sus hijos tuvieron alteraciones congénitas como el síndrome VACTREL, alteraciones de las vértebras, ano rectal, cardíaco, tráquea, renal, esofágica y reducción de los dedos (Gedlin et al).

La anticoncepción oral está positivamente relacionada en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino. La frecuencia es más alta en mujeres que usan la píldora y menos en las que usan métodos de barrera. Pacientes que usan anticoncepción oral desarrollan carcinoma cervical de 4 a .6.7/1000 y las que usan de barrera 1.8/ 000 a 3.8/1000, porque las que usan métodos de barrera, se protegen de los agentes cancerígenos.

También se lanza la hipótesis de que la anticoncepción oral intervendría en la aparición, y progresión de la displasia a carcinoma in situ e invasivo en mujeres susceptibles por reducción del folato que mantiene la integridad del epitelio uterino.¹⁵

Existe evidencia de que el uso de píldoras anticonceptivas por períodos prolongados aumenta el riesgo de cáncer de cuello uterino. La investigación sugiere que el riesgo de cáncer de cuello uterino aumenta mientras más tiempo una mujer tome las píldoras, pero el riesgo se reduce nuevamente después de suspender las píldoras. En un estudio, el riesgo de cáncer de cuello uterino se duplicó en las mujeres que tomaron píldoras anticonceptivas por más de 5 años, pero el riesgo regresó a lo normal después de 10 años de haber dejado de tomarlas. La sociedad americana contra recomienda al personal médico considerar si los beneficios de usar píldoras anticonceptivas superan este muy ligero riesgo potencial. Una mujer con múltiples parejas sexuales, independientemente de que use otro tipo de contraceptivo, debe usar preservativos para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual.¹⁴

5.- Multiparidad

Las mujeres que han tenido tres o más embarazos a término tienen un riesgo aumentado de padecer cáncer de cuello uterino. Una teoría consiste en que estas mujeres pudieron haber tenido relaciones sexuales (coito) sin protección para quedar embarazadas, por lo que pudieron haber estado más expuestas al VPH. Además, algunos estudios han indicado que los cambios hormonales durante el embarazo podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral. También se cree que las mujeres embarazadas podrían tener sistemas inmunológicos más débiles, lo que permite la infección con VPH y crecimiento tumoral.¹⁴

Se ha incriminado a la multiparidad en la aparición del carcinoma del cuello uterino. El período de metaplasia del epitelio del cuello uterino es más activa y frecuente en la pubertad, adolescencia y primer embarazo y es la etapa más crítica para la aparición y desarrollo maligno cuando las condiciones están dadas.

Estudios histológicos del epitelio uterino en mujeres de 23.8 años promedio, arrojaron prevalencia de displasia e in situ 36/1000 en nulípara, 128/1000 con un aborto del primer trimestre o un embarazo a término y 165/1000 con dos o más fetos viables; Runge halló displasia y carcinoma in situ 5 veces más en múltipara que en primíparas, observando que la frecuencia aumentaba con el número de hijos hasta el punto de ser el doble en la múltipara que en la primípara. Si bien a la multiparidad la relacionan con el cáncer del cuello uterino, no se debería a la lesión o infección del cervix uterino por los partos, sino a la actividad sexual que da como resultado aquellos embarazos. Muchos embarazos podrían significar múltiples coitos, durante varios años, comienzo a temprana edad la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, etc. Las trabajadoras comerciales del sexo tienen carcinoma del cuello uterino 6 veces más elevado que el grupo control y raramente se embarazan.¹⁵

7.- Edad temprana en el primer embarazo a término

Las mujeres que tuvieron su primer embarazo a término a la edad de 17 años o menos son casi dos veces más propensas a llegar a tener cáncer de cuello uterino posteriormente en la vida que las que tuvieron su primer embarazo a los 25 años o después.¹⁴

8.- Condiciones socio económicas: Pobreza

La pobreza es también un factor de riesgo para el cáncer de cuello uterino. Muchas mujeres con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de Papanicolaou. Esto significa que es posible que no se hagan las pruebas de detección ni reciban tratamiento para precánceres y cánceres de cuello uterino.¹⁴

9.- Antecedentes familiares de cáncer de cuello uterino

El cáncer de cuello uterino puede presentarse con mayor frecuencia en algunas familias. Si la madre o hermana de una mujer tuvieron cáncer de cuello uterino, sus probabilidades de padecer esta enfermedad aumentan de dos a tres veces en comparación a si nadie en la familia lo hubiera padecido. Algunos investigadores sospechan que algunos casos de esta tendencia familiar son causados por una condición hereditaria que hace que algunas mujeres sean menos capaces de luchar contra la infección con VPH que otras.¹⁴

Neoplasia intraepitelial cervical

Los cánceres cervicouterinos invasores de células escamosas vienen precedidos por una larga fase de enfermedades preinvasoras, denominadas colectivamente neoplasia intraepitelial cervical (NIC). La NIC se clasifica en grados 1, 2 y 3 según la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas.

En los grados más avanzados de NIC (2 y 3), la proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas es mayor. La infección persistente por uno o más de los subtipos oncógenos de papilomavirus humanos (VPH) causa irremediablemente neoplasia cervical. La mayoría de las anomalías cervicales causadas por la infección por VPH tienen escasa probabilidad de progresar a NIC o a cáncer cérvico uterino de alto grado. La NIC de más bajo grado vuelve a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresa a formas de alto grado. Es mucho más probable que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor.

La lesión precursora originada en el epitelio cilíndrico se denomina adenocarcinoma in situ (AIS). El AIS puede asociarse a la NIC entre uno y dos tercios de los casos.

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de NIC. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodo negativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la NIC contiene escaso o ningún glucógeno.

La NIC puede detectarse por examen microscópico de las células cervicales en un frotis teñido por la técnica de Papanicolaou. En estas preparaciones citológicas, se evalúan los cambios de cada célula para el diagnóstico y la clasificación de NIC. En cambio, el examen histológico de los tejidos permite examinar otras características. Evaluar citológicamente la NIC basándose en los cambios nucleares y citoplasmáticos suele ser muy difícil. La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son características constantes de todas las células displásicas. La mayor intensidad tintorial (hipercromasia) es otra característica destacada. Los núcleos anormales en las células superficiales o intermedias indican una NIC de bajo grado (las figuras mitóticas y los nucléolos visibles son poco comunes en estos frotis), mientras que la anomalía de los núcleos de células parabasales y basales indica NIC de alto grado. El tamaño del núcleo respecto de la cantidad relativa de citoplasma (relación núcleo/citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC. Las mayores relaciones se asocian

con grados más avanzados de NIC. En general, en un frotis cervical se observan células con diversos grados de alteración, lo que conlleva bastantes dificultades y una buena dosis de subjetividad al presentar los resultados.¹⁶

Determinantes sociales – Un reto para los países en vías de desarrollo

Los determinantes sociales en la población juegan un papel importante, es así como la mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países son provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios. Es así que trabajar en mejorar estas condiciones constituye un reto para las naciones especialmente para aquellas en vías de desarrollo.¹⁷

Muy pocos gobiernos han legislado políticas explícitas con el objetivo de eliminar las inequidades de salud determinadas por factores sociales. Legisladores en los países en vías desarrollo enfrentan una plétora de problemáticas con limitados recursos para resolverlas, así mismo en un contexto de conflictos en las imperativas políticas. Las metas diseñadas para mejorar la salud pública deben competir para atraer la atención política y los recursos, lo que significa que se lucha contra determinantes que no pueden tratarse sólo en el discurso de la investigación científica, sino que necesitan de un cambio político profundo.¹⁷

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo

Área de estudio

El área de estudio es el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos, lugar en donde las mujeres demandan atención médica.

Universo

El universo del estudio estuvo conformado por las 31 mujeres diagnosticadas con NIC a través de citología vaginal, durante el período de enero 2012 a marzo 2013

Muestra

La muestra estuvo conformada por 20 pacientes diagnosticadas con neoplasias cervicales que fueron localizadas y quienes aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Marco muestral

Listado de todas las mujeres que acudieron al establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos a toma de citología vaginal con diagnóstico positivo durante el período del 01 de enero 2012 al 31 de marzo 2013

Técnica de muestreo

La técnica de muestreo que se utilizó fue por conveniencia ya que se tomaron los casos disponibles.

Unidad de observación y análisis

Las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales a través de citología vaginal durante el período del 01 de enero 2012 al 31 de marzo 2013.

Variables

A continuación se presentan las variables del estudio acorde a cada uno de los objetivos específicos, cuya operacionalización se presenta en Anexo 2.

- Determinantes sociales:
 - Edad
 - Procedencia
 - Etnia
 - Estado civil
 - Nivel educativo
 - Ocupación
 - Ingreso familiar
 - Hábitos de alcohol y cigarrillo
- Antecedentes de salud sexual:
 - Edad de inicio de las relaciones sexuales
 - Número de parejas sexuales
 - Padecimientos de infecciones de transmisión sexual
 - Menarquía
 - Menopausia

- Uso de terapia hormonal en el tratamiento del climaterio
- Antecedentes de salud reproductiva
 - Métodos de planificación familiar utilizados
 - Número de embarazos
 - Número de abortos
 - Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino
- Estadio diagnóstico de la neoplasia cervical mediante citología vaginal
 - Neoplasia intracervical grado I
 - Neoplasia intracervical grado II
 - Neoplasia intracervical grado III
 - Otros estadios diagnósticos avanzados
- Estado actual de las pacientes de acuerdo a citología vaginal de control, post tratamiento médico especializado.
 - Persistencia del diagnóstico inicial de la neoplasia cervical
 - Regresión de la lesión cervical a estadios primarios
 - Negativización de citología vaginal
- Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnóstico.
 - Tiempo transcurrido en la localización
 - Referencia a nivel correspondiente
 - Acciones de seguimiento proporcionadas

Criterios de selección, inclusión y exclusión

La selección de las participantes en el estudio se realizó a través del muestreo no probabilístico o dirigido ya que se seleccionaron en forma intencional los casos de acuerdo a las características especificadas en el planteamiento del problema.

El criterio de inclusión fue haberse realizado la citología vaginal en la unidad de salud Dr. Odilón Renderos, y haber sido diagnosticada con neoplasia cervical durante el período del 01 de enero del año 2012 al 31 de marzo del año 2013. A la vez la aceptación voluntaria de la mujer en el estudio, así como la accesibilidad geográfica de la misma para la visita domiciliaria.

Los criterios de exclusión fueron no haberse realizado la citología vaginal en la unidad de salud Dr. Odilón Renderos, la negación de la mujer en la participación del estudio, así como residir en una zona geográfica que representase riesgo social para realizar la visita domiciliaria por el investigador.

Fuentes de obtención de datos

La fuente primaria de obtención de datos fueron las pacientes, ya que la información se obtuvo a través de una entrevista aplicada directamente por el investigador; las fuentes secundarias fueron los libros de registro y los expedientes clínicos de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales.

Métodos, Técnicas e instrumentos de recolección de información

Como método de recolección de información se utilizó la entrevista estructurada elaborando un formulario con preguntas cerradas con alternativas de respuestas pre - codificadas, la cual se complementó con la revisión de documentos (expediente clínico).

Procesamiento de datos

A fin de realizar el procesamiento de los datos obtenidos en la población objeto de estudio se utilizó el paquete estadístico EPI-INFO versión 3.5, realizando en primer momento el ordenamiento de la información a través de la enumeración de las entrevistas realizadas a fin de facilitar la corrección de datos durante la transcripción, una vez realizado el procesamiento se procedió a ordenar las respuestas de acuerdo al orden de los objetivos específicos; para la redacción de resultados se utilizó el programa Word de Windows.

Análisis de datos

El análisis de los datos se efectuó sobre la matriz de datos, tomando en cuenta los niveles de medición de las variables y las técnicas estadísticas a utilizar para cada una de ellas; por lo que se utilizó análisis a través de la distribución de frecuencias, medidas de tendencia central (media, mediana, y moda), así como medidas de variabilidad (rango).

Se realizaron los siguientes cruces de variables:

- ✓ Edad y diagnóstico de neoplasias
- ✓ Edad y nivel educativo
- ✓ Procedencia y estadio diagnóstico de la neoplasia
- ✓ Padecimientos de infecciones de transmisión sexual y estadio diagnóstico de las neoplasias
- ✓ Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino y estadio diagnóstico de las neoplasias
- ✓ Ocupación, nivel educativo e ingreso económico

Aspectos éticos

A fin de proteger los derechos y la seguridad de las participantes se tomaron en cuenta consideraciones éticas, aplicando un consentimiento informado con información clara acerca de los propósitos de la investigación con la finalidad de que la participación fuera de manera consciente y de carácter voluntario, se enfatizó en la privacidad y confidencialidad de la información suministrada durante la entrevista asegurando la utilización de la misma para fines del estudio.

Trabajo de campo

Se solicitó autorización por escrito y verbal a las autoridades del establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos a fin de obtener el acceso a los libros de registro, expedientes clínicos así como la autorización para realizar las entrevistas a las mujeres diagnosticadas con neoplasias. Se estableció coordinación vía teléfono con las participantes para realizar la entrevista, explicándoles previamente el propósito del estudio,

Las entrevistas se realizaron en algunos casos en el establecimiento de salud, y en otros a través de visita domiciliaria previo consentimiento de las participantes.

VIII. RESULTADOS

Determinantes Socio Demográficos:

8.1. Los aspectos demográficos de las pacientes diagnosticadas con neoplasias cervicales en la unidad de salud Dr. Odilón, durante el periodo del estudio fueron:

- **Edad:** Los casos de neoplasias cervicales se presentaron en el grupo de 16 a 19 años en 25% (5 de 20), 20 a 29 años 15% (3 de 20), 30 a 39 años 30% (6 de 20), 40 y más años 30% (6 de 20).

- **Procedencia:** La procedencia de los casos fueron representados por un 50 % (10 de 20) del área urbana y 50% del área rural (10 de 20).

- **Etnia:** El 100% de las participantes en el estudio pertenecían a la etnia mestiza.

- **Estado civil:** El estado civil de las pacientes fue de casada 20% (4 de 20), soltera 30% (6 de 30), y unión libre 50% (10 de 20).

- **Nivel educativo:** El nivel educativo de las pacientes con neoplasias fue de analfabetismo 0%, primaria incompleta 30 % (6 de 20), primaria completa 30% (6 de 20), secundaria incompleta 20% (4 de 20), secundaria completa 15% (3 de 20), universitaria incompleta 5% (1 de 20).

- **Ocupación:** La ocupación de las pacientes fue de ama de casa 80% (16 de 20), obrera 10% (2 de 20), estudiante 5% (1 de 20), oficinista 5% (1 de 20).

- **Ingreso familiar:** El ingreso familiar de las participantes del estudio fue de menor de 3000 Lps. 10% (2 de 20), 3001 a 5000 Lps. 45% (9 de 20), 5001 a 8000Lps. 30% (6 de 20), 8001 a 12000 Lps. 15% (3 de 20). No se presentó ningún caso con ingresos mayores a 12000 Lps.

- **Hábitos:** En cuanto a los hábitos, el consumo de cigarrillo y alcohol de forma conjunta fue de 10% (2 de 20), consumo únicamente de alcohol 5% (1 de 20), consumo únicamente de cigarrillos 5% (1 de 20), y consumo drogas 0%, y el 80% (16 de 20) no consumen alcohol, cigarrillos ni drogas.

