

PESQUISA DE LESIONES DE CUELLO UTERINO POR CITOLOGÍA EN POBLACIÓN FEMEMNA DEL ÁREA RURAL DE LOS DISTRITOS SANITARIOS LAGUNILLAS Y EL VIGÍA DEL ESTADO MÉRIDA.

Evely J. Rivas de Manzanilla, Pedro José Salinas
Universidad de los Andes, Facultad de Medicina. Post-grado de Medicina de Familia. Mérida. Venezuela.

Resumen

Con el propósito de determinar la incidencia de lesiones de cuello uterino en población femenina del área rural (Lagunillas y El Vigía, Estado Mérida, Venezuela), se realizó toma de muestras citológicas en 256 pacientes, con aplicación de una encuesta socio-sanitaria. El promedio de edad de las pacientes fue de 30 años, de las cuales 47.2% correspondió a casadas, 73 % presentó grado de educación bajo; 77.6% ingreso mensual menor de cinco mil bolívars, predominando como ocupación oficios del hogar. La actividad sexual tiende a ser precoz, con promedio de 17.4 años; el 75.4% informó sobre un sólo compañero sexual, 74.8% de uso de algún método anticonceptivo y 45.3% de multiparidad. La actividad se realizó básicamente en consultas de planificación familiar en las que la sintomatología más frecuente fue el flujo vaginal. Los reportes citológicos revelaron diversa patología cérvico-uterina con predominio de los patógenos *Candida*, *Gardnerella* y *Trichomona*, además, cuatro casos de neoplasia intra-cervical, en edades comprendidas entre 23 y 53 años. Este hallazgo demuestra la necesidad de instituir la pesquisa como rutina dentro de las acciones preventivas que se cumplen en las instituciones de salud del área rural

Palabras Claves: Citología cervical, Lesiones de cuello uterino, Displasia, Neoplasia intracervical.

Abstract

Cytological search for cervical uterine lesions in a female population from the rural area of the Sanitary Districts of Lagunillas and El Vigía, Mérida, Venezuela.

In order to determine the incidence of cervical uterine lesions among women of childbearing age in rural areas (Lagunillas and El Vigía, Mérida State, Venezuela), a health and social survey was taken of 256 patients, who also provided cytological smears. The average age of the patients in the survey was 30 years, 47.2% were married and 73% had little education; 77.6% had incomes of less than Bs. 5,000 (US\$ 100) per month and most of them were housewives. Sexual activity began early, 17.4 years of age being the average. The 75.4% had only one sexual partner; 74.8% used some birth-control method and 45.3% were multiparous. These figures were mostly obtained in family planning appointments where it was found that the commonest gynecological symptom was vaginal leucorrhoea. The cytological reports revealed several cervical uterine diseases, with *Candida*, *Gardnerella* and *Trichomona* predominating. There were four cases of intracervical neoplasia in patients between 23 and to 53 years of age. The finding underlines the need for check-ups to be a routine part of preventive medicine in a rural setting.

Key Words: Cervical cytology, Cervical uterine lesions, Dysplasia, Intracervical neoplasma.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte más frecuente en la población femenina de América Latina y el Caribe, encontrándose que cada año una de cada mil mujeres entre 30 y 55 años aproximadamente desarrollan esta afección (Larraguibel 1.986).

En Venezuela el cáncer representa un problema de salud pública por cuanto su magnitud ocupa desde 1.984 el segundo lugar de mortalidad general y en relación a su localización en cuello uterino ocupa el primer lugar de mortalidad en la mujer mayor de 25 años. La tasa de mortalidad por cáncer para el quinquenio 1.982-1.986 (Anuarios de estadística vital del MSAS para 1982, 1983, 1984,

1985, 1986), ha oscilado entre 48.05 y 47.83 defunciones por 100.000 habitantes; en relación con la mortalidad específica por cáncer de cuello uterino se ha mantenido en una tasa de 10.04 por 100.000 hab.

En el estado Mérida durante el mismo lapso de tiempo, se observó un incremento de la tasa de mortalidad por cáncer de 24.35 hasta 63.43 por 100.000 hab. y la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha presentado variaciones significativas: para 1.983 la tasa fue de 17.7; para 1.984 de 15.3; para 1.985 de 25.7; para 1.986 de 14.7 y para 1.987 de 21.08 por 100.000 habitantes.

En general el cáncer cervico-uterino ataca con mayor frecuencia al grupo femenino comprendido entre 25 y 64 años de edad, en la población más

Según Ultra et al. (1.987), existe un espectro heterogéneo de lesiones epiteliales como antecesoras del carcinoma cervical invasor. La identificación de factores relevantes de riesgo y la detección y manejo de las lesiones pre-neoplásicas iniciales del cérvix son pilares importantísimos en la prevención del carcinoma invasor.

