

T.I

616.99466

V494

A. H. Ballester

REVISION DEL CARCINOMA CERVICAL

EN EL HU. DE C. EN 1.983

RESIDENTE II : DR. GUILLERMO VERGARA S.

UNIVERSIDAD DE CARTAGNEA

FACULTAD DE MEDICINA

B
3274223
C
00004223
S

1121

UNIVERSIDAD DE MADRID
Biblioteca Universitaria
Fernandez de Madrid

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

1.984

TABLA DE CONTENIDO

1	INTRODUCCION	2
2	CONCEPTOS BASICOS DEL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO	4
2.1	GENERALIDADES Y FRECUENCIA	5
2.2	CAUSAS Y EPIDEMIOLOGIA	5
2.3	PATOGENESIS	6
2.4	ANATOMIA PATOLOGICA	6
2.5	ETAPAS CLINICOS	7
2.6	DATOS CLINICOS	7
2.7	TRATAMIENTO	10
3	OBJETIVOS	8
4	MATERIALES Y METODOS	9
5	RESULTADOS	11
6	DISCUSION	16
7	CONCLUSIONES	17
8	RECOMENDACIONES	19
9	BIBLIOGRAFIA	20

INTRODUCCION

El carcinoma del cuello uterino es el proceso maligno que ocupa el 3er. lugar entre los más frecuentes en el sexo femenino, después del cáncer mamario y el endometrial en los E.U. y otros países, mientras que en Colombia el cáncer de cuello uterino es la neoplasia más frecuente en la mujer y la principal en importancia dentro de los tumores de la pelvis.

El 27% de los cánceres en Colombia son de cuello uterino y de ellos un 95% son de la variedad escamocelular, 4% corresponde a adenocarcinoma y un 1% a otros tumores.

La ciudad que tiene la más alta incidencia de Ca de cervix en Colombia es Cali, en donde alcanza un 32% de las neoplasias de las mujeres.

El Ca de cuello uterino es adsequible a la investigación por que el cuello uterino está en contacto en el exterior.

El presente trabajo tiene como finalidad hacer un estudio de aquellos factores que en alguna manera contribuyen a aumentar la incidencia de esta patología en nuestro medio y tratar de mejorar los medios que permitan un diagnóstico temprano, oportuno para un mejor tratamiento de estas pacientes.

11 temas bibliograficos

Al iniciar esta investigación se intentó hacer el estudio retrospectivo por varios años, iniciando esta con el inmediatamente anterior, sin embargo se encontraron suficientes dificultades para proseguir y en consecuencia se alcanzó a analizar solo los casos registrados en la consulta externa ginecológica y de radioterapia en 1.983.

Se hizo la recolección, ordenamiento y clasificación de los datos obtenidos y su análisis correspondiente obteniendose las conclusiones que se detallan en el curso del trabajo.

Este estudio versa unicamente sobre casos de carcinoma de cervix diag nos ti ca do s.

CONCEPTOS BASICOS DEL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO

1) GENERALIDADES Y FRECUENCIA.

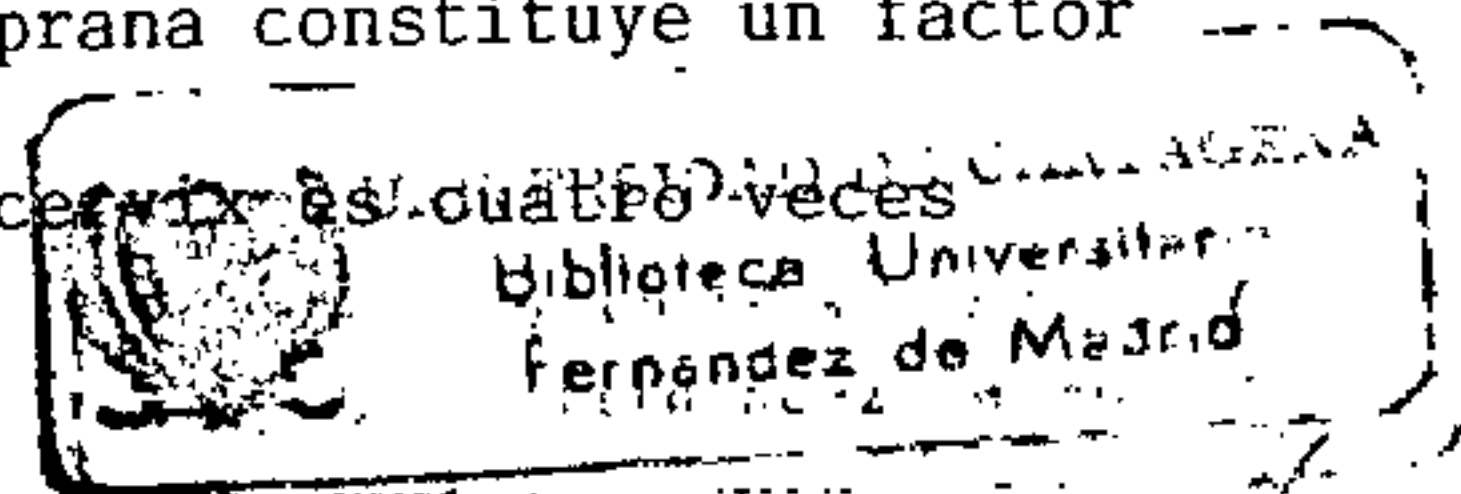
Se ha calculado que alrededor de 2% de las mujeres mayores de 40 años de edad desarrollan cancer cervical. La edad promedio de diagnóstico de las enfermedades con cancer de cervix es de 45 años pero la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo.(1)

Más del 95% de las enfermedades con carcinoma incipiente de la cervix pueden ser curadas con los métodos actuales de tratamiento. Alrededor de 8.000 mujeres en E.U. fallecen de esta enfermedad cada año.(1)