Determinantes Socio Sanitarios:

8.2. Antecedentes de salud sexual

- **Edad de inicio de las relaciones sexuales:** Las participantes en el estudio afirmaron haber iniciado sus relaciones en las edades de 10 a 14 años 5% (1 de 20), 15 a 18 años 55% (11 de 20), 19 a 22 años 35 % (7 de 20), 23 años o más 5 % (1 de 20)

- **Número de parejas sexuales:** Las participantes en el estudio afirmaron haber tenido 1 pareja sexual 45% (9 de 20), 2 parejas sexuales 35% (7 de 20), 3 parejas sexuales 15% (3 de 20), 4 o más parejas sexuales 5% (1 de 20)

- **Padecimientos de infecciones de transmisión sexual:** Un 80% (16 de 20) afirmaron haber padecido alguna infección de transmisión sexual, y el 20% (4 de 20) negó haber padecido éste tipo de problema de salud.

Las infecciones de transmisión sexual presentadas en las participantes dentro del grupo de infecciones que presentan flujo vaginal fue: vaginitis por tricomonas 25% (5 de 20), vaginitis por candida 30% (6 de 20), cervicitis 5% (1 de 20), no se presentaron casos con vaginosis bacteriana.

-Dentro del grupo de ITS que presentan ulcera genital fueron: Sífilis, Chancroide, Chancro blando, herpes genital y VIH 0%, VPH 35% (7 de 20). Algunas de las pacientes han presentado más de 1 ITS 15% (3 de 20).

- **Menarquía:** La edad en que se presentó la primera menstruación en las participantes en el estudio fue de 10 años 10% (2 de 20), 11 años 5% (1 de 20), 12 o más años 85% (17 de 20).

- **Menopausia:** La edad en que se presentó la última menstruación en las participantes fue de 46 años o más 30% (6 de 20).El 70% (14 de 20) se encuentran en edad reproductiva, por lo tanto no aplica.

- **Uso de terapia hormonal en el climaterio:** El 100% de las pacientes no ha utilizado terapia hormonal como tratamiento en el manejo del climaterio.

8.3. Antecedentes de salud reproductiva

- **Método de planificación familiar utilizado:** En relación al uso de métodos de planificación familiar, un 25% (5 de 20) no han utilizado ningún método, 55% (11 de 20) han utilizado 1 método, 10% (2 de 20) han utilizado 2 métodos, y el 10% (2 de 20) restante han utilizado 3 métodos de planificación familiar. Entre los métodos utilizados se encuentran Anticonceptivos orales combinados 25% (5 de 20), anticonceptivos inyectables combinados 10% (2 de 20), anticonceptivos inyectables de solo progestina 10% (2 de 20), Dispositivo intrauterino 40% (8 de 20), preservativo 5% (1 de 20), Anticoncepción quirúrgica voluntaria 15% (3 de 20), método natural, anticonceptivos orales de solo progestina, anticoncepción quirúrgica masculina y doble protección 0%.

- **Número de embarazos:** En cuanto al número de embarazos experimentados en las participantes, el 15% (3 de 20) no había concebido ningún embarazo, el 25% (5 de 20) había concebido de 1 a 2 embarazos, 30% (6 de 20) de 3 a 4 embarazos, y el 30% (6 de 20) habían concebido de 5 embarazos o más

- **Número de abortos:** En relación a los abortos presentados como parte de la historia ginecológica de las participantes, el 65% (13 de 20) no había presentado ningún aborto, el 30% (6 de 20) había presentado 1 aborto, y el 5% (1 de 20) había presentado 2 abortos.

- **Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino:** En cuanto a las prácticas de cuidado utilizadas por las participantes el 100% no había practicado ningún tipo de prevención primaria, en relación a la prevención secundaria el 75% (15 de 20) se había practicado la citología vaginal en más de 1 ocasión y el 25% restante nunca se había tomado la citología antes.

8.4. Estadio diagnóstico de la neoplasia cervical mediante citología vaginal

Etapa en que se encuentra la neoplasia cervical al momento de la toma de citología vaginal: NIC I 65% (13 de 20), NIC II 20% (4 de 20), NICIII 15% (3 de 20). No se detectaron pacientes con estadios avanzados.

8.5. Acciones desarrolladas por el personal de salud de la unidad de salud Dr. Odilón Renderos después del diagnóstico

- **Localización de la paciente:** En cuanto al tiempo transcurrido en la localización de la paciente después de recibir el resultado de citología positivo en la unidad de salud el 50% (10 de 20) se localizó en menos de 1 semana, el 30% (6 de 20) se localizó en el transcurso de 1 semana a 1 mes, y el 20% (4 de 20) se localizó en un tiempo mayor de 1 mes.

- **Referencia a nivel correspondiente:** En relación a la referencia al nivel correspondiente el 100 % de las participantes fue referida al nivel hospitalario, siendo un 25% (5 de 20) referida al Hospital materno infantil y el 75% (15 de 20) al Hospital General San Felipe principal centro de referencia para atención oncológica.

- **Acciones de seguimiento:** En cuanto a las acciones de seguimiento proporcionadas por el personal de salud después del diagnóstico.

a. Seguimiento a la paciente en cuanto a su asistencia médica al nivel correspondiente: Se brindó seguimiento vía teléfono al 15% (3 de 20) a fin de confirmar si la paciente había asistido al nivel de referencia extendido

b. Visita domiciliaria: El 100% de las pacientes no recibieron visita domiciliaria después de haber sido referidas al nivel hospitalario.

Estado de la paciente después del tratamiento médico proporcionado en el nivel de referencia

-Citología vaginal de control: El 80% (16 de 20) de las pacientes se han realizado una citología vaginal de control después del tratamiento médico proporcionado en el nivel de referencia, y el 20% (4 de 20) no se habían realizado ninguna citología de control.

-Resultado de la citología de control: El 70% (14 de 20) han reportado resultado negativo por malignidad como parte de su citología vaginal, y de estas 5% (1 de 20) ha presentado además de un resultado negativo un ASCUS, el 15% (3 de 20) no se realizó ningún control citológico a pesar de haber iniciado un tratamiento médico, un 5% (1 de 20) se realizó control citológico pero no ha recibido el resultado de la misma, un 5% (1 de 20) se realizó control citológico pero le perdieron el resultado en la unidad en donde le fue tomada. Y un 5% no ha continuado tratamiento médico. No se encontraron pacientes con reportes de citología vaginal con persistencia del diagnóstico inicial, ni pacientes que hayan presentado regresión de la lesión cervical a estadios primarios.

IX. ANALISIS DE RESULTADOS

Determinantes socio demográficas

9.1. Se observó que el grupo de edad en que se presentó la mayoría de los casos es en primer lugar el grupo de 30 a 39 años, y el grupo de 40 años y más con un 30% cada uno. Ambos grupos al sumarlos representan el 60% del total de los casos, lo que afirma lo que la literatura informa en relación a que el mayor número de casos se presentan en mujeres mayores de 30 años.

El segundo grupo de edad en que se presentaron los casos de neoplasias es entre los 16 a 19 años con un 25% de los casos, edad en que épocas anteriores eran escasas el surgimiento de neoplasias cervicales, en la actualidad se observa un incremento de las mismas debido a la actividad sexual temprana.

-La distribución de casos de acuerdo a la procedencia urbana y rural, se observó que no existe diferencia en las mismas, ya que los casos de neoplasias se presentaron en un 50% en cada una de estas áreas.

-En relación al grupo étnico, el 100% pertenecían a la etnia mestiza, no hubieron participantes de la etnia afro descendiente.

-En relación al estado civil la mayoría de las pacientes con neoplasias presentaba una relación de pareja estable, encontrando el 20% casada, y el 50% en unión libre, solamente el 30% de las pacientes se encontraban solteras.

-El nivel educativo que mayormente habían alcanzado las participantes en el estudio fue de primaria completa con un 30% de los casos, así como primaria incompleta con igual porcentaje, seguido de secundaria incompleta con un 20%, secundaria completa 15% únicamente un 5% se encontraba realizando estudios a nivel superior. Datos que hacen notar el predominio de un bajo nivel educativo en el grupo de mujeres, ya que el 60% del total de casos apenas había cursado la primaria, lo que podría influir en el autocuidado de las mujeres hacia la prevención del cáncer cervical.

- La ocupación predominante en las mujeres participantes en el estudio fue de ama de casa con un 80%, seguido de obrera 10%, estudiante y oficinista con un 5% respectivamente. Lo que podría influir en la poca asistencia a control médico para la prevención del cáncer cervicouterino.

-El ingreso familiar en la mayoría de los casos oscila en primer lugar entre los 3001 a 5000 Lps. con un 45%, esto significa que la mayoría de las participantes sobreviven con menos del salario mínimo, seguido de un ingreso familiar de 5001 a 8000 Lps. con un 30%. El ingreso económico que mayor se reportó fue de 8001 a 12000 Lps. con un 15%. Y el menor ingreso fue de menos de 3000 Lps. en un 10% de los casos. Situación que limita en algunos momentos la búsqueda y acceso fácil a los servicios de salud.

- Se observó que el 80% de las participantes no tenían hábitos de cigarrillos, alcohol, o drogas, el 10% refirió consumir de forma conjunta alcohol y cigarrillo, un 5% únicamente consumía alcohol de forma ocasional, así como el 5% restante consumía únicamente cigarrillo. No se encontraron casos de consumo de drogas. De acuerdo a la literatura las mujeres fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de padecer cáncer de cuello uterino. Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan a otros órganos, además de los pulmones.

Determinantes socio – sanitarias

9.2. Antecedentes de salud sexual

- La edad en que la mayoría de las participantes iniciaron las relaciones sexuales fue entre los 15 a 18 años con un 55%, seguido del grupo de 19 a 22 años con un 35%, se presentó un 5% de los casos que inició entre los 10 a 14 años y solamente un 5% inicio de los 23 años o más. Lo que denota que la mayor parte de las mujeres participantes en el estudio iniciaron la vida sexual durante la adolescencia.

- El 45% de las participantes en el estudio afirmaron haber tenido 1 pareja sexual, el 35% 2 parejas sexuales, un 15% 3 parejas sexuales y un 5% 4 o más parejas sexuales, lo que representa que prácticamente el 55% de las mujeres del estudio han tenido más de una pareja sexual, lo que les hace vulnerables al desarrollo de neoplasias por los múltiples compañeros sexuales.

-Es importante destacar que el 80% de las mujeres participantes del estudio afirmaron haber padecido alguna infección de transmisión sexual, y solamente el 20% negó haber padecido éste tipo de problema de salud. Entre las infecciones de transmisión sexual se observa una relación del 35% de mujeres que se les diagnosticó virus del papiloma humano, considerado éste como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de cáncer de cuello uterino. No se presentaron otros casos relacionados al grupo de ITS que presentan ulcera genital.

El resto de ITS presentadas por el grupo de mujeres del estudio fue las relacionadas al grupo de flujo vaginal, en las que se observa especialmente vaginitis por candida con un 30%, vaginitis por trichomonas con un 25% de los casos, y cervicitis con un 5%. Es importante destacar que varias de estas mujeres reportaron más de una ITS.

- La edad en que se presentó la primera menstruación en las participantes en el estudio fue en un 85% entre los 12 y más años, un 10% a los 10 años y a los 11 años solamente un 5%. Aspecto que llama la atención al presentarse la menarquia en edades hasta de 16 o más años.

-Solamente en el 30% de las participantes se había presentado la menopausia, y la edad en que se presentó la misma en el total de los casos fue en el grupo de edad de 46 y más años. El 70% restante de las participantes se encuentran en edad reproductiva.

-El 100% de las pacientes que han presentado la menopausia no han utilizado terapia hormonal como tratamiento del climaterio.

9.3. Antecedentes de salud reproductiva

-Como parte de las determinantes sanitarias, se analizó el acceso a los servicios de Salud Sexual Reproductiva, concluyendo que:

-El 55% de las participantes habían utilizado únicamente 1 método de planificación familiar, un 25 % nunca habían utilizado ningún método de planificación y el 20 % restante han utilizado más de un método de planificación. El método mayormente utilizado por las participantes en el estudio fue el método hormonal en las formas de oral combinado, inyectable combinado e inyectable de solo progestina con un 45%, en segundo lugar el dispositivo intrauterino con un 40%, en tercer lugar se encuentra la anticoncepción quirúrgica voluntaria con un 15% y el preservativo con un 5%, ninguna de las pacientes afirmó haber utilizado los métodos naturales, ni la doble protección.

De acuerdo a la literatura los métodos hormonales están positivamente relacionados con la aparición y desarrollo de neoplasias malignas del cuello uterino.

-El 30% de las participantes presento una multiparidad de 5 embarazos y más, otro 30% presento un promedio de 3 a 4 embarazos, el 25% de 1 a 2 embarazos, y un 15% no habían concebido ningún embarazo. De acuerdo a la literatura se considera la multiparidad como un factor de riesgo para el desarrollo de neoplasias cervicales debido a los cambios hormonales podrían causar que las mujeres sean más susceptibles a infección con VPH o crecimiento tumoral además de haber estado expuestas a relaciones sexuales sin protección.

- El 35% de las participantes han experimentado al menos un aborto, de las cuales un 30% había presentado 1 aborto, y el 5% había presentado 2 abortos. El 65% restante no habían presentado ningún aborto.

-El 100% de las participantes no habían practicado ningún tipo de prevención primaria. Esto debido a la inexistencia en el país de acciones de prevención primaria accesibles como parte del programa de inmunizaciones dirigido a la población femenina.

En relación a la prevención secundaria el 75% se había practicado la citología vaginal en más de 1 ocasión y el 25% restante nunca se había tomado la citología antes, siendo la citología en que se diagnosticó la neoplasia la primera citología en la vida de la mujer. Es importante destacar que las pacientes en su mayoría no tienen una frecuencia regular en la toma de citología vaginal.

9.4. Estadio diagnóstico de la neoplasia cervical mediante citología vaginal

-En el 65% de los casos se diagnosticó NIC I, considerando este dato de gran relevancia ya que en las pacientes se están detectando las neoplasias en estadios primarios, lo que asegura el éxito en la recuperación, evitando de igual manera gastos onerosos al estado. El 35% de los casos se diagnosticó con lesiones de alto grado, dentro de los cuales se presentó un 20% con NIC II, y un 15% con NIC III, lesiones que a pesar de ser consideradas de alto grado pueden ser curables con un tratamiento médico especializado y oportuno.

9.5. Acciones desarrolladas por el personal de salud de la unidad de salud Dr. Odilón Renderos después del diagnóstico

-El 100% de los casos con diagnóstico de neoplasias fueron localizados. El 50% de los casos se localizó en menos de 1 semana después de haber recibido la citología que reportaba positividad, un 30% se localizó en un término de 1 semana a 1 mes, y el restante 20% se localizó en un tiempo mayor a 1 mes. Algunos de los factores que jugaron un papel importante en la localización tardía de la paciente fueron presentar una dirección domiciliaria inexacta en la boleta de toma de citología vaginal, además de que las pacientes proporcionaron números telefónicos erróneos, o que dejan de utilizar repentinamente.

- El 100 % de las participantes fue referida al nivel hospitalario, un 25% fueron referida al Hospital materno infantil y el 75% al Hospital General San Felipe considerado el principal centro de referencia para la atención oncológica

-Las acciones de seguimiento proporcionadas por el personal de salud después del diagnóstico fueron:

Localización vía teléfono al 15% de los casos, a fin de confirmar la asistencia de las mismas al nivel de referencia extendido, ninguno de los casos recibió visita domiciliaria por parte del personal de salud de la unidad. Situación que se considera una debilidad, ya que las acciones de seguimiento son muy pobres.

-Durante el estudio se confirmó que el 100% de las pacientes había asistido al nivel de referencia extendido y dentro de este un 5% (1 de 20) abandono el manejo médico.

9.6. Estado de la paciente después del tratamiento médico proporcionado en el nivel de referencia.

El 80% de las pacientes se han realizado una citología vaginal de control después del tratamiento médico proporcionado en el nivel de referencia, lo que denota un gran interés de las pacientes por su cuidado. El 20% restante no se había realizado ninguna citología de control, dentro de éstas un 15% no se habían realizado aún su control citológico sin haber abandonado el manejo médico, y solamente un 5% había abandonado su control médico por completo por lo que no se había realizado el control citológico.