A través de la epidemiología se tiene un mayor conocimiento de las características de comportamiento del cáncer, lográndose determinar grupos humanos con características particulares que determinan un mayor riesgo de presentar esta afección, orientar la investigación de factores causales y desarrollar programas de prevención y control de esta patología.

Según la O.P.S. (1985), el cáncer de cuello uterino es una enfermedad progresiva que comienza con cambios neoplásicos intra epiteliales (NIC) que pueden transformarse en proceso invasor en un período promedio de 10 a 20 años.

NORMAL	DISPLASIA LEVE	DISPLASIA MODERADA	DISPLASIA GRAVE y CIS	CARCINOMA INVASIVO
NORMAL	NEOPLASIA INTRAEPITELIAL LEVE MODERADA AVANZADA			CARCINOMA INVANSIVO
	NIC I	NIC II	NIC III	

Figura 1. Historia Natural de la Neoplasia Intraepitelial Cervicouterina.

CLASIFICACIÓN DESCRIPTIVA	CLASIFICACIÓN DE NIC
I Normal	Ninguna
II Células atípicas presentes pero no displásicas	Ninguna
III Células compatibles con displasia leve y moderada	NIC I – II
IV Células anormales compatibles con displasia grave ó ca in situ	NIC III
V Células anormales compatibles con cáncer invasivo	Ninguna

No todas las NIC devienen en invasión, ya que se estima que alrededor del 30 al 35% de estas tienen regresión espontánea demostrado por Márquez (citado por Angulo 1989), quien cita que las displasias pueden evolucionar en tres formas: Regresar a lo normal, persistir sin cambios y/o transformarse en carcinoma in situ.

En relación con la toma de citologías, según el National Cancer Institute 1988, la Sociedad Americana de Cáncer para 1957 recomendó el estudio anual con el frotis Papanicolaou (Pap.); para 1972, estableció que todas las mujeres de 20 años de edad o mayores y aquellas menores de 20 con riesgo del padecimiento deberían acudir para frotis Pap. cada año, y ya para 1980 recomendaba que después de dos resultados consecutivos negativos anuales este frotis debía efectuarse cada 3 años hasta los 65 años; para 1988 declaró que la primera prueba de Papanicolaou debe efectuarse cada 18 años de edad o antes si la persona es sexualmente activa y después de tres frotis consecutivos normales podría realizarse con menos frecuencia a consideración del médico, según lo señala Fink, citado por Steven (1991). Esta recomendación de intervalos de estudio más prolongado para mujeres con riesgo reducido se basa en el concepto de que el cáncer de cuello uterino requiere de años para progresar de displasia precancerosa a carcinoma in situ, a cáncer invasivo.

Richart citado por Steven 1991, calcula que 5% de pacientes con NIC grado III presentará cáncer invasivo de cuello en un lapso menor de 3 años.

El objetivo principal de los programas de control del cáncer de cuello uterino es prevenir el carcinoma invasor a través de la detección, diagnóstico y trata-miento temprano de la enfermedad en sus etapas preinvasoras cuando es posible lograr una tasa de curación cercana al 100%.

Carrada (1987) considera que el propósito de la detección temprana del cáncer es descubrirlos tumores cuando todavía son pequeños, localizados y relativamente fáciles de curar.

González y Becker (1972) estiman el diagnóstico precoz de las displasias como las metas valederas de una lucha anticancerosa real; por esta razón la citología cérvico vaginal debería tener mayor difusión siendo necesario además según Martínez 1978, vigilar la calidad de los servicios de citología e histopatología a fin de minimizar los resultados falsos positivos y negativos. Para Capote (1989), la prevención del cáncer está basada en el estudio y conocimiento de afecciones previas y los factores genéticos y ambientales de tipo físico, químico y biológico, así como la influencia de la edad, sexo y características socioculturales que favorecen o coactúan en la aparición y origen del cáncer; el mismo autor expresa que esta prevención estaría orientada al control de los factores conocidos como cancerígenos, mediante su eliminación o su uso racional y en el diagnóstico precoz de las lesiones neoplásicas por medio de la pesquisa, cuyo elemento de elección, según Larraguibel (1988), es la citología vaginal ya que tiene alta sensibilidad, es inocuo, de fácil aplicación y bajo costo. Para el año 1974, Rincón et al. recomendaban este método por ser sencillo y asequible al establecer un campaña efectiva de diagnóstico precoz en el estado Mérida, haciendo mayor énfasis en las áreas rurales, donde la población es de alto riesgo por sus características socioculturales, económicas y por la poca accesibilidad a los programas preventivos de salud del Estado.