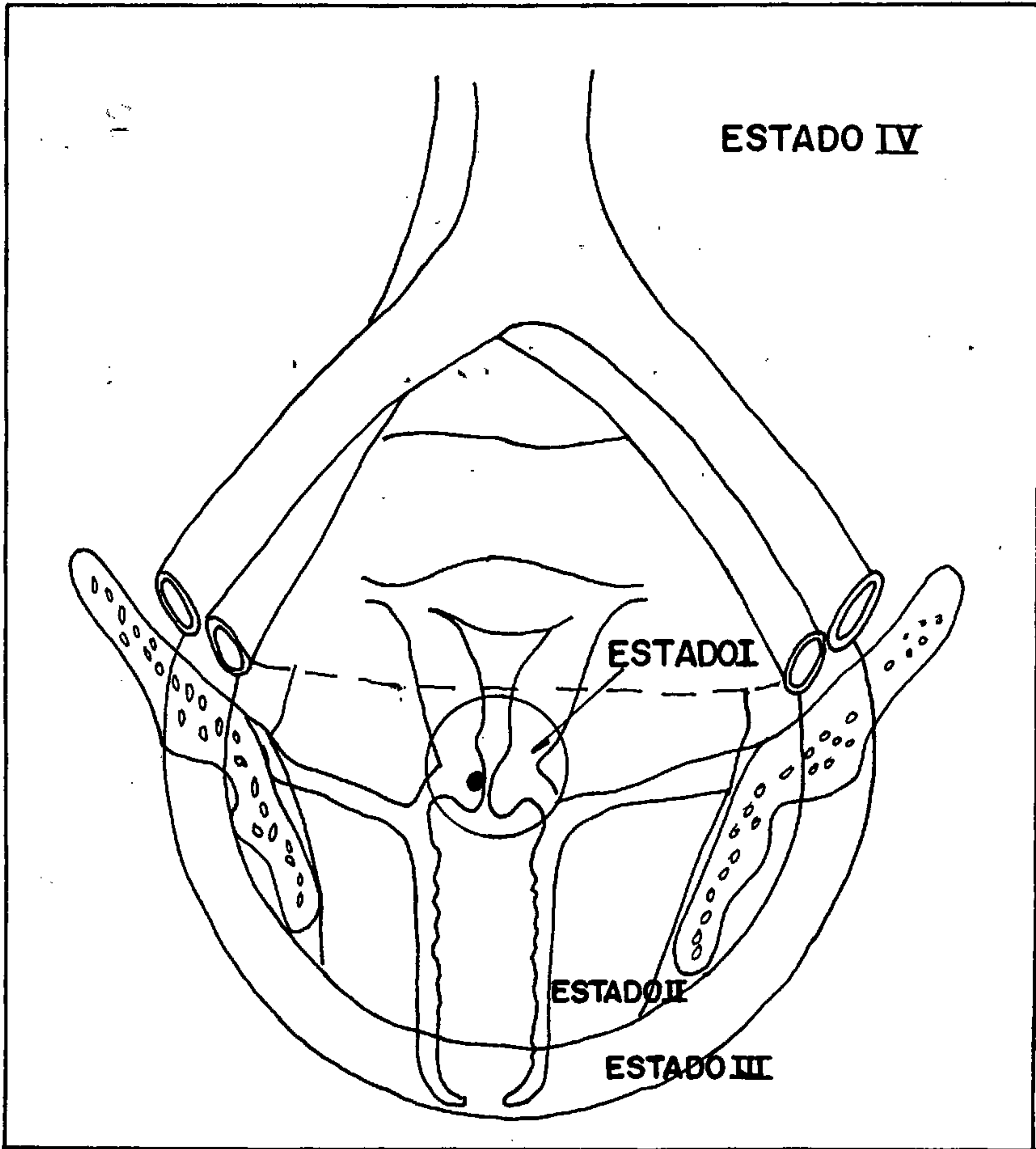
CAUSA Y EPIDEMIOLOGIA.

Las causas del cáncer cervical se desconocen pero se reconocen cierto factores predisponentes y agentes físicos, quimicos y biológicos:

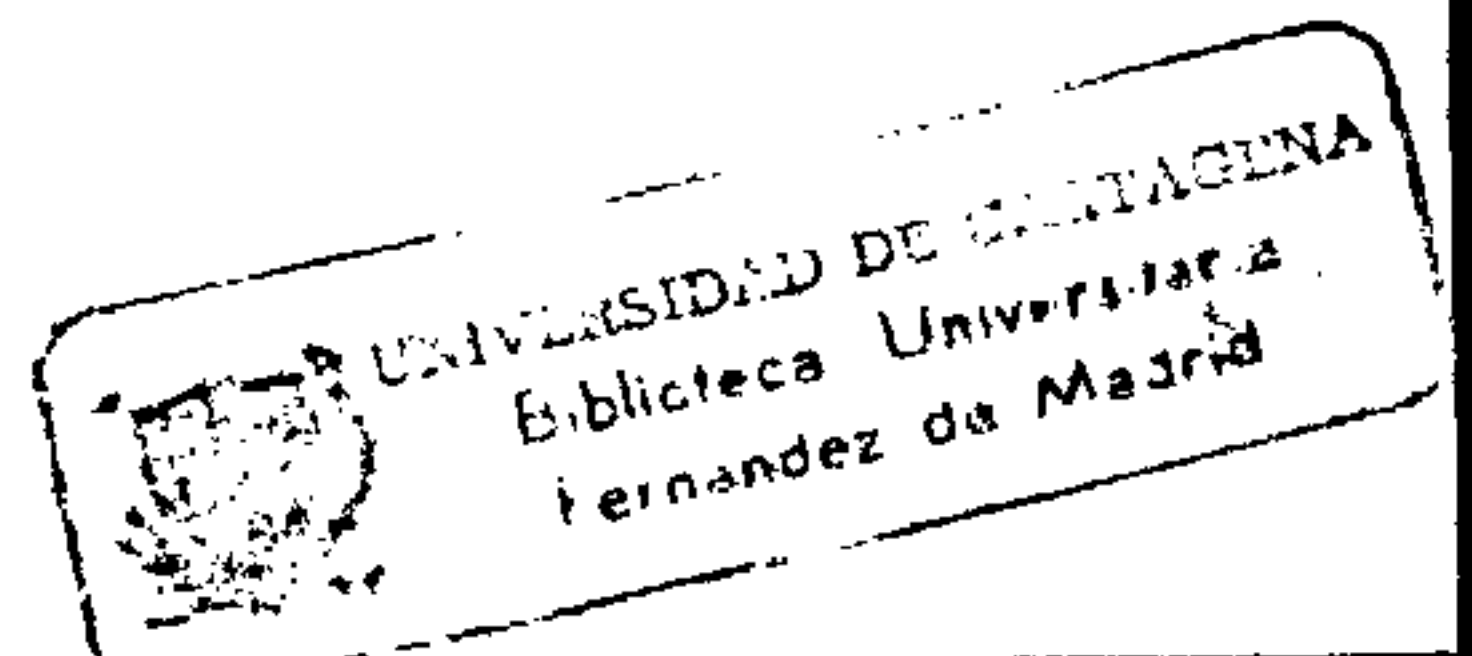
1. LA ACTIVIDAD SEXUAL. Parece estar positivamente relacionada con la enfermedad y el coito a una edad temprana constituye un factor altamente significativo. El cáncer de cervix es cuatro veces