El 70% han reportado resultado negativo por malignidad como parte de su citología vaginal de control, de estas un 5% presento además de un resultado negativo un ASCUS, lo que hace notar que debe continuar en manejo médico especializado, hasta no reportar ninguna alarma, el 15% no se ha realizado ningún control citológico a pesar de haber iniciado un tratamiento médico, lo que destaca que debe existir un mayor control y seguimiento de estas pacientes a fin de definir el éxito del tratamiento médico proporcionado, un 5% se realizó control citológico

pero no ha recibido el resultado de la misma, situación que se presenta con regularidad en el sector público el cual entrega los resultados de citologías con demora debido a la demanda en la lectura de las mismas, un 5% se realizó control citológico pero le perdieron el resultado en la unidad en donde le fue tomada. Y un 5% no ha continuado tratamiento médico, el cual viene a resaltar nuevamente la importancia de la puesta en práctica de acciones de seguimiento.

No se encontraron pacientes con reportes de citología vaginal con persistencia del diagnóstico inicial, ni pacientes que hayan presentado regresión de la lesión cervical a estadios primarios.

9.7 Relación de variables del estudio

9.7.1. Edad y estadio diagnóstico

En relación a la edad y el estadio diagnóstico de neoplasias se detectaron en total 7 pacientes con estadios de alto grado NIC II y NIC III, de estos el 86% fueron detectados en el en el grupo de mujeres de más de 30 años, lo que resalta la importancia de realizar la toma de citología vaginal a este grupo de edad.

9.7.2. Nivel educativo y edad

El grupo de edad de 40 y más años fue el que presento el menor nivel educativo ya que el nivel alcanzado por este grupo es el de primaria completa, el nivel más alto alcanzado por el total de participantes fue el de universitaria incompleta el cual pertenece al grupo de 16 a 19 años con un caso únicamente.

9.7.3. Procedencia y estadio diagnóstico

Las pacientes fueron diagnosticadas en los diferentes estadios diagnósticos de igual manera en el área rural y urbana, observándose que en ambas áreas la mayoría de los casos detectados fueron en el estadio NIC I, de los cuales el 70%

del total de casos correspondían al área rural y el 60% del total de casos en el área urbana.

9.7.4 Estadio diagnóstico y padecimientos de ITS

La principal ITS presentada por las participantes en el estudio fue el virus del papiloma humano (VPH), el cual se detectó en el 46% de los NIC I y en el 25% de los NIC II.

En el 33.3% de los casos de NIC III se presentó cervicitis.

En cuanto a las ITS relacionadas a flujo vaginal se presentó vaginitis por candida principalmente en las pacientes con NIC I en el 31% de los casos, un 25% en los NIC II, y un 33% en los NIC III.

En relación a la vaginitis por trichomonas se encontró en el 60% de los NIC I y un 20% para los NIC II y otro 20% para los NIC III.

9.7.5. Prácticas de prevención del cáncer de cérvix y estadio diagnóstico

El 100% de las participantes no habían practicado la prevención primaria, en relación a la prevención secundaria, del total de NIC I, el 61.5% se habían practicado la citología vaginal previamente y el 38.5% no.

En cuanto al diagnóstico de NIC II, el 100% se había realizado con anterioridad la citología igualmente que las pacientes con NIC III.

9.7.6. Ocupación, nivel educativo e ingresos económicos

De acuerdo a los datos presentados se observa que el mayor porcentaje de las participantes del estudio habían alcanzado como máximo la primaria completa con un 30%, así como primaria incompleta 30%, lo que sumado representan el 60%, un 20% habían alcanzado la secundaria de forma incompleta, y solo un 15% había completado el nivel secundario, situación que al relacionarla con la ocupación de las participantes se ve reflejada en que el 80% de las participantes se dedican a ser amas de casa, un 10% son obreras y solo un 5% realiza trabajos de oficinista.

Al relacionar la ocupación y el nivel educativo es importante mencionar la influencia directa de estas dos variables en el ingreso económico de las participantes, ya que 55 % reportaron ingresos familiares de Lps. 5,000.00 como máximo, y dentro de estas un 10% inclusive con ingresos menores a los Lps. 3,000.00, lo que repercute directamente con los niveles de pobreza como determinante de la salud en la población.

X. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a los determinantes sociales, las principales características sociodemográficas presentadas por las participantes fueron pertenecer a grupos de edad mayores a los 30 años, con bajo nivel educativo, siendo la educación primaria el mayor nivel alcanzado, ocupación amas de casa, con ingreso familiar considerado bajo, ya que es menor al salario mínimo establecido en el país, determinantes que influyen de forma directa en el acceso económico en cuanto a la satisfacción de necesidades de salud.
2. Los determinantes de la salud en el aspecto sanitario en cuanto a los antecedentes de salud sexual fueron inicio de la vida sexual a temprana edad, en su mayoría entre los 14 a 18 años, en su mayoría con más de una pareja sexual, con presencia de ITS, siendo el VPH el principal diagnóstico en un tercio de las participantes, presencia de la menopausia únicamente en la tercera parte, ninguna refirió haber utilizado terapia hormonal como tratamiento del climaterio, se consideran estas determinantes importantes en la práctica de la salud sexual en la población femenina como ente activo en la prevención de enfermedades
3. Los determinantes socio sanitario relacionados a los antecedentes de salud reproductiva fueron haber utilizado en su mayoría como método de planificación familiar los hormonales en sus diferentes vías de administración y mecanismo de acción, como ser combinados y de solo progestina, en segundo lugar el dispositivo intrauterino, ninguna refirió el uso del preservativo como doble

protección, un tercio reportó multiparidad, así como un tercio afirmó haber presentado al menos un aborto, ninguna afirmó haber recibido inmunización como parte de la prevención primaria, en cuanto a prevención secundaria, tres tercios se habían practicado la citología vaginal en al menos una ocasión, el tercio restante nunca se había practicado la citología vaginal antes de ser diagnosticadas, prácticas de autocuidado de gran valor en el mantenimiento de la salud.

4. El estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical mediante citología vaginal fue en casi dos tercios en lesión de bajo grado NIC I, el tercio restante se diagnosticó con lesiones de alto grado NIC II y NIC III, lo que es satisfactorio ya que el objetivo primordial es la detección temprana de las lesiones cervicales.
5. En cuanto al estado actual de las pacientes tomando como referente la citología vaginal de control, post tratamiento médico especializado, en dos tercios de las participantes se reportó resultados negativos por malignidad, el tercio restante pendiente de reporte ya que no se habían realizados controles aunque continúan con el manejo médico, en solamente un caso se reportó abandono del tratamiento médico, por lo que las acciones de seguimiento deben fortalecerse en el establecimiento de salud a fin de asegurar la asistencia al nivel de referencia y la continuidad del tratamiento en la población afectada por neoplasias cervicales.
6. Las acciones desarrolladas por el personal de salud fueron la localización y referencia del total de casos, de los cuales la mitad fueron localizados y referidos en la primera semana después de

haber recibido la citología vaginal con reporte de lesión cervical, en cuanto a las acciones de seguimiento posteriores a la referencia de los casos al nivel especializado, son muy débiles ya que solo un pequeño grupo fue contactado vía teléfono a fin de confirmar la asistencia de las mismas al nivel de referencia. No se realizó visita domiciliaria a las pacientes después haberes sido referidas, por lo que el reforzamiento de las acciones de seguimiento deben ser retomadas de forma prioritaria por el personal de salud.

XI. RECOMENDACIONES

Al personal de salud:

- Dirigir programas de detección temprana de cáncer cérvico uterino, a la población femenina tomando como referente los determinantes sociales y sanitarios que influyen de forma negativa en la salud poblacional.

- Desarrollar acciones educativas para promocionar la importancia de la citología vaginal a la población, tomando en cuenta el nivel educativo de las mismas, para favorecer la comprensión y la concientización.

- Utilizar toda oportunidad que se presente para ofrecer y realizar la toma de citología vaginal a la población tomando en cuenta las dificultades de acceso que estas podrían presentar para asistir a los servicios de salud.

- Fortalecer el sistema de seguimiento a las pacientes diagnosticadas con neoplasias cervicales a fin de asegurar la adherencia de las pacientes al tratamiento proporcionado en el nivel de referencia.

- Orientar a la población sobre la importancia de realizarse de forma frecuente la citología vaginal a fin de captar las pacientes en estadios tempranos de las neoplasias cervicales asegurando de esta manera un tratamiento oportuno.

A las autoridades de la secretaria de salud:

- Impulsar el desarrollo de estudios de investigación de forma estandarizada y periódicamente en los diferentes establecimientos de salud a fin de generar información que contribuya al fortalecimiento de prácticas de prevención y detección temprana de neoplasias cervicales

- Coordinar con el laboratorio nacional de cito tecnología, la detección de los tipos de VPH que más inciden en el desarrollo de neoplasia cervicales en la población hondureña

- Diseñar estudios de investigación a largo plazo que sustenten o no la relación directa del uso de anticonceptivos hormonales con el surgimiento de neoplasias cervicales.

XII. XII BIBLIOGRAFÍA

1. salud, O. M. (agosto de 2008). *determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 25 de octubre de 2014, de google academico: http://www.who.int/social_determinants/es/
2. Salud, O. M. (18 - 22 de mayo de 2009). *Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 26 de octubre de 2014, de google academico: <http://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/es/>
3. Salud, O. M. (marzo de 2005). *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ¿Qué es, por qué, y cómo?*. Recuperado el 28 de octubre de 2014, de google academico: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/ (final, 2008)
4. Adolfo Gerardo Alvarez Perez, et al (2007). *Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba*. Recuperado el 04 de noviembre de 2014, de google academico: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol33_02_07/spu13207.ht
5. Salud, C. s. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generacion:Alacnzar la equidad sanitaria actuando sbre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 08 de noviembre de 2014, de Organizacion Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
6. Jairo Restrepo Zea, et al (2007). Accesibilidad a la citologia cervical en Medellin, Colombia. *Revista Esp Salud Publica*, 657 - 666.
7. Melisa Paolino, et al (2011). Determinantes socilaes del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, provincia de Buenos Aires. *Revista Aregntina de Salud Publica*, 1 - 7.

8. Aguirre HR, e. at (2007). Factores relacionados con el cáncer cervicouterino en el estado de Nayarit, Mexico. Nayarit, Mexico: Medigraphic artemisa en linea.
9. Iñiguez, M. S. (octubre de 2004). *El cáncer cervical como problema de salud pública en las mujeres Mexicanas y su relación con el VPH*. Recuperado el 12 de noviembre de 2014, de google academico: www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4610/msci1de1.pdf
10. Saavedra, A. L. (2006). *Cancer cervico uterino y el virus del papiloma humano: La historia que no termina*. Recuperado el 12 de noviembre de 2014, de Unidad de Investigación Biomédica en Cáncer. UNAM - INCan. :<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1172193073.pdf>
11. Chuco, G. A. (2007). Epidemiología del carcinoma de cuello uterino. Peru.
12. Callejas, E.R (2009). *Registro hospitalario de cancer, 2008 - 2009*. Recuperado el 12 de noviembre de 2014
13. Sánchez Angel, et al (1992). Estado Actual, Prevencion y Manejo. *Revista medica hondureña Vol 60*, 171 - 176.
14. Society, A. c. (2014). *Prevención y detección temprana del cancer de cuello uterino*. Recuperado el 13 de noviembre de 2014, de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf>.
15. Pelaez, L. C. et al (2010). *Prevalencia de anomalías citológicas en frotis cervical y factores asociados en citologías en el hospital Vicente Corral Moscoso - Ecuador*. Recuperado el 21 de noviembre de 2014, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/37111/1/MED173.pdf>
16. Society, A. c. (2010). *Prevención y detección temprana del cancer de cuello uterino*. Recuperado el 13 de noviembre de 2014, de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002580-pdf>

17 Ochoa, F. R. (2013). Determinantes sociales de la salud y la acción política.
Revista de humanidades medicas. Vol 2

ANEXOS

ANEXO 1 Operacionalización de variables de estudio

Objetivo 1. Identificar los determinantes sociales de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en el establecimiento de salud Dr. Odilon Renderos				
Variable	Indicadores	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Edad	% por grupo etario	Años cumplidas	De 16 a 19 años De 20 a 29 años De 30 a 39 años De 40 o más años	Continua
Procedencia	% por área de procedencia	Lugar donde vive actualmente	Urbano Rural	Nominal
Etnia	% por grupo étnico	Grupo cultural al que pertenece una persona de acuerdo a algunas prácticas y características físicas	Mestiza Afro descendiente otra	Nominal
Estado civil	% de acuerdo a estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra,	Soltera Unión libre Casada Viuda Divorciada separada	Nominal
Nivel educativo	% por nivel educativo	Último año cursado de educación formal	*Analfabetismo *Primaria incompleta *Primaria completa *Secundaria incompleta *Secundaria completa *Universitaria incompleta *Universitaria completa	Ordinal

Variable	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Ocupación	% por ocupacion	Actividad a la que se dedica una personan para obtener o no ingresos económicos	*Ama de casa *Estudiante *Obrera *Comerciante *Oficinista *Otros	Nominal
Ingreso familiar	% por ingreso familiar	Suma de todos los sueldos, salarios o ganancias de una familia en un mes.	Menor de 3,000 LPS 3,001 a 5,000 LPS 5,001 a 8,000 LPS 8,001 a 12,000 LPS 12,001 a 15,000LPS 15,001 a 18,000LPS 18,001 a 20,000LPS Mayor de 20,000 LPS	Ordinal
Hábitos	% por habito	Comportamiento aprendido por una persona el cual se repite de forma regular	Cigarrillo Alcohol Drogas	Nominal

Objetivo 2. Describir los antecedentes de salud sexual y reproductiva de las mujeres diagnosticadas con neoplasias cervicales en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos

Variables	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala nominal
Antecedentes de salud sexual				
Edad de inicio de las relaciones sexuales	% por grupo de edad de inicio	Edad en que la mujer inicio la actividad sexual	*10 a 14 años *15 a 18 años *19 a 22 años *23 años o mas	Ordinal
Número de parejas sexuales	% por número de parejas sexuales	Cantidad de compañeros sexuales en la vida de la mujer	Solo 1 pareja sexual *2 parejas sexuales *3 parejas sexuales *4 parejas o más parejas sexuales	Ordinal
Padecimiento de infecciones de transmisión sexual	% por ITS actual o por historia	Diagnóstico actual o histórico de infecciones de transmisión sexual	Flujo vaginal: *Vaginitis por trichomonas *Vaginitis por candida *Vaginosis bacteriana *Cervicitis Úlcera genital: *Sífilis *Chancroide *Chancro blando *VPH (Virus del Papiloma Humano) *Herpes genital * VIH	Nominal
Menarquia	% por edad	Edad en que se presentó la primera menstruación en la mujer	*Antes de los 10 años *10 años *11 años *12 años o mas	Ordinal
Menopausia	% por grupo etario	Edad en que se presentó la última menstruación en la mujer	*30 a 35 años *36 a 40 años *41 a 45 años *46 o más años	Ordinal
Uso de terapia hormonal en el climaterio	% por consumo de terapia hormonal	Consumo de hormonas como tratamiento médico en el manejo del climaterio en la mujer	*Si consume o consumió tratamiento hormonal *No consume o consumió tratamiento hormonal	Nominal