La OPS (1985) señala que los servicios de detección mediante la citología deben ser accesibles tanto en distancia como en horario de atención a toda la población en riesgo de contraer cáncer de cuerpo uterino, y que en los sitios donde no hay ginecólogos o suficientes médicos las muestras de citología cervical pueden ser tomadas por enfermeras o auxiliares adiestradas con tal fin, estableciendo por consiguiente programas de adiestramiento para este personal y la metodología debe seguirse en forma estricta y controlada.

Capote (1989) expresa que la pesquisa de cáncer requiere de un soporte educativo muy importante, en el que la población debe ser informada y motivada para acudir a este tipo de consulta, ya que el cáncer continuará por muchos años constituyendo un reto para la política de salud

y la organización de la atención médica en el país.

La justificación del estudio radica en que la población rural dispersa no encuentra acceso fácil a los servicios médicos quedando frecuentemente fuera de las posibilidades de atención que ofrecen los servicios de salud y de los programas de medicina preventiva; por lo cual se aspira determinar la prevalencia de lesiones cérvicouterinas en la población femenina fértil del área rural de los distritos sanitarios El Vigía y Lagunillas, como grupos de riesgo en relación con lesiones cérvico uterinas y determinar los factores locales relacionados con dichas afecciones relacionado la patología cérvico uterina con las variables: Edad, procedencia, ocupación, estado civil, grado de instrucción, situación socio-económica y antecedentes gineco-obstétricos. Se recomienda desarrollar habilidades y destrezas en el personal profesional, técnico y auxiliar que lo capacite para el pesquiasje de lesiones cérvico-uterinas.

Los resultados de la investigación servirán de base para la toma de decisiones en relación con las medidas necesarias en el diseño de programas de salud en las áreas mencionadas.

METODOLOGÍA

La investigación se caracteriza por ser de tipo descriptivo, prospectivo y aplicada, realizada con 256 pacientes femeninas con vida sexual activa

pertenecientes al área de influencia de diez Ambulatorios Rurales 1 de los Distritos Sanitarios Lagunillas con 39% y El Vigía, con 61%, entre Julio a Diciembre de 1.990. La edad promedio para el estudio fue de 30 años, constituido en el 63% por el grupo etáreo entre 20 y 34 anos; el 80.4% de las pacientes son venezolanas y el 19,6% restante extranjeras con predominio en el distrito El Vigía (Tabla 1); casadas 47.2%, seguidas de concubinato 36.1% y unión inestable 17.1% (Tabla 2). Es de hacer notar que 57% de esta población solo tiene educación primaria, 25% alcanzó la secundaria y escasamente 2.6% ha continuado estudios técnicos o superiores, pero existe además un 15.4% con ningún grado de instrucción (Figura 2). El 85.1% se ocupa de oficios del hogar, el 49% restante realiza otras actividades como obrera, comerciante, estudiante, etc. (Tabla 3), esto trae como consecuencia que en el 69% de los casos el ingreso percibido mensual está en el rango entre 1.000 y 4.999 Bs. y sólo 2% perciben más de 10.000 Bs. (Tabla. 4).

A todas las pacientes se les practicó toma de muestra citológica con aplicación de una encuesta socio-sanitaria con énfasis en aspectos ginecológicos, durante la asistencia a consultas diversas del Hospital Lagunillas y El Vigía

Tabla 1. Población trabajada según nacionalidad. Casos y Porcentaje. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Nacionalidad	Distrito				Total	
	Lagunillas	%	El Vigía	%	Abs.	%
Venezolana	88	89	118	75.2	206	80.4
Colombiana	11	11	38	24.2	49	19.1
Otra	0	0	1	0.6	1	0.5
Total	99	100	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada.

Tabla 2. Población trabajada según Estado Civil. Casos y Porcentaje. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Estado Civil	Distrito				Total	
	Lagunillas	%	El Vigía	%	Abs.	%
Casada	60	60.6	61	39.0	121	47.2
Unida	24	24.2	68	43.3	92	36.1
Soltera	10	10.2	26	16.5	36	14.1

Divorciada	3	3.0	1	0.6	4	1.5
Viuda	2	2.0	1	0.6	4	1.5
Total	99	100.0	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada.