50121



REPRESENTACION GRAFICAS DE LOS
ESTADOS CLINICOS SEGUN LA FIGO



más frecuente entre las prostitutas que entre otras mujeres y es excepcional entre las solteras.

2. LA MULTIPARIDAD. El cáncer del cuello es más frecuente en multiparas, quizá por trauma cervical o erosiones crónicas de la mujer.

3. EL FACTOR RACIAL. La frecuencia es baja entre mujeres hebreas quizá debido a inmunidad heredada o a la circuncisión del conyugue. La frecuencia es mayor en las negras.

4. EL ESMEGMA HUMANO. Experimentalmente se ha producido cáncer de Cervix en roedores por aplicación repetida del esmegma humano.

5. AGENTES QUIMICOS. Aquellas sustancias capaces de desdoblar las nitrosaminas tienen que ver con el desarrollo de cualquier neoplasia.

6. AGENTES BIOLÓGICOS. La causa viral también ha sido sugerida por la demostración de una probable asociación entre el Herpes virus simple tipo II que infecta a la cervix y el carcinoma escamocelular cervical. El virus del papiloma humano o del condiloma acuminado es el único virus que se ha comprobado produce tumores en el humano.

Hay una hipótesis que habla de un factor sinérgico entre el herpes virus tipo II y el virus del papiloma.

Hoy se acepta que en la etiología hay un mínimo de dos estímulos.

PATOGENESIS.

El carcinoma incipiente del cervix constituye un proceso de lento desarrollo, la mayor parte de los cánceres cervicales probablemente comienzan como un cambio displásico con progreso gradual, durante un período de varios años hasta llegar a la forma preinvasiva: el carcinoma in situ.

Cuando, menos 90% de los carcinomas escamocelulares del cervix se desarrollan en la unión escamocolumnar.

En la mayoría de las mujeres la forma preinvasiva permanece estática por otros 7 - 10 años, sin embargo durante este tipo puede extenderse sobre la superficie afectando zonas más grandes de epitelio escamoso y columnar.

Por último se libera de las restricciones e invade el estroma cervical subyacente. Dará aquí el carcinoma se disemina por infiltración directa de los tejidos y por metastasis linfáticas o hematógenas.

ANATOMIA PATOLOGICA

Casi el 95% de los carcinomas cervicales son de celula escamosas y el resto está compuesto por diversos tipos de adenocarcinomas.

- Reagan y Ng clasifica los carcinomas cervicales de celulas escamosas deacuerdo al tipo celular predominante en: Ca de células grandes no queratinizantes, celulas grandes queratinizantes y de células pequeñas no queratinizantes.

Según el grado de diferenciación se clasifican en:

- 1) Bien diferenciado (grado I).
- 2) Moderadamente diferenciado (grado II)
- y 3) Mal diferenciado (grado III).

La malignidad sigue en forma burda al grado. La variedad mal diferenciada la metastasis más temprano pero también responde mejor inicialmente a la radioterapia.

ETAPAS CLINICAS.

Resulta importante evaluar la extensión de la enfermedad no solo como ayuda para el pronóstico sino también con el fin de planear el tratamiento.

Según la FIGO se considera etapas que van de 0 al IV con sub-etapas a o b., también se ha considerado la clasificación TGM.

DATOS CLINICOS

A. SIGNOS Y SINTOMAS.

El sangrado intermenstrual constituye el sintoma más frecuentes del cáncer invasivo y puede tomar la forma de una leucorrea teñida de sangre, manchado escaso o sangrado franco. La leucorrea por lo general es sanguinolenta o purulenta fétida y no ocasiona prurito. Puede haber antecedente de sangrado post cortical.

Otro síntoma puede ser el dolor pélvico a menudo unilateral irradiado a la

cadera o muslo y es una manifestación de enfermedad avanzada.

La microinvasión no provoca síntomas.

El cáncer infiltrativo produce crecimiento irregular y consistencia firme al tacto en cervix y parametrios.

La ulceración puede ser la manifestación primaria de carcinoma invasivo y en las etapas iniciales el cambio a menudo resulta superficial pareciéndose a una etapa cervical o a una cervicitis crónica.

Al final la infiltración extensa de los parametrios con compromiso de los ligamentos utero sacros y cardinales llevan a la pérdida de la movilidad y fijación del cervix.

B. DATOS RADIOGRAFICOS

- a) Linfangiografía pelvica
- b) Rx de torax
- c) Urografía excretora.

C. DATOS DE LABORATORIO

- 1) Estudio de frotis
- 2) Prueba de Schiller.

D ESTUDIO ESPECIALES

- a) Colposcopia
- b) Bipsia
- c) Bipsia con cono frío

TRATAMIENTO

CARCINOMA IN SITU.