Variable	Indicador	Definición operacional	Valores	Escala de medición
Método de planificación familiar utilizado	% por uso de método de planificación familiar	Utilización de métodos para el espaciamiento de los embarazos y tiempo de duración de los mismos.	<u>Método temporal:</u> *Anticonceptivos hormonales orales combinados *Anticonceptivos hormonales orales de progestina * Anticonceptivos hormonales inyectables combinados * Anticonceptivos hormonales inyectables de progestina * Dispositivo intrauterino *Preservativo *Métodos naturales <u>Métodos permanentes:</u> *Anticoncepción quirúrgica Voluntaria(femenina/masculina) Doble protección(método oral, inyectable, DIU, natural o permanente + preservativo)	Nominal
Antecedentes de salud reproductiva				
Número de embarazos	% por número de embarazo	Cantidad de embarazos concebidos a lo largo de la vida de la mujer	*Ninguno *1 embarazo *2 a 3 embarazos *4 a 5 embarazos *6 a 7 embarazos *8 a 9 embarazos *más de 10 embarazos	Ordinal
Número de abortos	% por número de aborto	Cantidad de abortos ocurridos en la vida de la mujer	*ninguno *1 aborto *2 a 3 abortos *4 o más abortos	Ordinal
Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino	% por tipo de práctica de prevención	Prácticas de autocuidado en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino	Prevención Primaria: *Vacunación contra el VPH Prevención secundaria * Toma citología vaginal * Frecuencia en la toma de citología vaginal	Nominal

Variable	Indicador	definición operacional	Valores	Escala de medición
Objetivo 3. Identificar el estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical mediante citología vaginal y el estado actual post tratamiento médico especializado				
Etapa en que se encuentra la neoplasia cervical al momento de la toma de citología vaginal	% por tipo de NIC	Clasificación de la lesión cervical a través de del sistema BETHESDA	*NIC I *NIC II *NIC III *Otros estadios más avanzados	Ordinal
Persistencia del diagnóstico inicial de la neoplasia cervical	% por estado diagnóstico post tratamiento	El estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical de forma inicial no ha cambiado en la citología de control a pesar de haber recibido tratamiento médico especializado.	*Citología vaginal de control con igual diagnóstico que el reportado en la citología inicial, habiendo recibido tratamiento médico especializado.	Nominal
*Regresión de la lesión cervical a estadios primarios	% por estado diagnóstico post tratamiento	El estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical de forma inicial presenta una regresión a estadios primarios, pero no se ha negativizado.	Citología vaginal de control reporta un estadio menor al identificado en la citología inicial previo al tratamiento médico especializado.	Nominal
*Negativización de citología vaginal	% por estado diagnóstico post tratamiento	El estadio en que se diagnosticó la neoplasia cervical de forma inicial, reporta una negativización de la lesión	Citología vaginal de control reporta negativización de la lesión cervical, después de haber recibido tratamiento médico especializado.	Nominal

Variable	Indicador	definición operacional	Valores	Escala de medición
Objetivo 4. Detallar las acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres diagnosticadas con neoplasia cervical				
Localización de la paciente	% por tiempo transcurrido en localización de la paciente	Búsqueda activa de la paciente a fin de informar su diagnóstico para el inicio del tratamiento	*Localización menos de 1 semana *Localización de 1 semana a 1 mes *Localización en más de un mes	Ordinal
Referencia a nivel correspondiente	% por área de referencia	Envío de una persona a un nivel de mayor complejidad a fin de recibir una atención médica especializada	Referencia a la unidad de salud Dr. Alonso Suazo *Referencia al Hospital General san Felipe *Referencia al Hospital Materno Infantil	Nominal
Acciones de seguimiento	% por tipo de acción de seguimiento	Medidas de control llevadas a cabo con la finalidad de mantener vigilancia en la evolución de la paciente	*Seguimiento a la paciente en cuanto a su asistencia médica al nivel correspondiente *Visita domiciliaria de seguimiento	Nominal

ANEXO 2. Instrumento de recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD

Tema de investigación: Relación de los determinantes sociales en el desarrollo de neoplasias cervicales en mujeres diagnosticadas en el establecimiento de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras, Enero 2012 – Marzo 2013

Instrumento: Entrevista estructurada

Código: _____

Instrucciones: Realizar cada una de las preguntas a las participantes, utilizando lenguaje comprensible y respetando la confidencialidad de las respuestas obtenidas, a la vez obtener información correspondiente del expediente clínico.

I Datos generales:

Fecha de toma de citología _____

Fecha de recepción de resultado de citología: _____

II Características demográficas

Edad: De 16 a 19 años: ____

De 20 a 29 años: ____

De 30 a 39 años: ____

De 40 o más años: ____

Procedencia: Urbana Rural

Etnia: Mestiza Afro descendiente

Otra: _____

Estado civil: Soltera Unión libre Casada
Viuda Divorciada Separada

Nivel educativo: Analfabetismo
Primaria incompleta.....
Primaria completa.....
Secundaria incompleta.....
Secundaria completa.....
Universitaria incompleta.....
Universitaria completa.....

Ocupación: Ama de casa Comerciante
Estudiante Oficinista
Obrera Otros: _____

Ingreso familiar: Menor de 3,000 LPS.....

3,001 a 5,000 LPS.....

5,001 a 8,000 LPS.....

8,001a 12,000 LPS.....

12,001 a 15,000LPS.....

15,001 a 18,000LPS.....

18,001 a 20,000LPS.....

Mayor de 20,000 LPS.....

Hábitos: Cigarrillo.....

Alcohol.....

Drogas.....

III Antecedentes de salud sexual

Edad de inicio de las relaciones sexuales:

- 10 a 14 años.....
- 15 a 18 años.....
- 19 a 22 años.....
- 23 años o más.....

Número de parejas sexuales

- Solo 1 pareja sexual.....
- 2 parejas sexuales.....
- 3 parejas sexuales.....
- 4 parejas sexuales.....
- 5 o más parejas sexuales.....

Padecimiento de Infecciones de transmisión sexual (Entrevista y revisión de antecedentes en el expediente clínico)

Flujo vaginal:

Vaginitis por trichomonas.....

Vaginitis por cándida.....

Vaginosis bacteriana.....

Cervicitis.....

Úlcera genital:

Sífilis.....

Chancroide.....

Chancro blando.....

VPH (Virus del Papiloma Humano)....

Herpes genital.....

VIH.....

Menarquía:

Antes de los 10 años...

10 años.....

11 años.....

años o más.....

Menopausia:

30 a 35 años.....

36 a 40 años.....

41 a 45 años.....

46 o más años....

Uso de terapia hormonal en el climaterio

Si consume o consumió terapia hormonal.....

No consume o no consumió terapia hormonal.....

IV Antecedentes de salud reproductiva

Método de planificación familiar utilizado

Anticonceptivos orales combinados.....

Anticonceptivos orales de solo progestina.....

Anticonceptivos inyectables combinados.....

Anticonceptivos inyectables combinados.....

Dispositivo intrauterino.....

Preservativo.....

Método natural.....

Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria femenina...

Anticoncepción quirúrgica Voluntaria masculina...

Doble protección.....

Número de embarazos:

Ninguno.....

1 embarazo.....

2 a 3 embarazos...

4 a 5 embarazos...

6 a 7 embarazos...

8 a 9 embarazos...

Más de 10 embarazos...

Número de abortos:

Ninguno.....

1 aborto.....

2 abortos.....

3 o más abortos....

Prácticas de prevención del cáncer cérvico uterino:

Prevención Primaria:

Vacunación contra el VPH..... Sí No

Prevención secundaria

Toma citología vaginal..... Sí No

Frecuencia en la toma de citología vaginal: _____

V Estadio diagnóstico de la neoplasia cervical mediante citología vaginal

NIC I.....

NIC II.....

NIC III.....

Otros diagnósticos avanzados:_____

VI Acciones desarrolladas por el personal de salud de la unidad de salud Dr. Odilón Renderos después del diagnostico

Localización

Localización en menos de 1 semana

Localización en 1 semana a 1 mes.....

Localización en un tiempo mayor de 1 mes.....

Referencia a nivel correspondiente: (Expediente clínico)

CESAMO Dr. Alonso Suazo.....

Hospital San Felipe.....

Hospital materno infantil.....

Acciones de seguimiento

Confirmación de la asistencia de la paciente al nivel de referencia... Sí No

Visita domiciliaria de seguimiento.....Sí No

Citologías de control.....Sí No

Estado actual de las pacientes de acuerdo a citología vaginal de control, post tratamiento médico especializado

Citología vaginal de control con igual diagnostico que el reportado en la citología inicial, habiendo recibido tratamiento médico especializado.

Citología vaginal de control reporta un estadio menor al identificado en la citología inicial previo al tratamiento médico especializado.

Citología vaginal de control reporta negativización de la lesión cervical, después de haber recibido tratamiento médico especializado

MUCHAS GRACIAS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

(UNAN – MANAGUA)

CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD

CIES UNAN Managua

“Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

ANEXO 3: Tablas

Tabla 1: Edad

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje
16 A 19 años	5	25,0%
20 a 29 años	3	15,0%
30 a 39 años	6	30,0%
40 a más años	6	30,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 2: Procedencia

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	10	50,0%
Urbano	10	50,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 3: Estado civil

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013”

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	4	20,0%
Soltera	6	30,0%
Unión libre	10	50,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 4: Nivel educativo

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013”

Nivel educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria completa	6	30,0%
Primaria incompleta	6	30,0%
Secundaria completa	3	15,0%
Secundaria incompleta	4	20,0%
Universitaria incompleta	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 5: Ocupación

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013”

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	16	80,0%
Estudiante	1	5,0%
Obrera	2	10,0%
Oficinista	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 6: Ingreso familiar

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Ingreso familiar	Frecuencia	Porcentaje
3001 a 5000	9	45,0%
5001 a 8000	6	30,0%
8001 a 12000	3	15,0%
Menor de 3000	2	10,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 7: Hábitos

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Hábitos	Frecuencia	Porcentaje
fuma y bebe	2	10,0%
no fuma, no bebe, ni usa drogas	16	80,0%
solo bebe	1	5,0%
solo fuma	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 8: Edad de inicio de las relaciones sexuales

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Edad de inicio de las relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje
10 a 14 años	1	5,0%
15 a 18 años	11	55,0%
19 a a22 años	7	35,0%
23 años o mas	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 9: Número de parejas sexuales

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje
1 pareja sexual	9	45,0%
2 parejas sexuales	7	35,0%
3 parejas sexuales	3	15,0%
5 o más parejas sexuales	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 10: Padecimientos de infecciones de transmisión sexual

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Antecedentes de ITS	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	80,0%
No	4	20,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 11: ITS

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

ITS Presentadas	Frecuencia	Porcentaje
Vaginitis por cándida	6	31.6%
Vaginitis por tricomona	5	26.3%
Vaginosis bacteriana	0	0%
Cervicitis	1	5.2%
Sífilis	0	0%
Chancroide	0	0%
Chancro blando	0	0%
VPH	7	36.8%
Herpes genital	0	0%
VIH	0	0%
Total	19	100%

Fuente: Entrevista

Tabla 12: Menarquía

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Menarquia	Frecuencia	Porcentaje
10 años	2	10,0%
11 años	1	5,0%
12 años o mas	17	85,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 13: Menopausia

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Menopausia	Frecuencia	Porcentaje
46 o más años	6	30,0%
No aplica	14	70,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 14: Uso de terapia hormonal en el tratamiento del climaterio

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Uso de terapia hormonal	Frecuencia	Porcentaje
No	6	30,0%
No aplica	14	70,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 15: Métodos de planificación familiar utilizados

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013

Método PF	Frecuencia	Porcentaje
Anticonceptivos orales combinados	5	19.2%
Anticonceptivos orales de solo progestina	0	0%
Anticonceptivos inyectables combinados	2	7.7%
Anticonceptivos inyectables de solo progestina	2	7.7%
Dispositivo intrauterino (DIU)	8	31%
Preservativo	1	3.8%
Método Natural	0	0%
AQV Femenina	3	11.5%
AQV Masculina	0	0%
Doble protección	0	0%
Ninguno	5	19.2%
Total	26	100%

Fuente: Entrevista

Tabla 16: Número de embarazos

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

No embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Ningún embarazo	3	15%
1 a 2 embarazos	5	25%
3 a 4 embarazos	6	30%
5 o más embarazos	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Entrevista

Tabla 17: Número de abortos

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

No. abortos	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	13	65,0%
1	6	30,0%
2	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 18: Prácticas de prevención primaria del cáncer cérvico uterino

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Prevención primaria (vacunación)	Frecuencia	Porcentaje
No	20	100,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 19: Prácticas de prevención secundaria del cáncer cérvico uterino

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Prevención secundaria (citología vaginal)	Frecuencia	Porcentaje
no	5	25,0%
si	15	75,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 20: Estadios diagnósticos

Estadio diagnóstico de la neoplasia cervical mediante citología vaginal

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Estadio diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
NIC I	13	65,0%
NIC II	4	20,0%
NIC III	3	15,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 21: Tiempo transcurrido en la localización

Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnostico

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Localización	Frecuencia	Porcentaje
1 semana a 1 mes	6	30,0%
mayor de 1 mes	4	20,0%
Menos 1 semana	10	50,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 22: Referencia a nivel correspondiente

Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnóstico

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Referencia	Frecuencia	Porcentaje
Hospital Materno Infantil	5	25,0%
Hospital San Felipe	15	75,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 23: Acciones de seguimiento

Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnóstico

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Acciones de seguimiento	Frecuencia	Porcentaje
Seguimiento telefónico	3	15%
Visita domiciliaria	0	0
Sin seguimiento	17	85%
Total	20	100%

Fuente: Entrevist

Tabla 24: Citología de control
Estado actual de las pacientes de acuerdo a citología vaginal de control, post
tratamiento médico especializado

**Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de
salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo
2013**

Citología de control	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	80,0%
No	4	20,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

Tabla 25: Estado actual de acuerdo a ccitología de control

Estado actual de las pacientes de acuerdo a citología vaginal de control, post
tratamiento médico especializado

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

Resultado de citología de control	Frecuencia	Porcentaje
Negativo por malignidad + ASCUS	1	5,0%
Negativo por malignidad	12	60,0%
Negativo por malignidad + inflamación severa	1	5,0%
No ha continuado tratamiento	1	5,0%
no se ha realizado citología de control	3	15,0%
pendiente resultado de citología vaginal	1	5,0%
Extravió del resultado de citología vaginal	1	5,0%
Total	20	100,0%

Fuente: Entrevista

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

(UNAN – MANAGUA)

CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD

CIES UNAN Managua

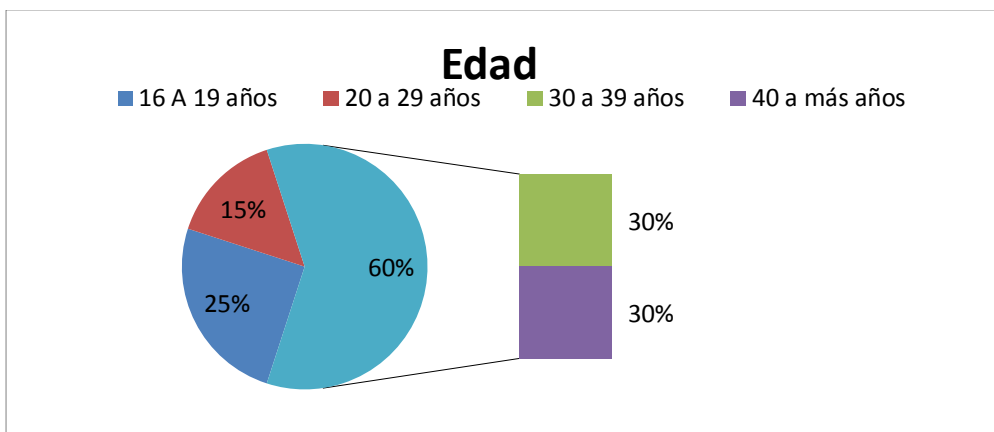
“Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