Tabla 3. Población según ocupación u oficio. Casos y Porcentaje. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Ocupación u oficio	Distrito Lagunillas		Distrito El Vigía		Total	
		%		%	Abs.	%
Domésticos	75	75.8	143	91.1	218	85.1
Empleada Púb.	14	14.2	4	2.5	18	7.0
Estudiante	4	4.0	6	4.0	10	4.0
Obrera	3	3.0	2	1.2	5	2.0
Agricultora	3	3.0	0	0.0	3	1.1
Comerciante	0	0.0	2	1.2	2	0.8
Total	99	100.0	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada

Tabla 4. Población según ingreso mensual, casos y porcentaje. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Ingreso mensual en bolívares	Distrito Lagunillas		Distrito El Vigía		Total	
		%		%	Abs.	%
0 - 999	8	8.0	14	9.0	22	8.6
1.000 - 4.9995	52	52.6	124	79.0	176	69.0
5.000 - 9.999	34	34.4	18	11.4	52	20.2
10.000 y más	5	5.0	1	0.6	6	2.2
Total	99	100.0	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada

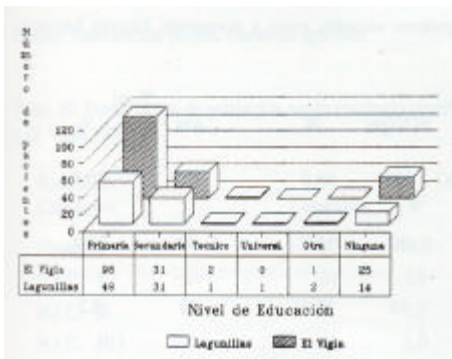


Fig.2 Distribución de población según nivel de educación. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

respectivamente, de acuerdo con el ambulatorio al cual pertenecían siendo seleccionados los mismos según accesibilidad y por distrito sanitario como se especifica: Distrito Sanitario Lagunillas: Capurí, Chacantá, El Molino, Los Araques, La Sabana, Las González, El Chorro, La Trampa, El Guaimaral y Estanques; del Distrito Sanitario El Vigía: km. 9, km. 15, El Pinar, Caño Amarillo, Qda. Blanca, Mesa Julia, Mujapá, Mata de Coco, Caño Seco y Guachicapazón.

Las muestras citológicas se procesaron en la Unidad de Citología de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de los Andes siendo

remitidos los resultados a los ambulatorios correspondientes a través de la jefatura distrital respectiva. Los resultados previamente se registraron en cada encuesta la cual se procesó a través del paquete estadístico D-BASE WPLUS.

RESULTADOS

Al analizar los antecedentes gineco-obstétricos de los se encontró en ambos distritos sanitarios similar comportamiento en cuanto al predominio de la edad al inicio de la relación sexual, 97 a 99% antes de los 24 años de edad y de éstas el 66 a 79% en el grupo etáreo entre 15 y 19 años (Tabla 5).

El 75.4% de los casos informó sobre un sólo compañero sexual, sin embargo existe 24.6% que manifestó tener 2 ó más compañeros (Tabla 6), siendo la relación sexual frecuente en el 61% delos casos, 38.6% ocasional y 0.4% sin actividad para el momento del estudio; 74.8% manifestó utilizar algún método anticonceptivo (Tabla 7). La paridad encontrada fue de hasta tres hijos en el 50% de los casos, cuatro y más en 45.3% (Tabla 8); en sólo 17% se conoció antecedentes familiares de cáncer de los cuales 7% eran de localización cérvico uterino.

Del total, 82.8% manifestó citología anterior (Tabla 9) y de éstas, 77% conocían los resultados, todos negativos para neoplasia aunque con predominio de procesos inflamatorios.

Del estudio citológico actual llama la atención el 1.6% de resultados positivos para neoplasia (Tabla 10), encontrando como características de estas pacientes lo siguiente: 50% proveniente de cada distrito sanitario, comprendidas entre 23 y 53 años, casadas en 50%, concubina 25% y soltera 25%, antecedente familiar de cáncer en un caso, la edad promedio del inicio de la relación sexual a los 16 años, 2 ó más compañeros sexuales en 50% de los casos, con paridad entre 3 y 5 hijos, 50% usaba algún método anticonceptivo, como referencia de sintomatología ginecológica se señala flujo, hemorragia y dolor pelviano, las citologías anteriores reportadas negativas con procesos inflamatorios crónicos.

Del 98.4% resultados negativos, 73% cursaba con procesos inflamatorios en diversos grados asociados generalmente a *Tricomonas*, *Gardnerellas*, *Candidas*, VPH y *Chlamydia* (Figura 3).