Es tratado mediante extirpación completa de todo el epitelio incluyendo un amplio margen del epitelio normal.

El tratamiento aceptado en el caso de multiparas sería histerectomía abdominal total con o sin salpingo- oforectomía bilateral de acuerdo a la edad de la paciente. Seguidas con controles seriados de cada tres meses el primer año y luego cada seis meses por 5 años.

CERCIMIENTO INVASIVO

En todos los estados avanzados (I - IV) incluyendo I a ^{b.} o microinvasivos son considerados inoperables por lo cual el tratamiento de elección en estos estados es la radioterapia.

La cantidad de radiación requerida varía de una enferma a otra. La dosis cancericida para el carcinoma cervical es de aproximadamente 8.000 Rads administrados en un período de 4 - 5 semanas.

OBJETIVOS

- 1) Determinar la incidencia del carcinoma en el Hospital Universitario de Cartagena en el año de 1.983.
- 2) Determinar la frecuencia del carcinoma de cervix por grupos de edad.
- 3) Correlacionar los estados clínicos del Ca con la procedencia de -
área urbana y rurales incluídas en la zona de influencia del Hospi-
tal Universitario de Cartagena.
- 4) Conocer la relación del carcinoma cervical con la vida marital, obté-
trica, multiparidad etc. de las pacientes.
- 5) Conocer la sintomatología más frecuente en nuestro medio del carci-
noma cervical.
- 6) Determinar la variedad anotomopatológica más frecuente en nuestro
medio.
- 7) Informar sobre los diferentes tratamientos utilizados de acuerdo con
el estadio clínico.

MATERIALES Y METODOS

La revisión consta de 237 historias clínicas de pacientes diagnosticadas anatomopatológicamente y correspondientes a las consultas efectuadas en el año de 1.983 en Hospital Universitario de Cartagena..

Se utilizaron en primera instancia los registros diarios de la consulta externa de ginecología y de radioterapia, incluyéndose en esta revisión - casos diagnosticados en años anteriores que siguen en control.

La información se obtuvo de las historias clínicas que reposan en el archivo del Hospital Universitario de Cartagena, utilizándose para el procedimiento de los datos, la tabulación manual.

Las historias consultadas en buena parte estaban constituidas por formatos utilizados en la consulta externa de ginecología, por formatos utilizados en la Liga contra el cáncer y diversas remisiones manuscritas procedentes de diferentes Hospitales y Centro de Salud.

Solo se tuvieron en cuenta los casos de carcinoma de cervix diagnosticados clínica y anatomopatológicamente y no se incluyeron lesiones precancerosas.

La muestra tomada para la elaboración del presente trabajo se considera

representativa del área de influencia del Hospital Universitario de Cartagena por poseer él una de las pocas unidades de radioterapia en la costa al alcance de la gran masa de bajo nivel socioeconómico, lográndose por ello una amplia cobertura.

RESULTADOS

CUADROS 1, 2 y 3 ver anexo.

Como se puede observar en el cuadro, la mayor incidencia del Ca. cervical en el Hospital Universitario de Cartagena se presentó en el grupo de edad mayores de 60 años con un total de 44 casos que corresponden a una 18.56%; seguido por las edades comprendidas entre los cuarenta y cuarenta y cuatro (40 - 44) años con un total de 39 casos, correspondiendo a un 16.45%, seguido por el grupo de 45 - 49 años con 37 casos que equivalen al 15.60%.

Sobre los estudios clínicos, la mayor incidencia corresponde al estado II con un total de 88 casos, equivalentes a un 37.13% siendo las pacientes más afectadas aquellas cuyas edades se encuentran entre los 40 - 44 años; le siguen en incidencia el estado III con un total de 73 casos equivalentes a 30.80% siendo la edad más afectada el grupo mayor de 60 años.

Se presentaron pocos casos en los estadios o y IV con unas tasas de - 4.64% y 2.10% repectivamente. El estado I se presentó en un 11.39% del total de casos.