ANEXO 4: Gráficos

Grafico 1: Edad

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013”

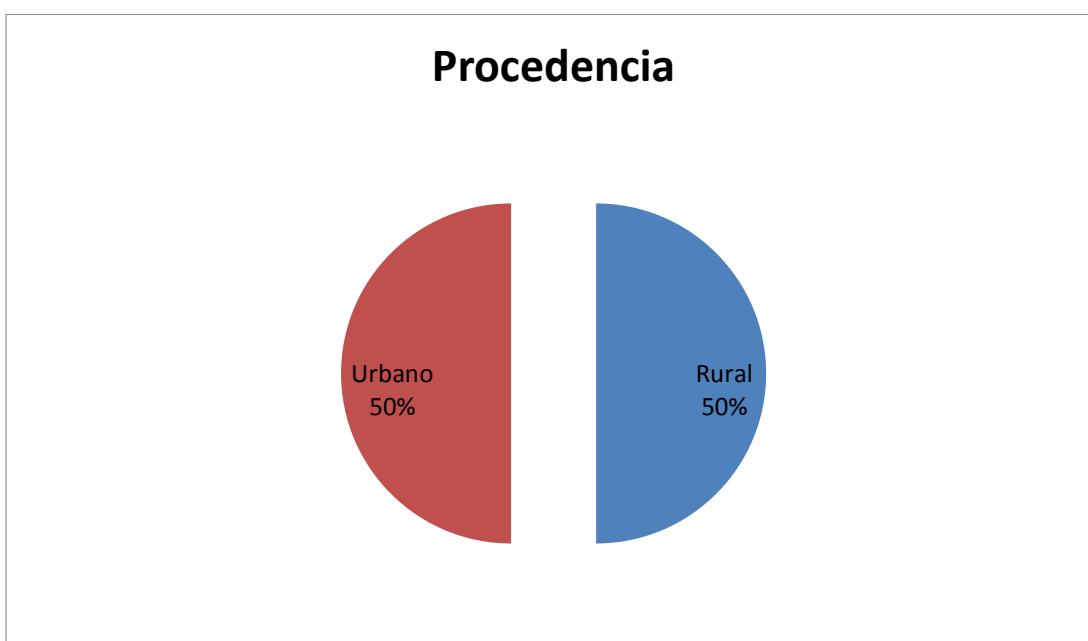


Fuente: Tabla 1

Grafico 2: Procedencia

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

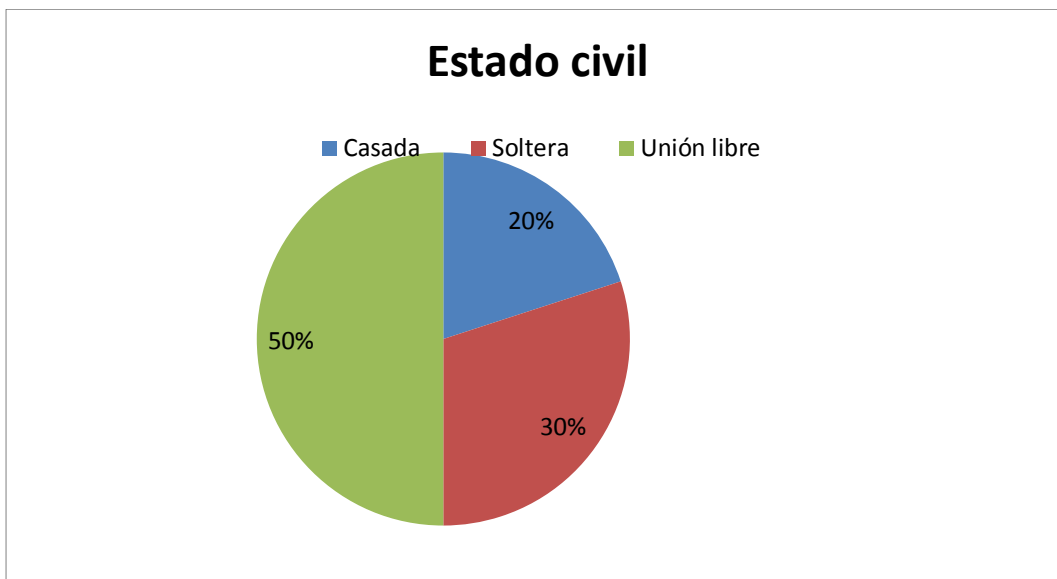


Fuente: Tabla 2

Grafico 3: Estado civil

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

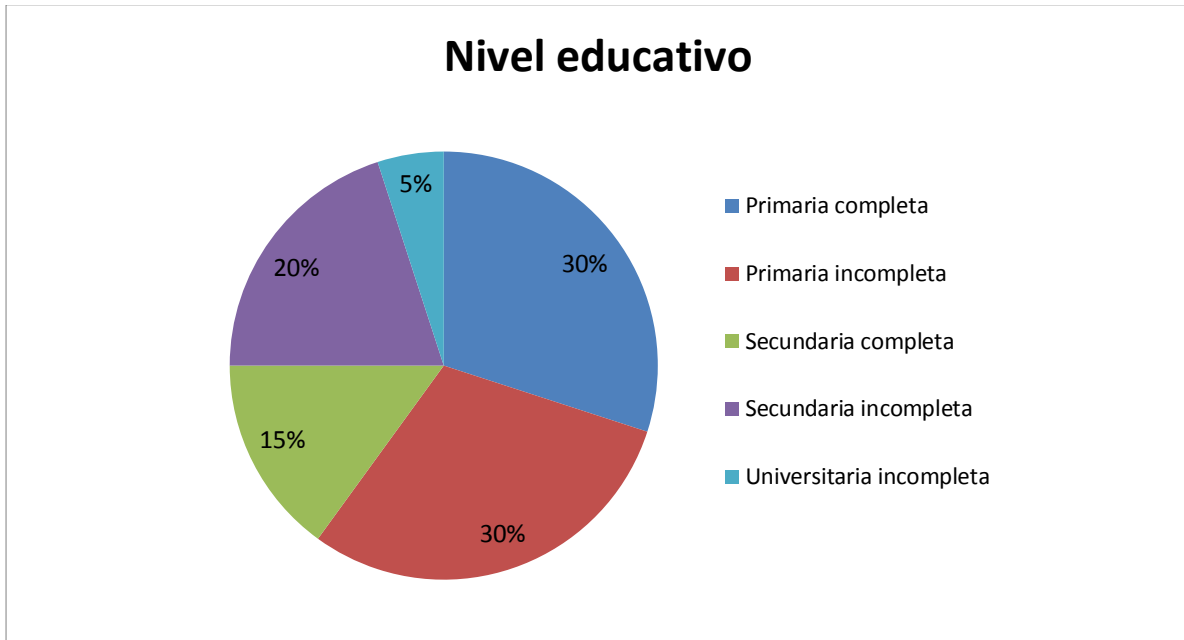


Fuente: Tabla 3

Grafico 4: Nivel educativo

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras enero 2012 – Marzo 2013”

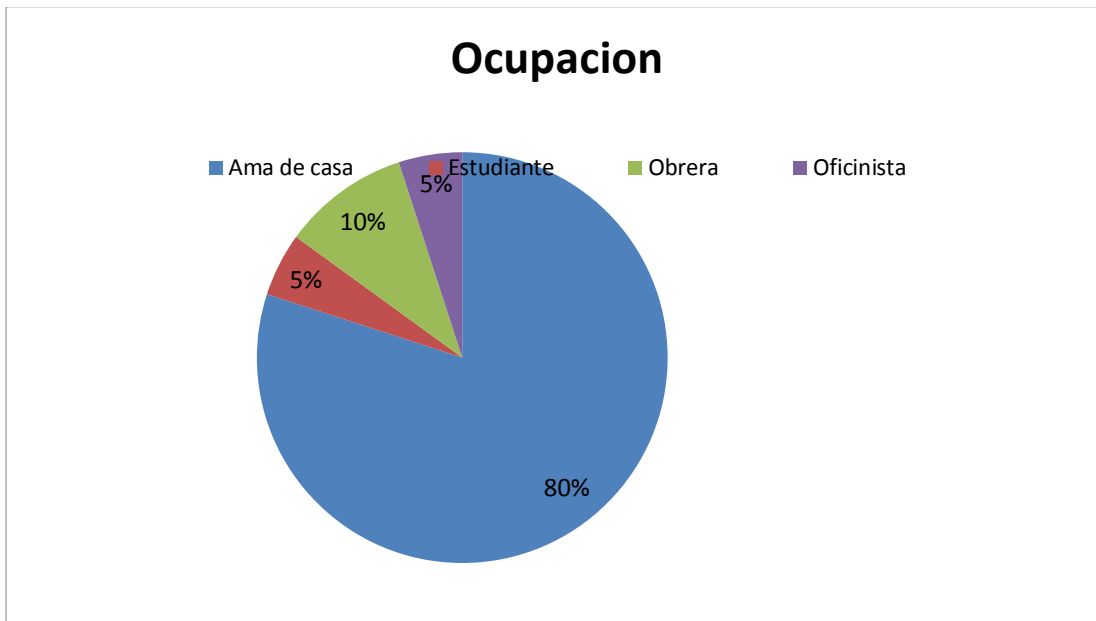


Fuente: Tabla 4

Grafico 5: Ocupación

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013”