Tabla 5. Población según edad aa la primera relación sexual(PR), casos (C) y porcentaje. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Edad Años)	Lagunillas			El Vigía		
	PR	C	%	PR	C	%
10- 14	400	5	1.0	451	18	4.0
15- 19	331	63	19.0	373	123	33.0
20- 24	331	28	8.0	373	15	4.0
25- 29	331	2	0.6	373	1	0.2
30 y más	1649	1	0.0	1868	O	0.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada.

Tabla 6. Distribución de población según número de compañeros sexuales, casos y porcentaje, Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Nro. Compañeros sexuales	Lagunillas	Distrito %	Total			
			El Vigía	%	Abs.	%
Uno	85	86.0	108	69.0	193	75.4
Dos	12	12.0	30	19.0	42	16.4
Tres y más	02	2.0	19	12.0	21	8.2
Total	99	100.0	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada.

Tabla 7. Distribución de población según USO de métodos anticonceptivos, casos y porcentaje, Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Método Anticonceptivo	Lagunillas	Distrito %	El Vigía	%	Total Abs.	%
D.I.U.	36	36.4	44	28.0	80	31.2
Gestágeno oral	22	22.2	53	34.0	75	29.2
Otro	18	18.2	19	12.0	37	14.4
Ninguno	23	23.2	41	26.0	64	25.0
Total	99	100.0	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada

Tabla 8. Población según paridad, casos y porcentaje, Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Paridad	Lagunillas	Distrito %	El Vigía	%	Total Abs.	%
Ninguno	4	4.0	8	5.0	12	4.7
1-3	53	53.5	75	48.0	128	50.0
4-6	22	22.3	47	30.0	69	27.0
7 y más	20	20.2	27	17.0	47	18.3

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada

Tabla 9. Distribución de población según información de antecedentes citológicos, casos y porcentaje, Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Antecedentes Citológicos	Lagunillas	Distrito %	El Vigía	%	Total Abs.	%
Citología ant.	82	83.0	130	83.0	212	82.8
Result. negativo	82	83.0	130	83.0	212	82.8
Inflamatorio	63	77.0	135	96.0	198	93.1

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada.

Tabla 10. Distribución de población según resultado citológico actual, casos y porcentaje, Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

Resultado Citológico	Lagunillas	Distrito %	El Vigía	%	Total Abs.	%
Negativo	97	98.0	155	99.0	252	98.4
N.I.C. I	01	1.0	0	0.0	01	0.4
N.I.C. II	0	0.0	0	0.0	0	0.0
N.I.C. III1	01	1.0	02	1.0	03	12
Total	99	100.0	157	100.0	256	100.0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta aplicada.

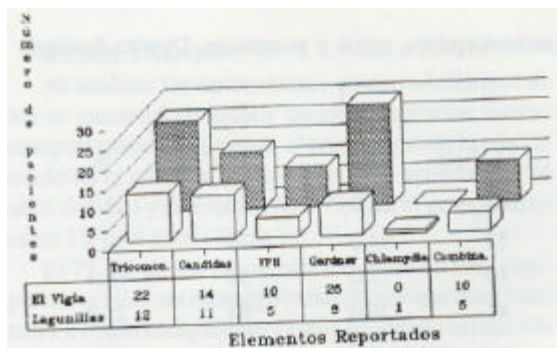


Figura 3. Población según elementos citológicos reportados. Distrito Sanitario Lagunillas y El Vigía 1990.

DISCUSIÓN

El cáncer cérvico-uterino es el más común del tracto genital y también el que tiene mejor tratamiento, logrando detectarse aproximadamente en el 90% de los casos por medio de un frotis cervical o papanicolaou, es por ello que el presente estudio basado en pesquisa de lesiones cérvico-uterinas por medio de la citología cervical para frotis Papanicolaou, se realiza en pacientes del área rural dispersa, ya que esta es una población con difícil acceso a los servicios médicos ya los programas preventivos de salud y en la que se determina, que los factores de riesgo reportados en la literatura para dicha patología están presentes, al analizarlos datos obtenidos a través de la encuesta socio-sanitaria.

En relación con las pacientes encuestadas por distrito sanitario, el predominio de estas para el distrito El Vigía se puede atribuir a la existencia en esta zona de mayor número de habitantes, mayor cantidad de establecimientos de salud y mejor accesibilidad a los mismos.

De las pacientes estudiadas, el 63% están comprendidas entre 20 y 34 años, edades en las que las pacientes del sexo femenino consultan con más frecuencia, dado que son captadas por los programas Planificación Familiar, Pre-natal, Post-natal y Ginecología

Según Stevens, 1991, la Sociedad Americana de Cáncer en 1988, declaró en relación con la edad para el primer frotis, que la primera prueba de Papanicolaou debe efectuarse a los 18 años de edad o antes si la persona es sexualmente activa.