Se presentó un numero de 33 casos donde no se consignó el estadio clínico

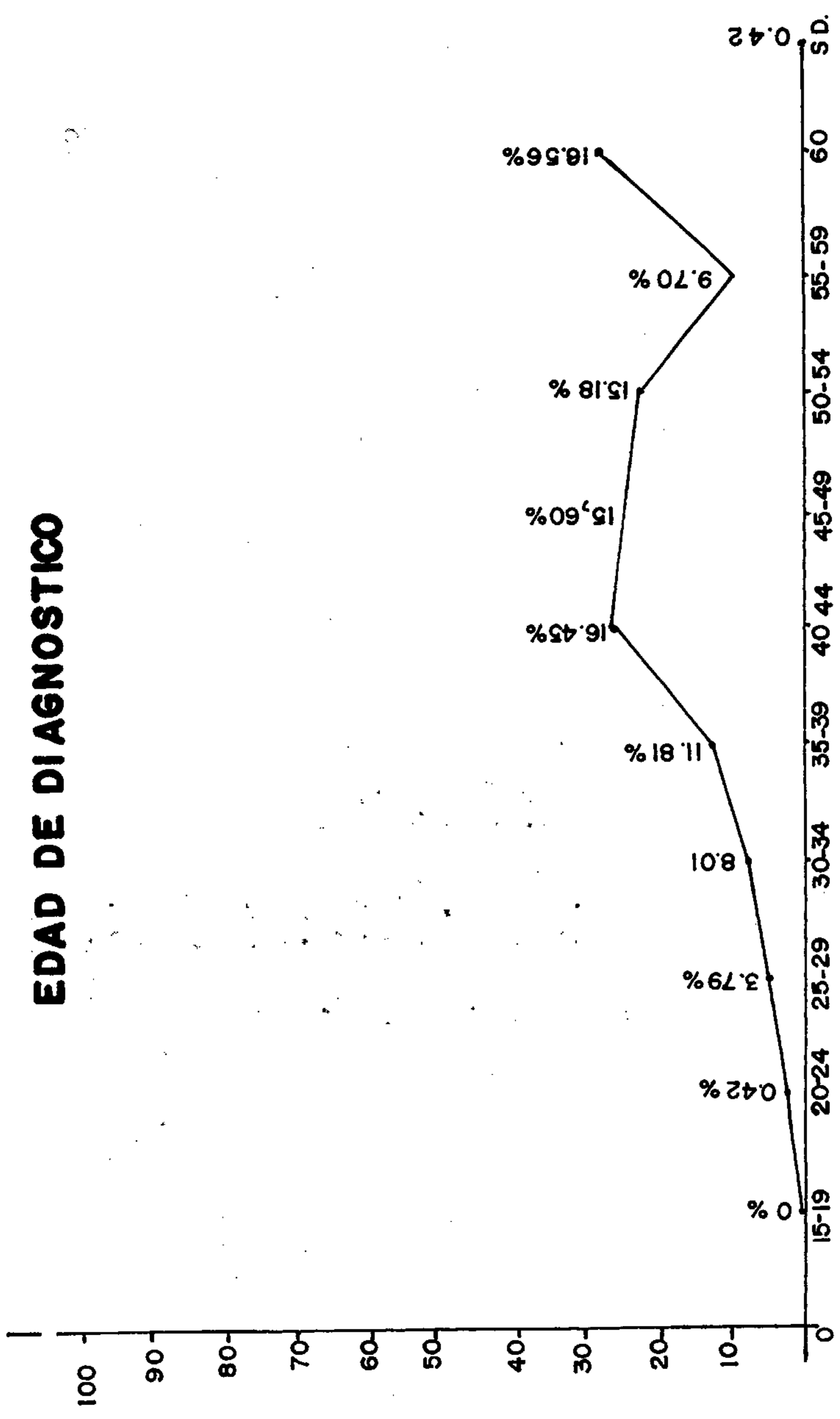
U. C

FACULTAD DE MEDICINA

EDAD DE DIAGNOSTICO		%
19 - 19	0	
20 - 24	1	0.42
25 - 29	9	3.79
30 - 34	19	8.01
35 - 39	28	11.81
40 - 44	39	16.45
45 - 49	37	15.60
50 - 54	36	15.18
55 - 59	23	9.70
60	44	18.56
SD	1	0.42
TOTAL	237	100