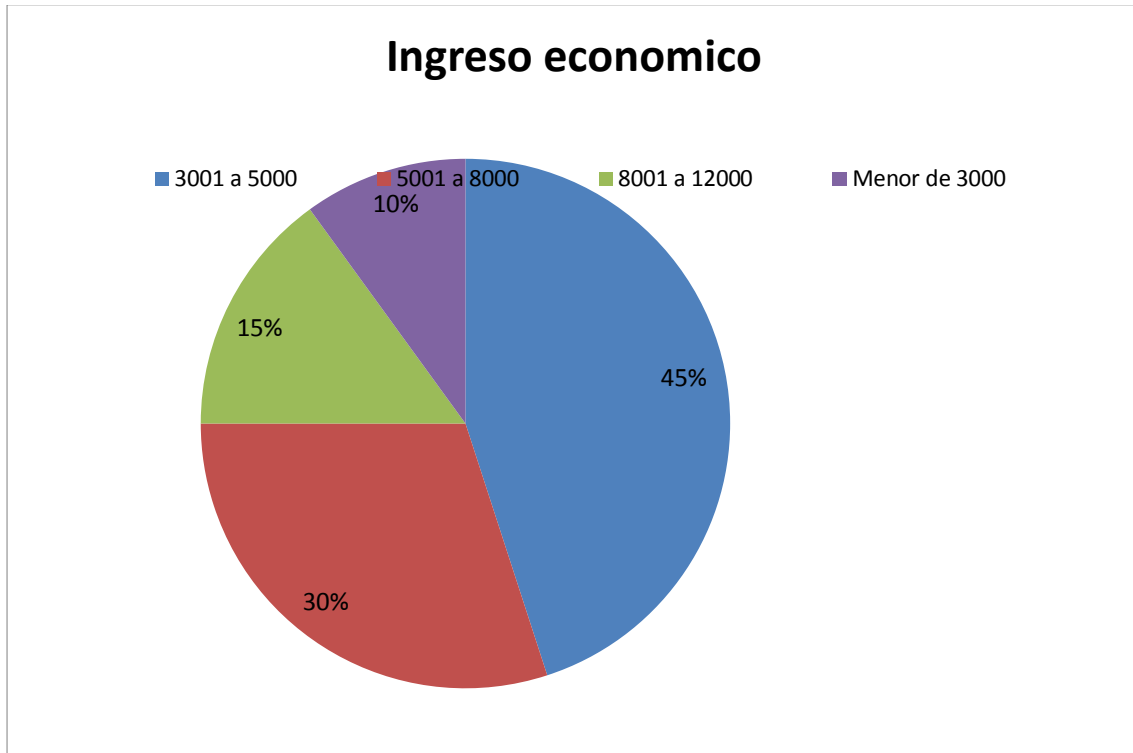


Fuente: Tabla 5

Grafico 6: Ingreso familiar

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

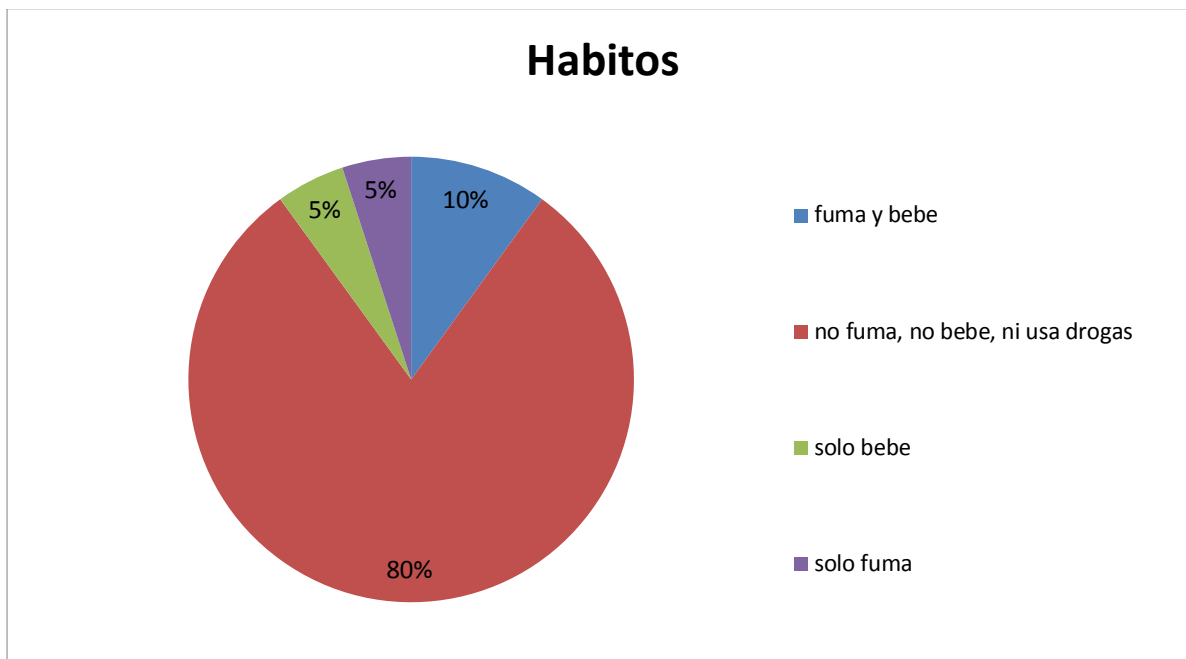


Fuente: Tabla 6

Grafico 7: Hábitos

Características socio demográficas

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

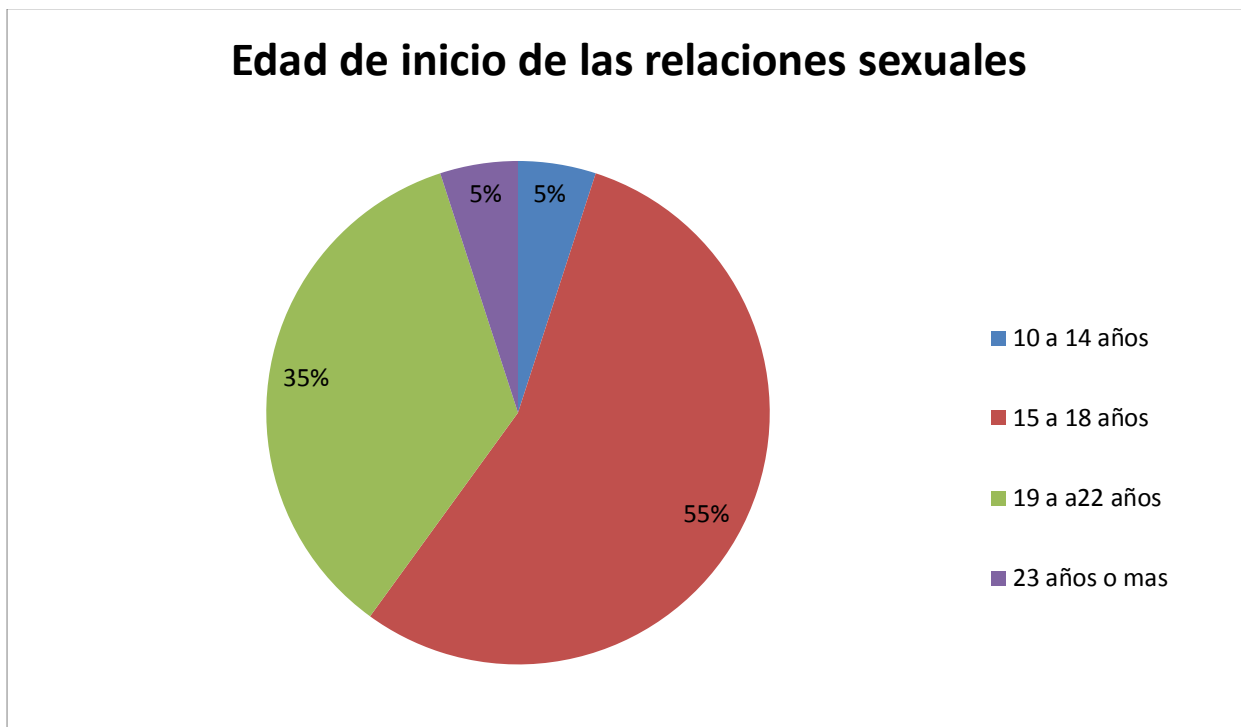


Fuente: Tabla 7

Grafico 8: Edad de inicio de las relaciones sexuales

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

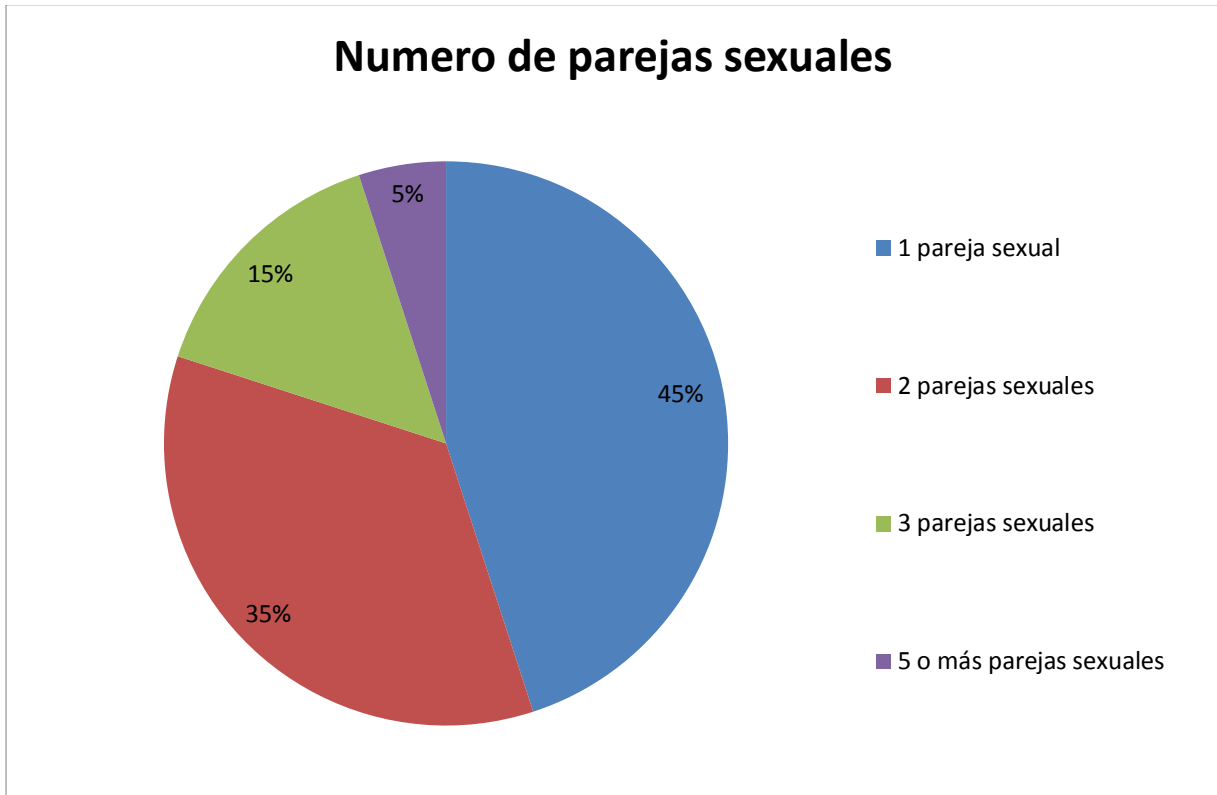


Fuente: Tabla 8

Grafico 9: Número de parejas sexuales

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013

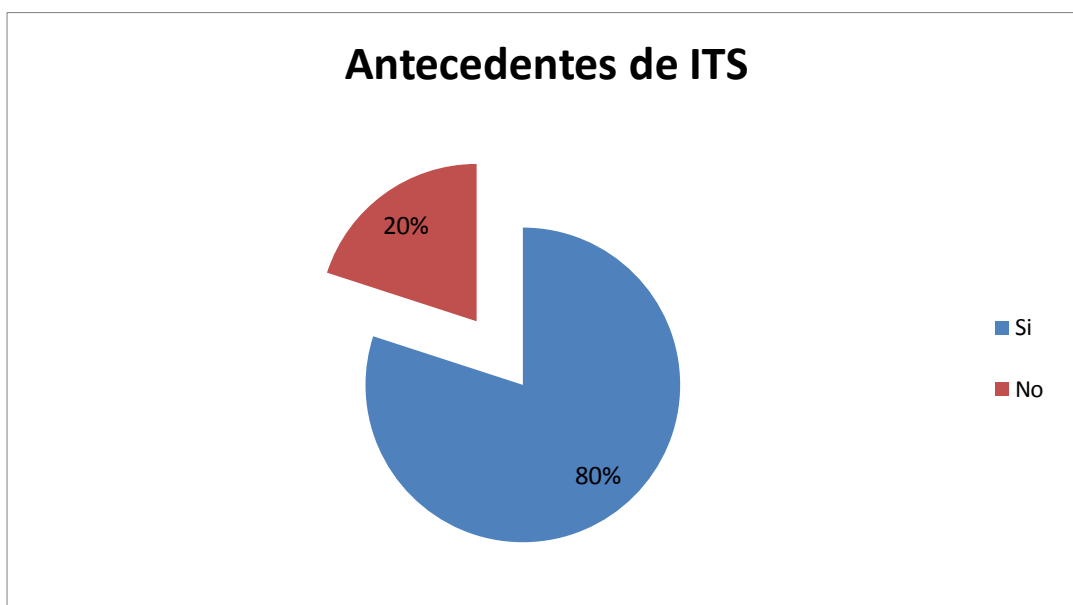


Fuente: Tabla 9

Grafico 10: Padecimientos de infecciones de transmisión sexual

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras Enero 2012 – Marzo 2013



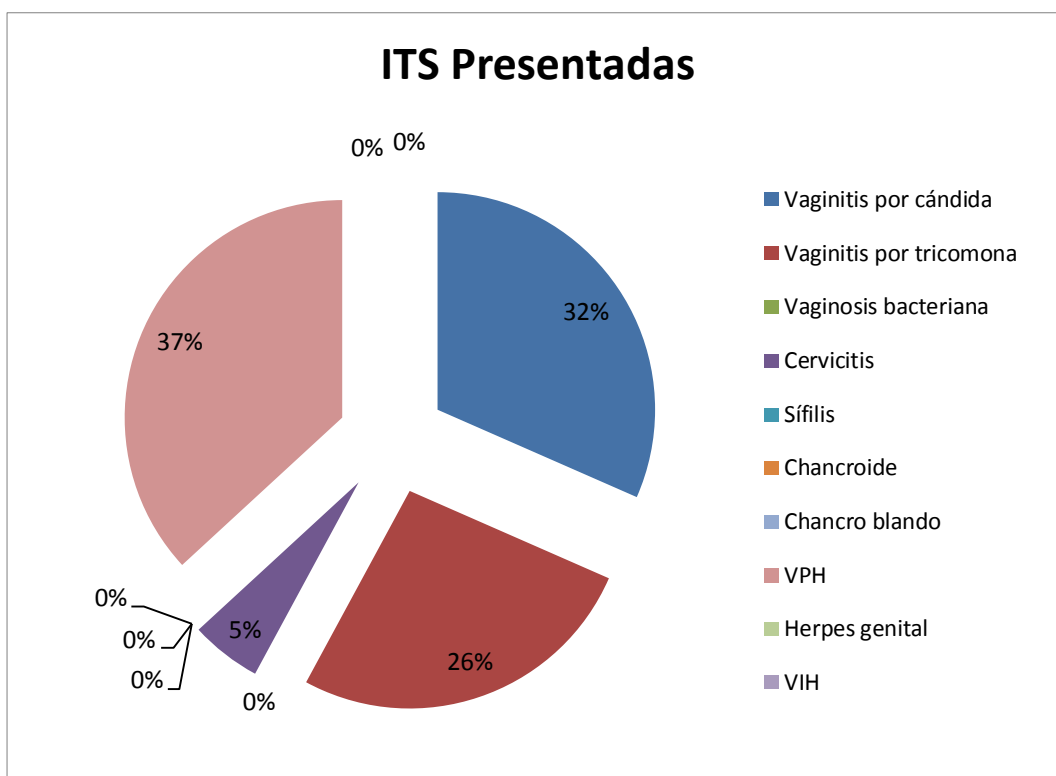
Fuente: Tabla 10

Tabla 11: ITS Presentadas

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



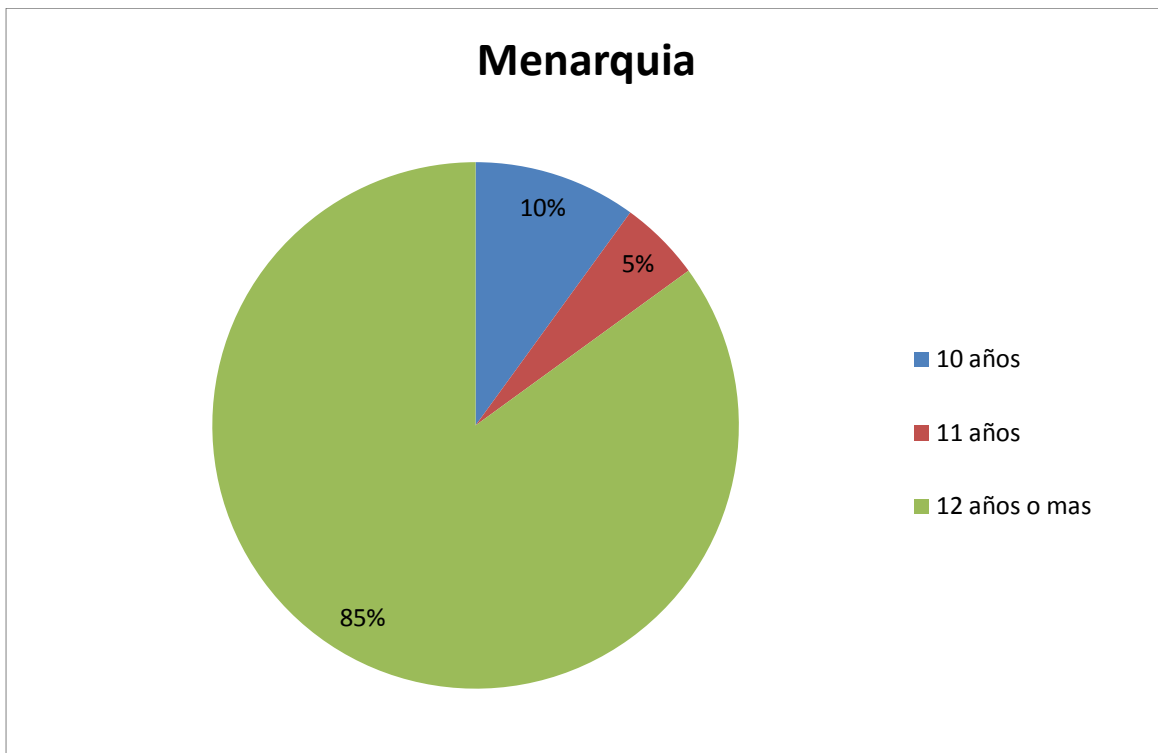
Fuente: Tabla 11

Grafico 12: Menarquía

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



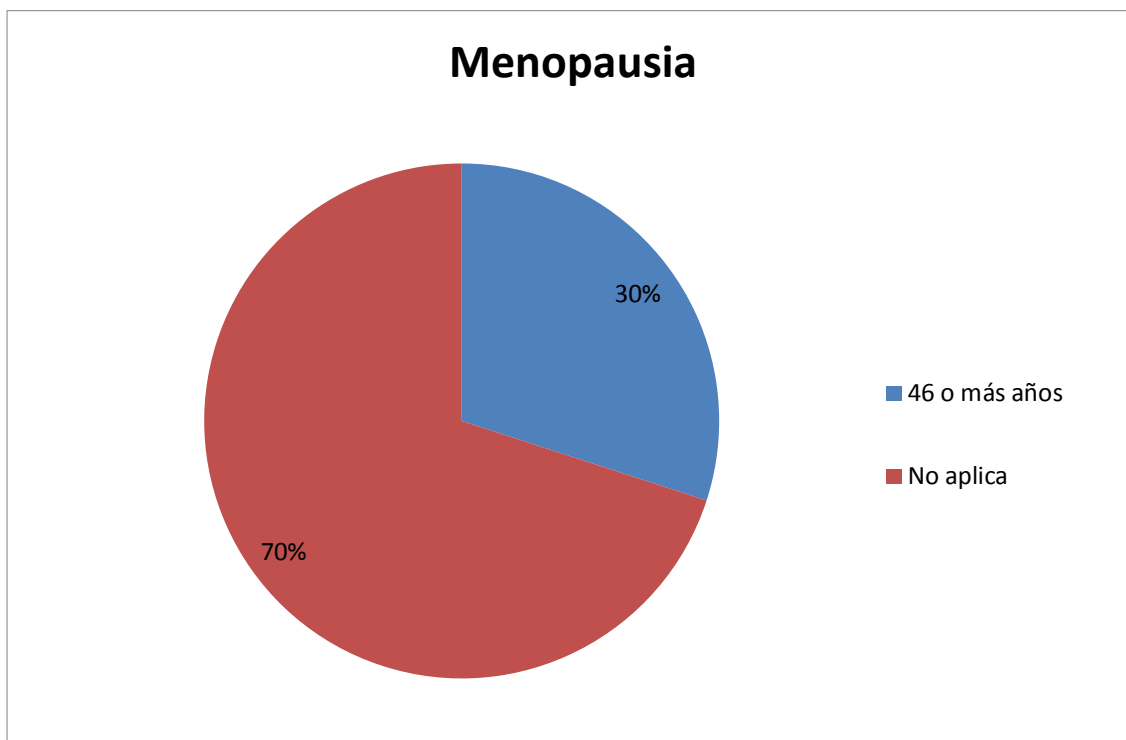
Fuente: Tabla 12

Grafico 13: Menopausia

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



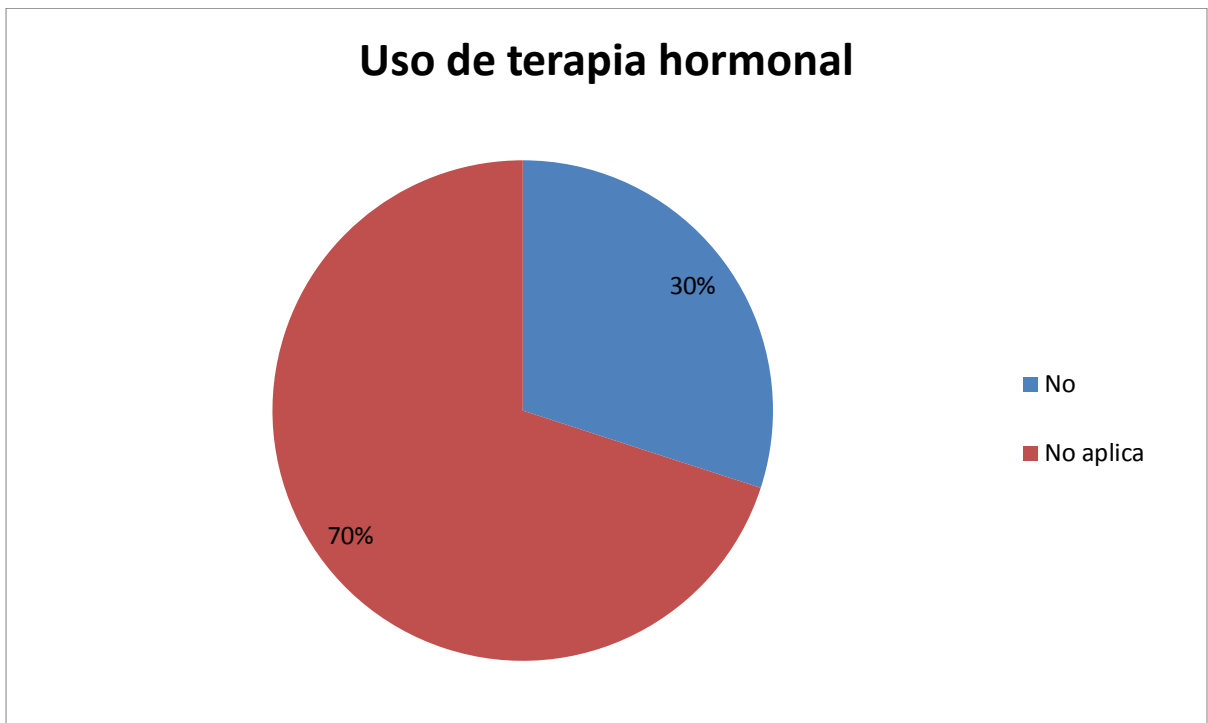