En relación con la nacionalidad de las pacientes estudiadas, llama la atención el 19% de nacionalidad colombiana, a predominio del distrito El Vigía, lo cual es probable que esté dado por la cercanía con este país, o en algunos casos porque acompañan a sus compañeros que se desempeñan

como braceros en las fincas.

El nivel de educación encontrado en el que predomina un bajo grado del mismo, (58% primaria y 15% ninguno) es similar para los dos distritos sanitarios, dado que ambos se caracterizan por tener predominio de población rural dispersa que dificulta o limita realizar actividades, entre las cuales cabe mencionar la continuidad de los estudios; esta situación trae entre sus consecuencias el predominio (85%) de ocupación en oficios domésticos.

El patrón de distribución de los ingresos de esta población está íntimamente relacionado con este predominio de oficio de las pacientes y el grado de educación encontrado, que hace que se ubiquen en un estrato socioeconómico bajo y en algunos casos en condición de pobreza, con las consecuentes limitantes para alcanzar mejores niveles de vida.

Según la O.P.S. (1985), el nivel socio-económico y cultural bajo, en el que se halla gran parte de la Población de los países en desarrollo está estrechamente relacionado con el cáncer de cuello uterino; aunado al bajo nivel educacional (Chou, 1989), son considerados factores de riesgo para dicha patología.

En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 66 a 79% de las pacientes tuvo su primer contacto sexual antes de los 20 años; cifras similares al actual son reportadas por Angulo (1989) y por Guzmán citado por la misma, en relación a la edad de la madre para su primer parto en estos distritos sanitarios, es decir que a medida que tienen inicio -precoz de las relaciones sexuales igualmente logran embarazos precoces con tendencia a la multiparidad y a mayor riesgo en cuanto al número de exposiciones y compañeros sexuales, todos estos, factores, de riesgo para cáncer cérvico-uterino.

En relación con el número de parejas sexuales, de acuerdo con lo manifestado por las pacientes, se observa predominio de un solo compañero sexual, aunque es importante el hallazgo del 8.2% de pacientes con más de tres compañeros, lo cual según Restrepo (1987), este comportamiento es una característica de los países de América Latina y el Caribe considerados como un factor de riesgo para cáncer cérvico-uterino, debido a que el cuello uterino es más vulnerable a enfermedades por contacto sexual en mujeres jóvenes (Angulo 1989).

El contacto sexual con gran cantidad de hombres aumenta la probabilidad de contraer el factor cancerígeno entre los cuales se citan: el esmegma, el DNA del semen (Alan, 1979 citado

por Angulo) y la presencia de la protamina, proteína presente en el espermatozoide que interviene en las etapas iniciales de la transformación de las células cervicales y su acción en alguna forma parece relacionarse con la presencia del virus en las mismas etapas (Reid 1985).

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, en el distrito sanitario Lagunillas predomina el dispositivo intrauterino a diferencia del distrito sanitario El Vigía, donde predomina el uso de anticonceptivos orales; del 25% de pacientes que no utilizan ningún método, 15% lo comprenden mujeres por encima de 45 años y las embarazadas, es decir, que es una población con conocimiento en estos programas preventivos. (Harris 1980, Praxis Médica 1981, Ferenczy 1982, Devesa 1984, Clarke 1985, Ayala 1987) citados por Angulo 1989) indican que no existe evidencia de que el uso de anticonceptivos orales incremente el riesgo de cáncer cervical.

En relación con la paridad, encontramos que el 50% de las pacientes, refieren como paridad máxima tres hijos, situación presentada posiblemente por la atención en planificación familiar que recibe esta población, aunque sin embargo hay un 45% de multíparas. Según García (1974), la multiparidad es considerado como otro factor de riesgo dado que la mayoría de las pacientes con cáncer cérvico-uterino son grandes multíparas con un promedio de 8,3 hijos.

Las muestras citológicas para frotis Papanicolaou procesadas en la unidad de citología de anatomía patológica, reportaron en el 98,4% de los casos, negatividad para procesos neoplásicos con el 1,6% restante de positividad para estos.

La positividad de un frotis cervical, no confirma definitivamente el cáncer, pero selecciona a las pacientes que requieren una investigación más profunda y su negatividad tampoco lo excluye. Todos los frotis informados como sospechosos requieren el envío de la paciente para que se le practique una biopsia cervical (Fry 1976)

Recientemente una fuerte asociación entre ciertos tipos de virus papiloma humano (VPH 6, 11,16,18,31 y 33) y el desarrollo de lesiones premalignas y malignas de cérvix han sido descritas (Beaudenon et al. 1986, Crum et al. 1986, Gissmann et al. 1984,1986, Lorinez et al 1986, Syrjanen et al. 1985, citados por Melchers 1988).