U DE C FACULTAD DE MEDICINA EDAD DE DIAGNOSTICO

GRAFICA Nº 2

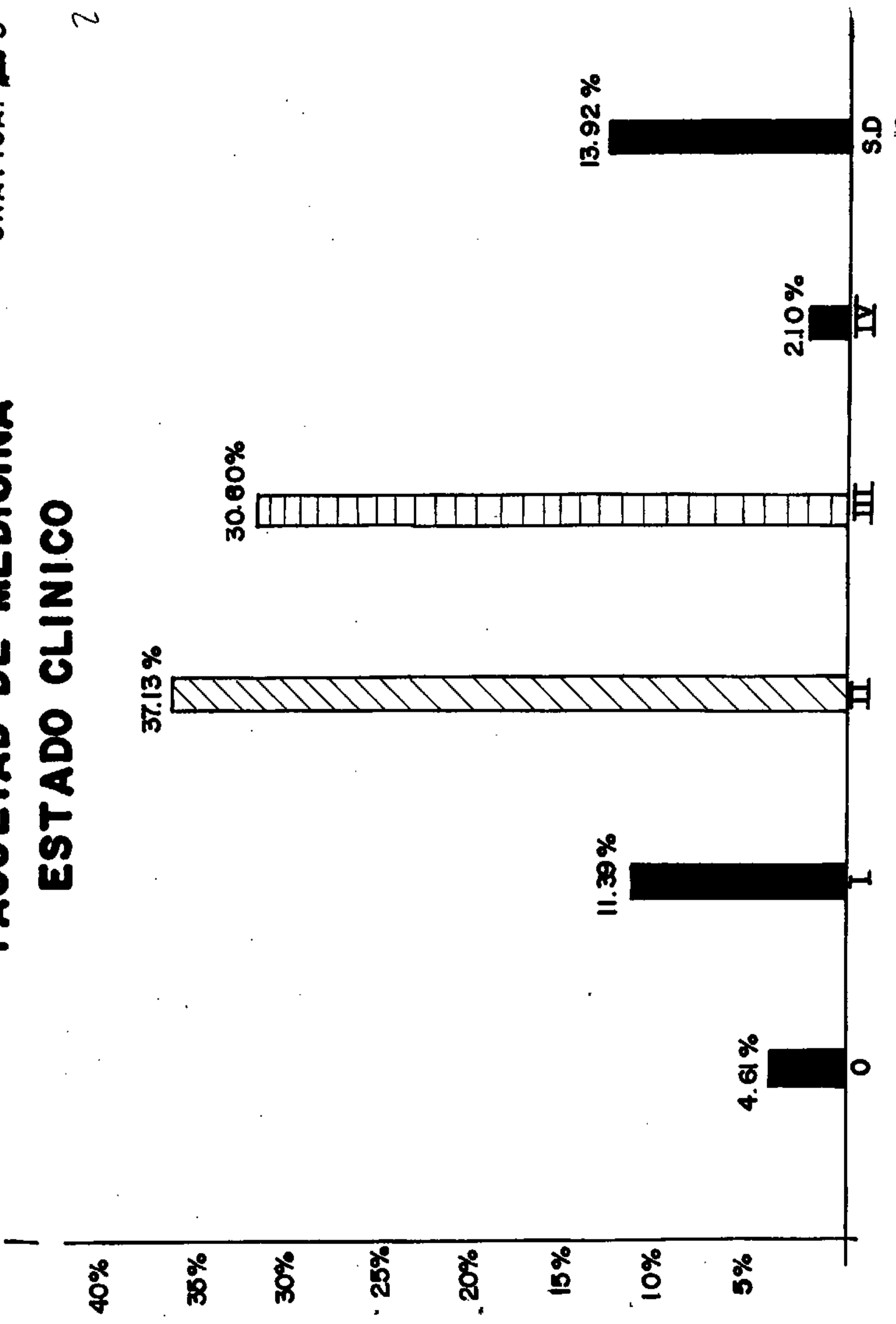


U. DE C
FACULTAD DE MEDICINA
CLASIFICACION CLINICA

ESTADO CLINICO		%
0	11	4.6
I	27	11.39
II	88	37.13
III	73	30.80
IV	5	2.10
SD	33	13.92
TOTAL	237	

21

U DE C
FACULTAD DE MEDICINA
ESTADO CLINICO



FACULTAD DE MEDICINA

ESTADO CLINICO EDAD	0	I	II	III	IV	SD	TOTAL	%
15 - 19	0	0	0	0	0	0	0	—
20 - 24	0	1	0	0	0	0	1	0.42
25 - 29	2	2	2	1	0	2	9	3.79
30 - 34	0	3	6	3	0	7	19	8.01
35 - 39	4	3	14	7	0	0	28	11.81
40 - 44	2	4	19	12	0	2	39	16.45
45 - 49	2	7	11	13	2	2	37	15.60
50 - 54	0	2	16	11	1	6	36	15.18
55 - 59	1	2	5	8	0	7	23	9.70
60	0	3	15	18	2	6	44	18.56
SD	0	0	0	0	0	1	1	0.42
TOTAL	11	27	88	73	5	33	237	
%	4.64	11.39	37.13	30.80	2.10	13.92	100	100%

en las historias clínicas.

Graficas # 8 ver anexo.

La gráfica nos muestra que, la mayor de CA de cervix se presentó en las pacientes que iniciaron su vida marital entre los 15 - 19 años correspondiente a un 43.5% ; le sigue aquellos pacientes que iniciaron su vida marital entre los 20 - 24 años con porcentaje de 14.35% y en 0.4% iniciaron su vida marital entre los 30 - 34 años; y tenemos 3.8% correspondiente a los pacientes que iniciaron su vida marital antes de los 14 años.

en cuanto a la vida obstétrica un 41% la iniciaron entre los 15 - 19 años, un 14.3 % entre los 20 - 24 años; el 0.4% inician su vida obstétrica entre los 30 - 34 años, y antes de los 14 años tenemos una tasa de 0.4%.

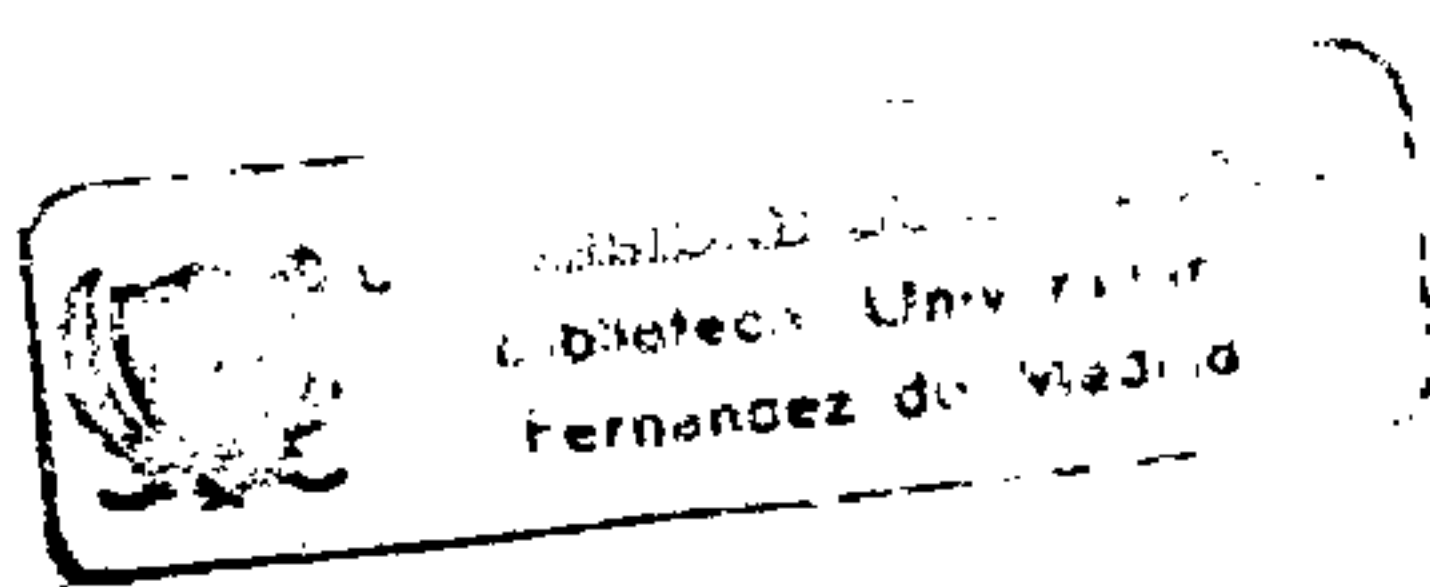
Además encontramos sin datos de vida marital un 36% y seis datos de vida obstétrica un 43%.

Grafica # 7 ver anexo.

El 50% de las pacientes no tienen consignado este dato, pero en el 50% restante se aprecia que la menarquía se presenta a los 13 años con 14.34%; seguido por 12.24% a los 14 años.

Grafica # 4 ver anexo.