Fuente: Tabla 13

Grafico 14: Uso de terapia hormonal en el tratamiento del climaterio

Antecedentes de salud sexual

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



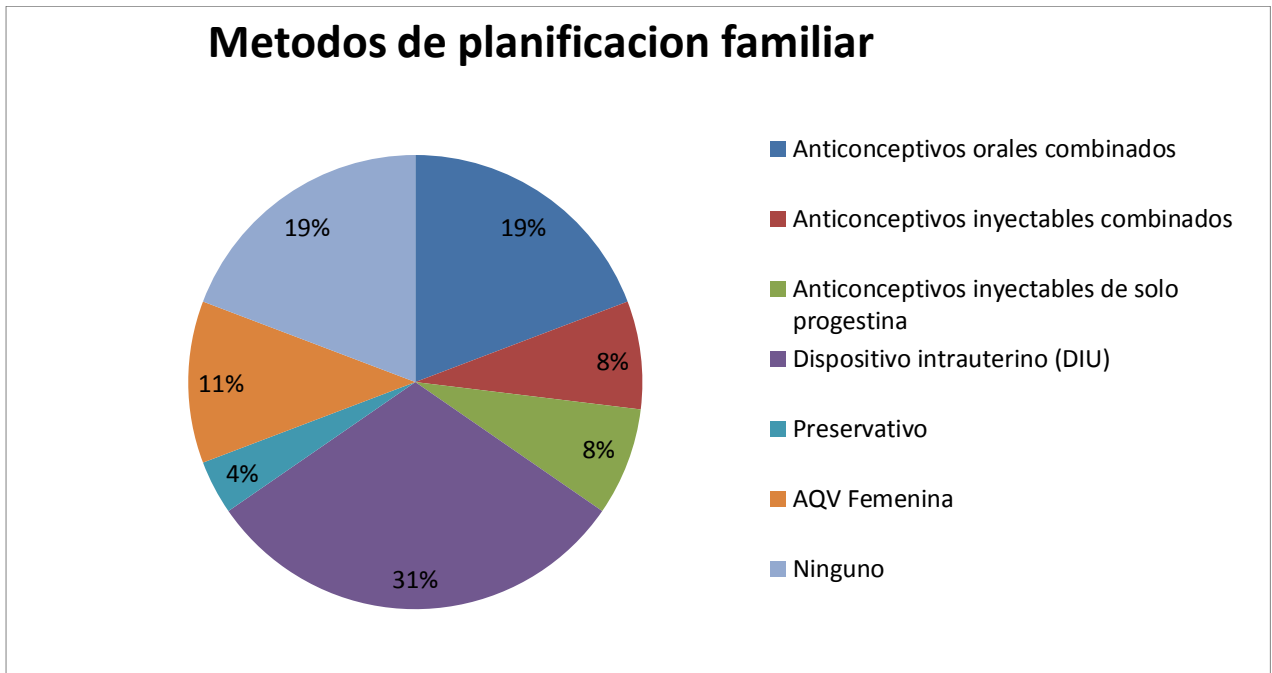
Fuente: Tabla 14

Grafico 15: Métodos de planificación familiar utilizados

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



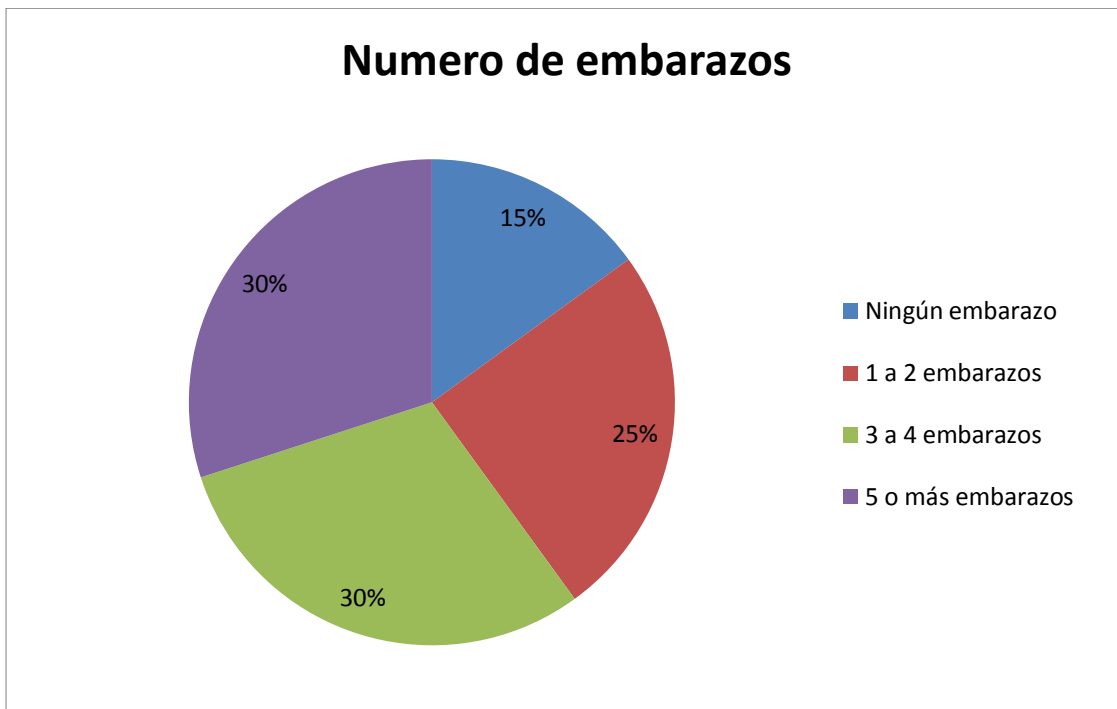
Fuente: Tabla 15

Grafico 16: Número de embarazos

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



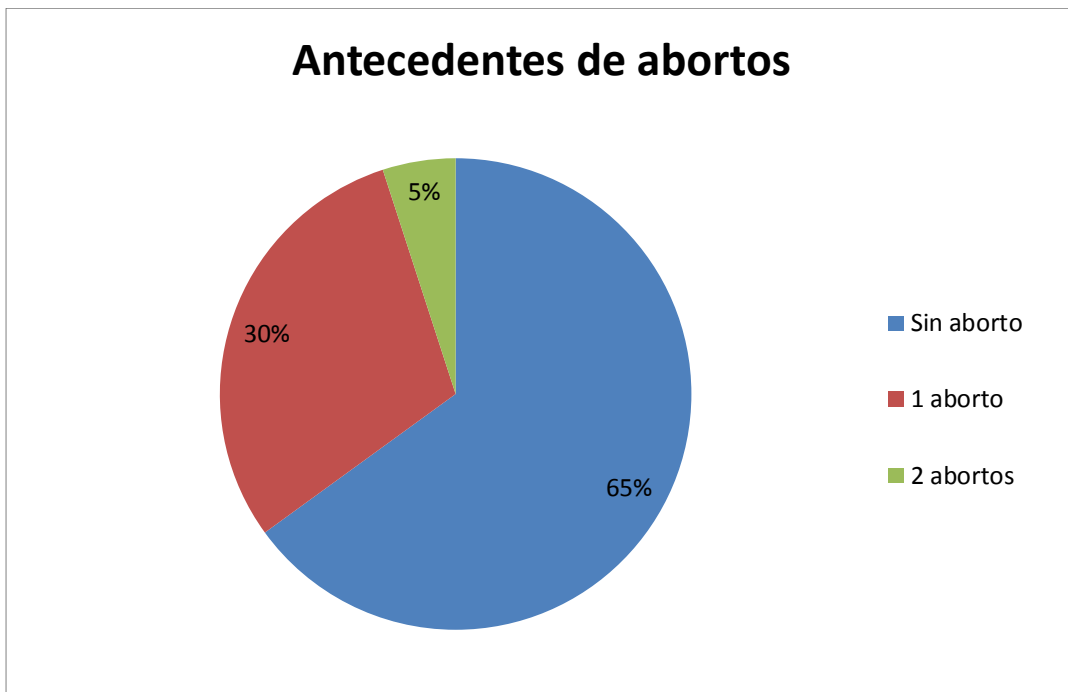
Fuente: Tabla 16

Grafico 17: Número de abortos

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



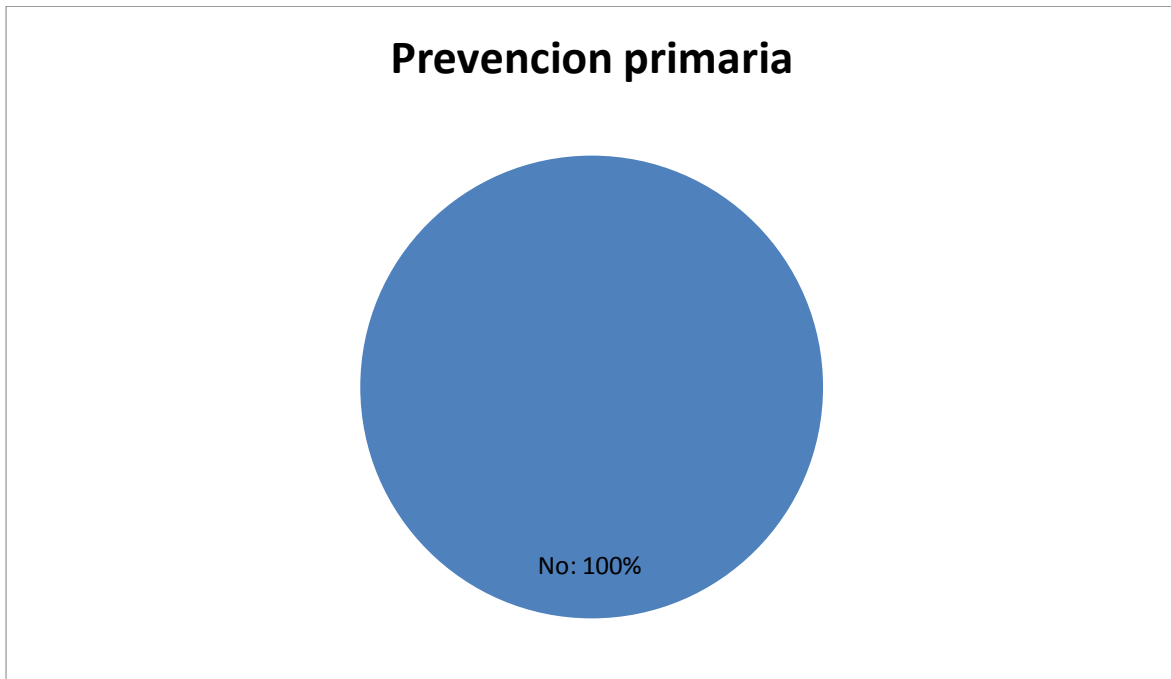
Fuente: Tabla 17

Grafico 18: Prácticas de prevención primaria del cáncer cérvico uterino

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 201



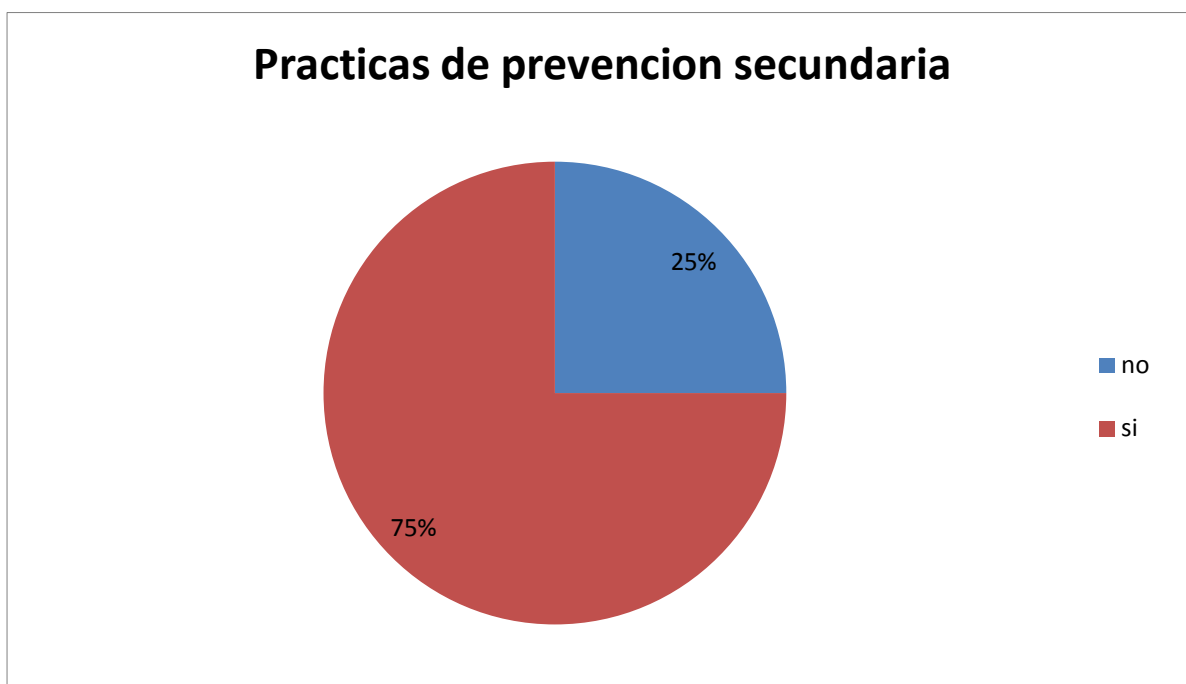
Fuente: Tabla 18

Grafico 19: Prácticas de prevención secundaria del cáncer cérvico uterino

Antecedentes de salud reproductiva

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



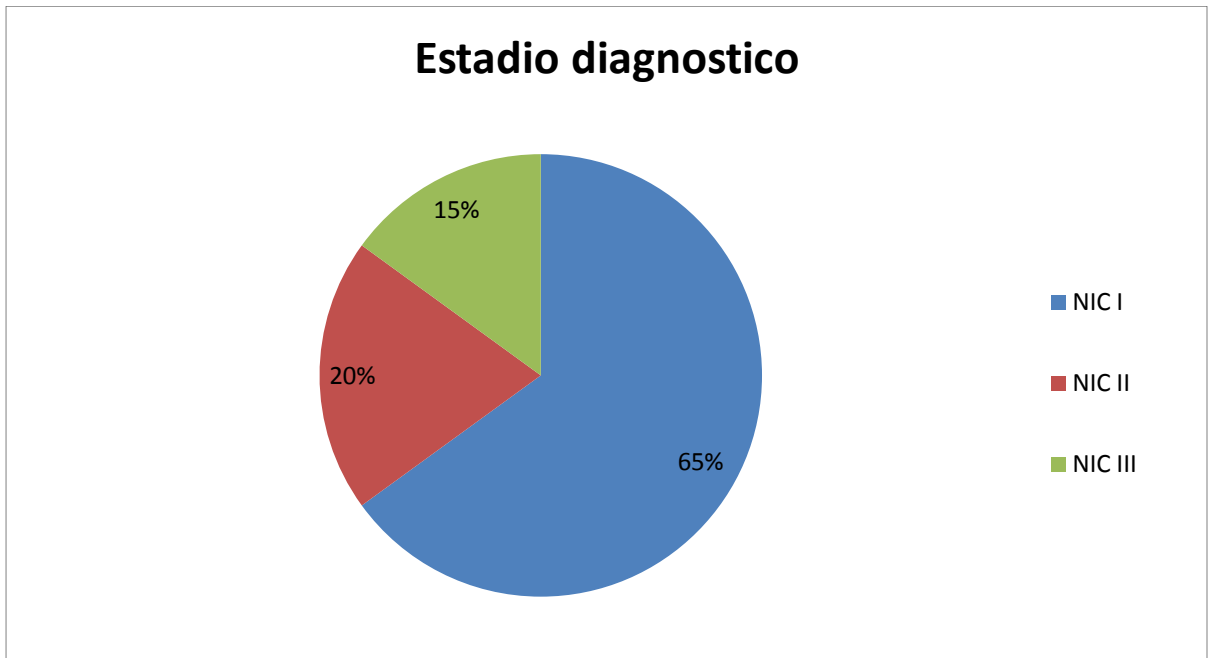
Fuente: Tabla 19

Grafico 20: Estadios diagnósticos

Estadio diagnóstico de la neoplasia cervical mediante citología vaginal

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