En la actualidad se han encontrado implicados el virus de Herpes simple, tipo 2 y el del Papiloma humano productor de la condilomatosis, los cuales se consideran como elementos infecciosos que

mediante un mecanismo de transmisión venérea jugarían un rol importante en la transformación inicial hacia el desarrollo neoplásico, posiblemente a través de la acción sinérgica de ambos virus a nivel de la zona de conjunción escamo-columnar del cuello uterino (Larraguibel 1986, Reid 1986 citado por Angulo 1989).

Entre otros microorganismos de transmisión sexual implicados con menor frecuencia en la patogénesis del cáncer cervical se mencionan: *Tricomona*, *Chlamydia*, *Candida*, *Gardnerella* y *Gonococcus*.

En relación a *Candida* y *Tricomona*, Pic 1980, señala a estos agentes como los causantes de la leucorrea, capaces de causar a nivel genital una serie de manifestaciones totalmente molestas para quien las padece. La patogenicidad de la *Candida* se pone de manifiesto cuando se producen cambios en la acidez vaginal (Wood citado por Pic 1980).

En cuanto a *Gardnerella vaginalis*, esta bacteria es considerada la mayor causante de vaginitis bacteriana; Ito (1990), reporta en estudio en pacientes con cáncer cérvico-uterino, flora bacteriana mixta, haciendo notar que *Gardnerella vaginalis* fue el agente mayormente detectado ya que encontró alta incidencia en cáncer cérvico-uterino y displasia, por lo que sugiere la posibilidad de una interrelación entre *Gardnerella v.* y cáncer cérvico-uterino.

En relación a *Chlamydia trachomatis*, Faro 1991, la describe como una bacteria que causa infecciones sintomáticas y asintomáticas severas del tracto genital superior tal como salpingitis, la cual puede ser responsable de un significativo número de embarazos ectópicos e infertilidad (Mercer 1990), causante además de cervicitis, uretritis y enfermedad inflamatoria pélvica.

El hecho de encontrar entidades nosológicas en las pacientes estudiadas pertenecientes a ambulatorios rurales I indican que estas patologías existen como tal dentro del área rural y nos demuestra la importancia que tiene la toma de citología en estas zonas rurales dispersas por el personal de Medicina Simplificada que a su vez nos trae a la reflexión la necesidad de extender dicha actividad al resto de ambulatorios rurales del estado y a incrementarla dentro del proceso de educación y promoción de la salud.

CONCLUSIONES

El análisis de la información demuestra que la población rural de los distritos sanitarios Lagunillas

y El Vigía, presenta diversa patología cérvico-uterina, producida por elementos patógenos de tipo bacteriano, micótico, parasitario y viral, los cuales tienen como característica la fácil transmisión de una persona a otra (compañero sexual), donde la relación sexual tiene gran importancia epidemiológica para la propagación y prevalencia de dichas patologías, las cuales a su vez están condicionadas por los factores socioculturales y económicos que imperan en las áreas rurales de los distritos estudiados; siendo analizadas las variables de las encuestas socio-sanitarias se concluye lo siguiente:

El distrito sanitario El Vigía tiene el mayor porcentaje de casos con reporte de patología cérvico-uterina. El promedio de edad de las pacientes es de 30 años, con un 19.6% de nacionalidad colombiana. El tipo de unión con mayor porcentaje fue: casada(47.2%). El grado de educación que predomina es bajo (57% primaria, 15.4% ninguno). Las actividades hogareñas representan la mayor ocupación u oficio, con un ingreso mensual menor de 5.000 bolívares en el 77.6% de los casos.

La edad de inicio de la relación sexual tiende a ser precoz, el promedio de esta es de 17.4 años; se informó sobre un solo compañero sexual en 75.4% de los casos, multiparidad (4 hijos y más), en 45.3% de las pacientes; 74.8% de utilización de métodos anticonceptivos. La pesquisa cérvico uterina se realiza básicamente en las consultas de Planificación Familiar. Hay pacientes con citologías anteriores que desconocen sus resultados (por pérdida de la consulta, extravío del resultado, retardo en la entrega de los mismos y falta de motivación e información sobre la importancia de conocerlos, entre otros). La sintomatología más frecuentemente informada es el flujo vaginal, asociado al alto porcentaje de procesos inflamatorios reportados por la citología.