La mayor incidencia de CA cervical se presentó en aquellas pacientes que



U DE C FACULTAD DE MEDICINA

Nº DE EMBARAZO	Nº DE PACIENTES	%	Nº DE EMBARAZO	Nº DE PACIENTES	%
0	1	0,4	11	18	7,6
1	3	1,2	12	14	5,9
2	5	2,1	13	2	0,8
3	10	4,2	14	5	2,1
4	9	3,8	15	4	1,7
5	20	8,4	16	7	3
6	20	8,4	17	1	0,4
7	22	9,2	18	2	0,8
8	30	12,6	19	1	0,4
9	12	5	20	1	0,4
10	14	5,9	S D	47	20
			TOTAL	237	100

U. DE C

GRAFICA 4

FACULTAD DE MEDICINA GRAVIDEZ

20%

20%

15%

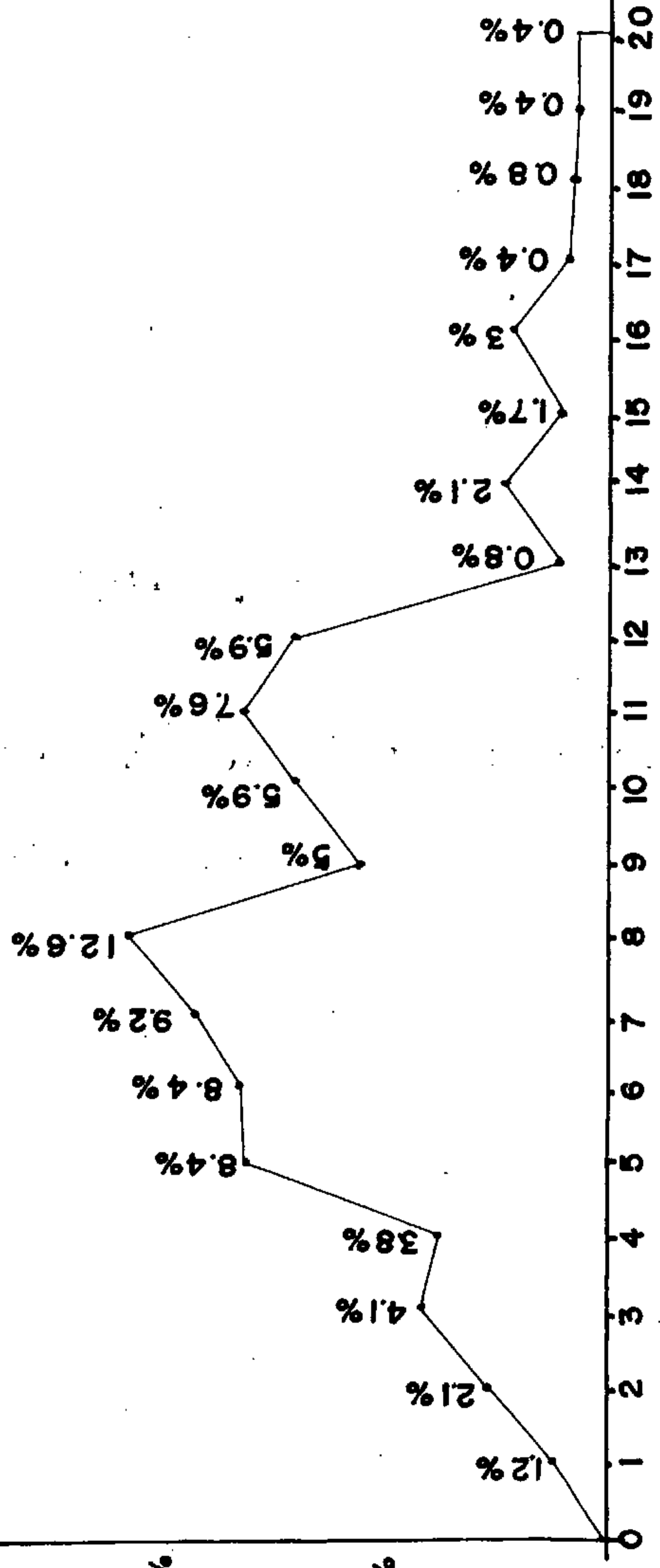
10%

5%

0

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 SD.