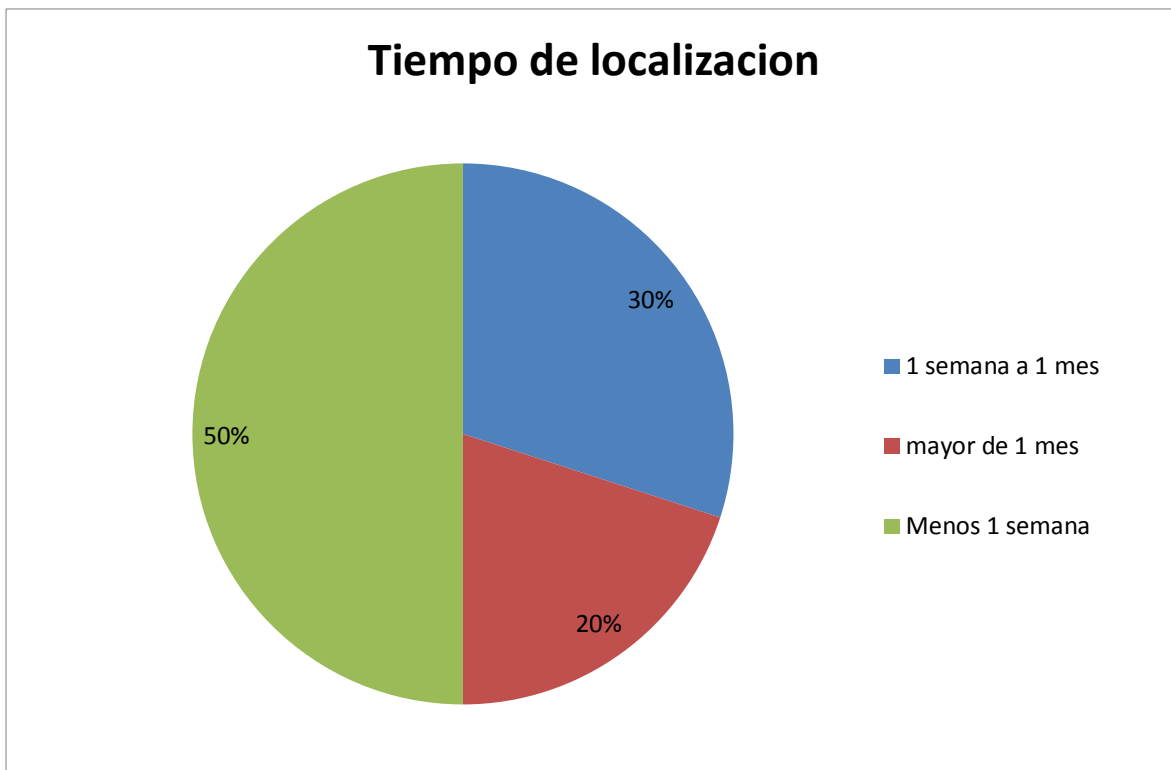
Fuente: Tabla 20

Grafico 21: Tiempo transcurrido en la localización

Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnóstico

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



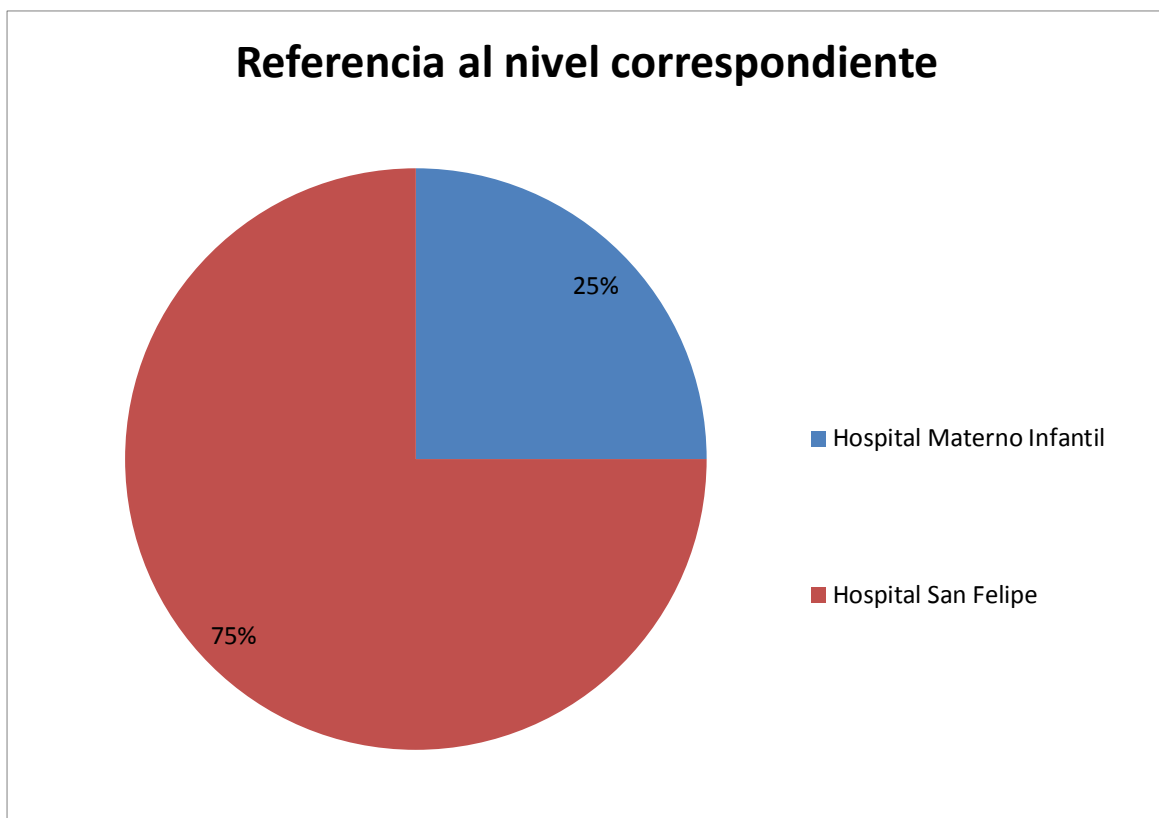
Fuente: Tabla 21

Grafico 22: Referencia a nivel correspondiente

Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnóstico

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



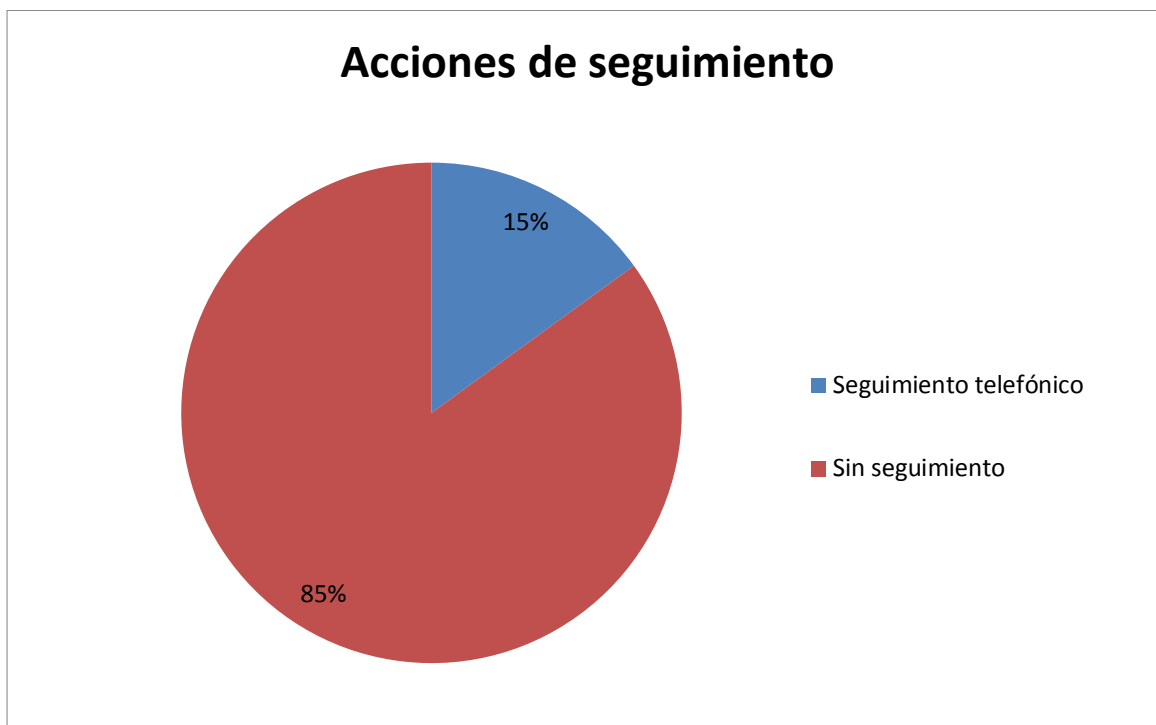
Fuente: Tabla 22

Grafico 23: Acciones de seguimiento

Acciones desarrolladas por el personal de salud con las mujeres después del diagnostico

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



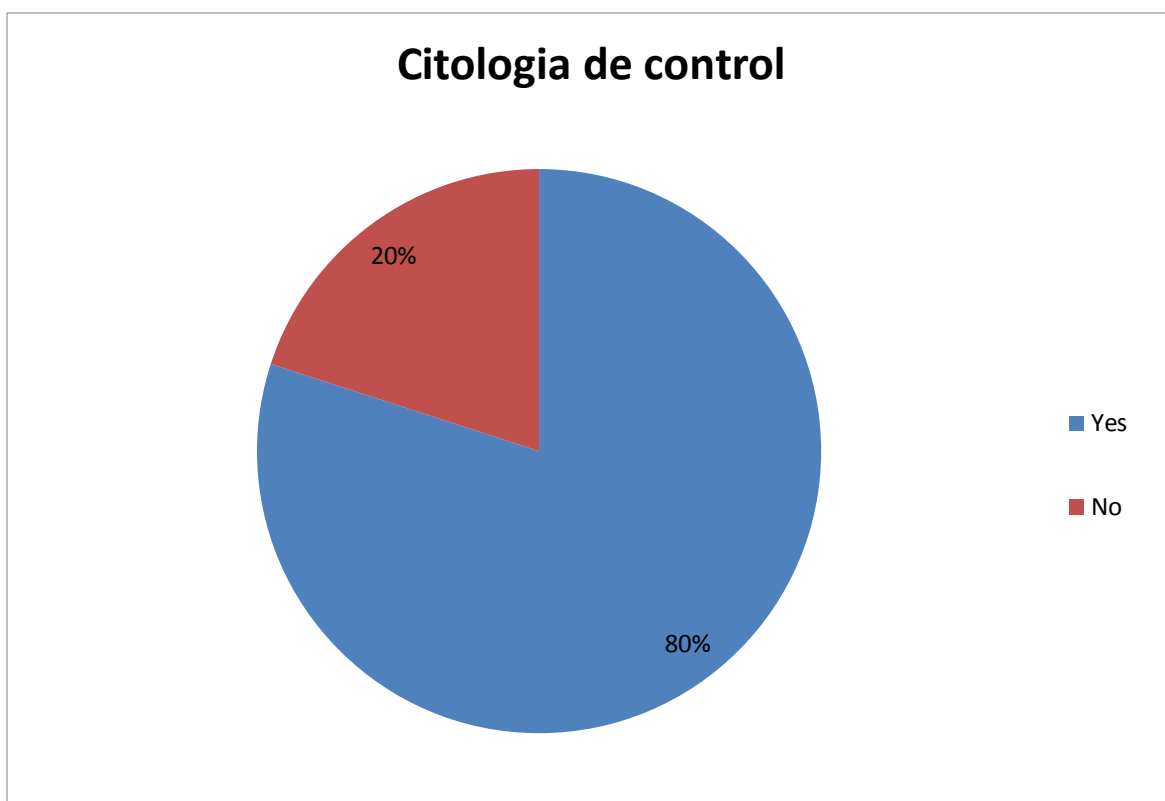
Fuente: Tabla 23

Grafico 24: Citología de control

Estado actual de las pacientes de acuerdo a citología vaginal de control, post tratamiento médico especializado

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



Fuente: Tabla 24

Grafico 25: Estado actual de acuerdo a ccitología de control

Estado actual de las pacientes de acuerdo a citología vaginal de control, post tratamiento médico especializado

Determinantes sociales en las mujeres con neoplasias cervicales, unidad de salud Dr. Odilón Renderos, Comayagüela, D.C. Honduras

Enero 2012 – Marzo 2013



Fuente: Tabla