Se encontraron cuatro casos de neoplasia intracervical, en el grupo de edad comprendida entre 23 y 53 años, con antecedentes de procesos inflamatorios asociados a *Candida* y *Tricomona*. Estas pacientes tenían un promedio de 16 años al inicio de las relaciones sexuales, multíparas; factores estos de riesgo para dicha patología.

REFERENCIAS

ANGULO de D., A. 1989. Morbilidad por cáncer de cuello uterino. Algunos aspectos epidemiológicos, Hospital Universitario de los Andes 1983-1987. Tesis de Especialista en Medicina de Familia. Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. 79 p.(Mecanografiado)

CARRADA T. 1987. Cáncer de los órganos genitales y de mama en mujeres de la ciudad de México. Boletín oficina Sanitaria Panamericana. 102:125-130.

CAPOTEL 1989. La política de salud en el control de cáncer. Dirección de Oncología, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas. Venezuela 20 p.

CHOU P. & CHEN V. 1989. Mass screening for cervical cancer in Taiwan from 1974. Cancer 64:962-968.

FAROS. 1991. Chlamydia trachomatis female pelvic infection. American Journal Obstetrics and Gynecology 164:1767-70.

FRY J., BYRNE P., JOHNSON S.1976. Manual Médico de Familia. Edit. Doyna Barcelona, España.

GARCÍA de R. Y. 1974. Cáncer de cuello uterino. Trabajo de ascenso presentado a la Universidad de Los Andes, Facultad de Medicina Mérida, Venezuela. 36 p. (Mecanografiado).

ITO K; TAMAYA T; WATANABE K; Y UENO K. 1990. Intravaginal bacterial flora in patients with uterine cervical cancer with special reference to Gardnerella vaginalis. Nippon - Sanka - Fujinka - Gakkai - Zasshi. 42:1551-1555.

LARRAGUIBEL R. 1986. Programa de Control de Cáncer Cérvico Uterino. Bases teóricas del Programa. Dirección de Oncología. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, Caracas. Venezuela.(Mecanografiado)

LARRAGUIBEL R. 1988 Neoplasias cérvico uterinas. Material de apoyo. Dirección de Oncología Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Caracas. Venezuela 7 p.

LUTHRA U., PRABHAKAR A., SETH P. 1987. Historia natural de las lesiones preneoplásicas y neoplásicas iniciales del cuello uterino. Acta Cytologica. 31:226-234.

MARTÍNEZ I. 1978. Detección de cáncer cérvico uterino en Puerto Rico. Bol. Asoc. Med. San Juan. Pto. Rico 24: 5-9.

MERCER L, MARCHIEWICZ B., COLEMAN P., STARUCK C., HAJJ S.1990. Test Pack Chlamydia for Chlamydial detection in physician's offices. J. Reprod. Chicago. 35: 1141-1144.

MELCHERS W., HERBRINK P., VIM G., QUINT J., WALBOOMERS CH., LIDEMAN J. 1988. Prevalence of genital HPV infections in a regularly screened population in the Netherlands in relation to cervical cytology. Journal of Medical Virology. 25: 11-16.

NATIONAL CANCER INSTITUTE WORKSHOP. 1988. Bethesda System for reporting cervical vaginal cytologic diagnoses. Acta Cytologica 33:567.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 1985. Manual de normas y procedimientos para el control de cáncer de cuello uterino. Washington D.C. N° 6, 47p.

PIC P., SÁNCHEZ M., RODRÍGUEZ J., ROJAS B. QUEVEDO E., SOMOGYI, L, PÉREZ L. y OVALLES Z. 1980. Candidiasis – Tricomoniasis y actividad sexual en la mujer. Rev. De Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 40: 185-187.

REID B. 1985. Causas del cáncer cervical. Temas actuales. Ginecología y Obstetricia. Interamericana. España.

RESTREPO H., GONZALEZ J. ROBERTS E. y LITVAK J. 1987. Epidemiología y control del cáncer uterino en América Latina y El Caribe. Bol. Of. Sanitaria Panamericana 102: 578-593.

RINCÓN D., INGLESSIS, A. y col. 1974. Correlación entre la citología, la colposcopia y la biopsia en el Ca. in situ. Mérida. (Mimeografiado).

STEVEN M., 1991.Controversia sobre el Papanicolaou. Mundo Médico. p. 23-31.

VENEZUELA MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL 1982. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Caracas.

VENEZUELA MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL 1983. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Caracas.

VENEZUELA MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL 1984. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Caracas.

VENEZUELA MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL 1985. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Caracas.

VENEZUELA MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL 1986. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital. Caracas.