25



U. DE C FACULTAD DE MEDICINA

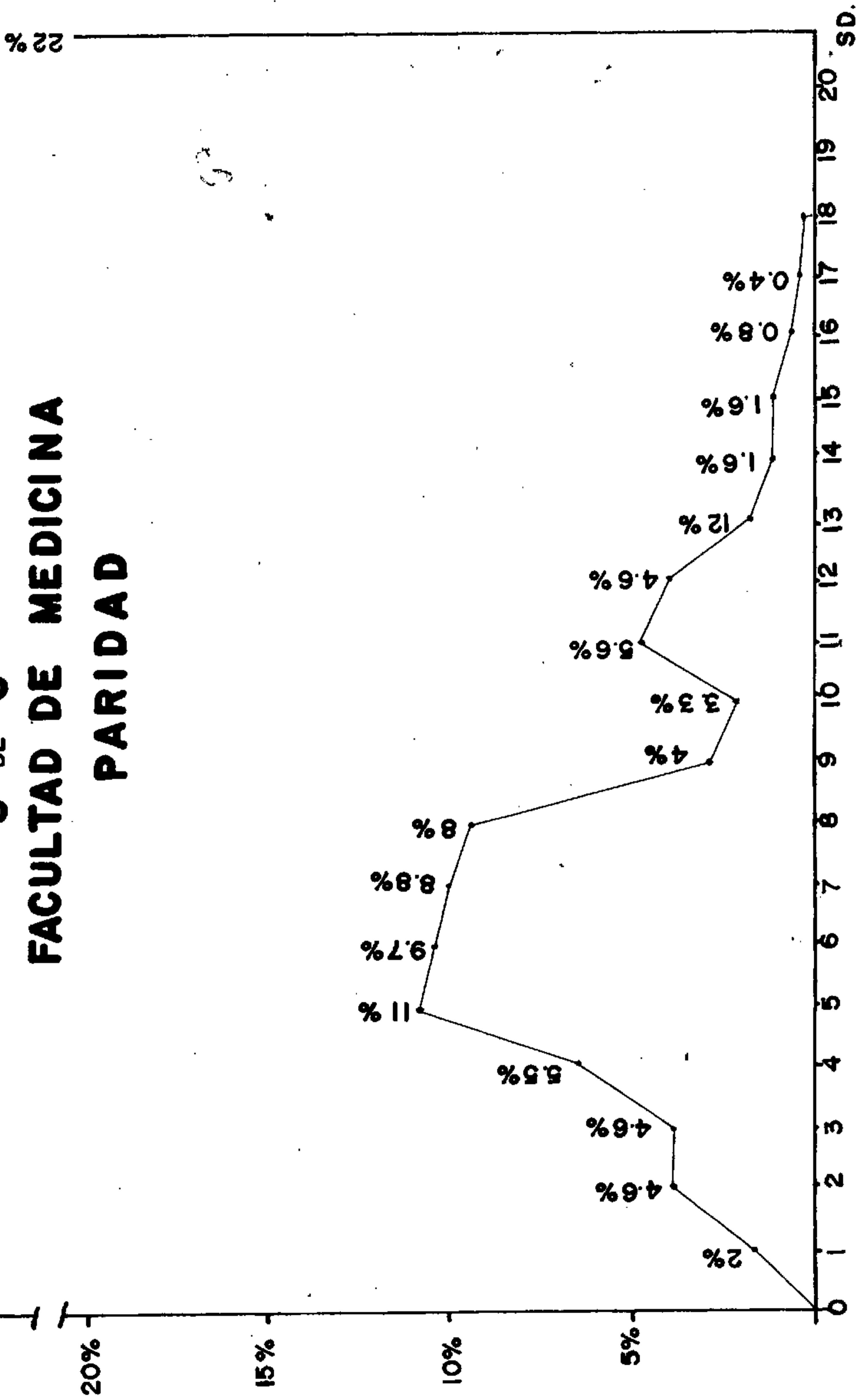
CUADRO 5

Nº DE PARTOS	Nº DE PACIENTES	%	Nº DE PARTOS	Nº DE PACIENTES	%
0	1	0,4	11	14	5,6
1	3	1,2	12	11	4,6
2	11	4,6	13	3	1,2
3	11	4,6	14	4	1,6
4	13	5,5	15	4	1,6
5	26	11	16	2	0,8
6	23	9,7	17	1	0,4
7	21	8,8	18	0	
8	19	8	19	0	
9	10	4	20	0	
10	8	3,3	S D	53	22,3
			TOTAL	237	100

26

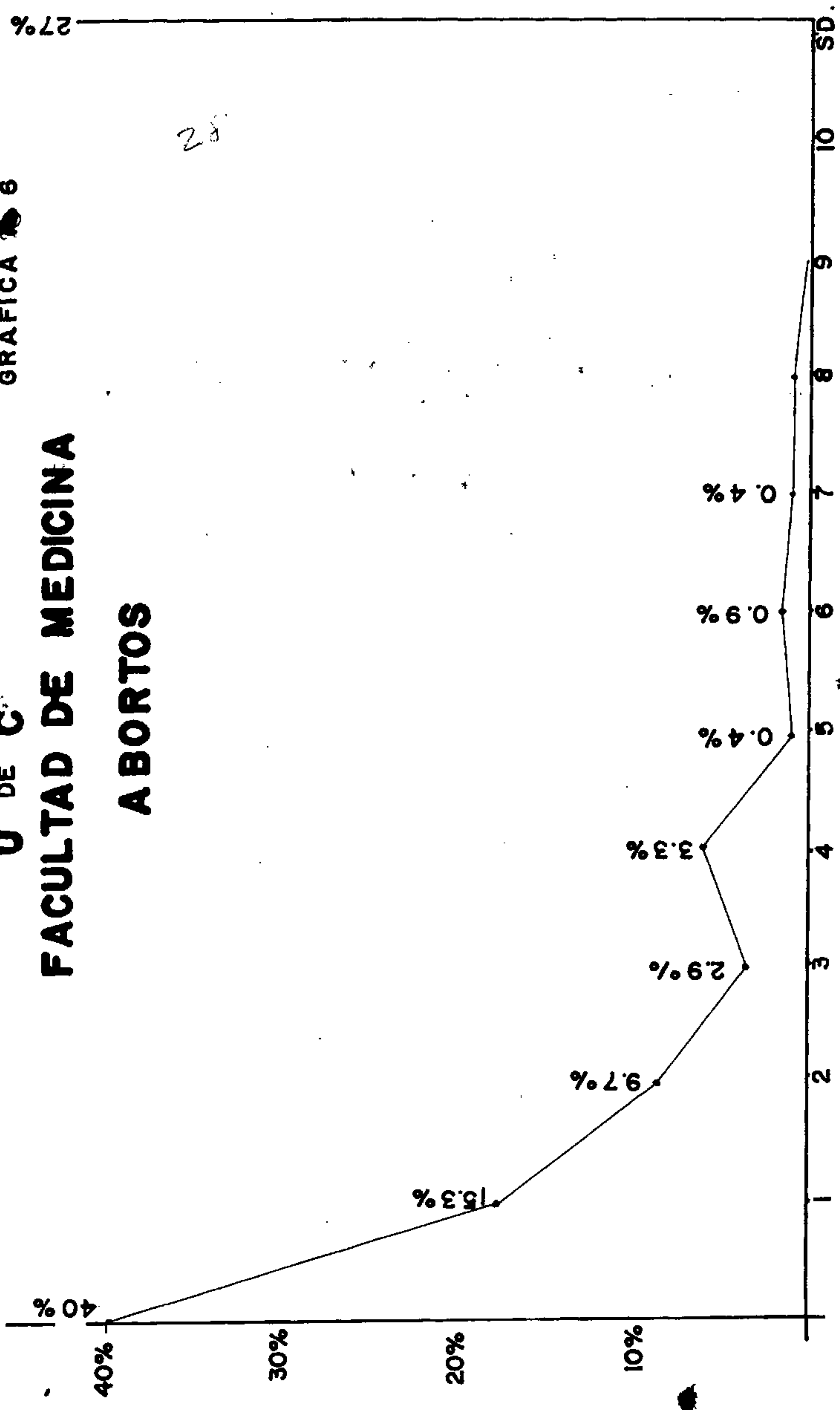
24

U DE C FACULTAD DE MEDICINA PARIDAD



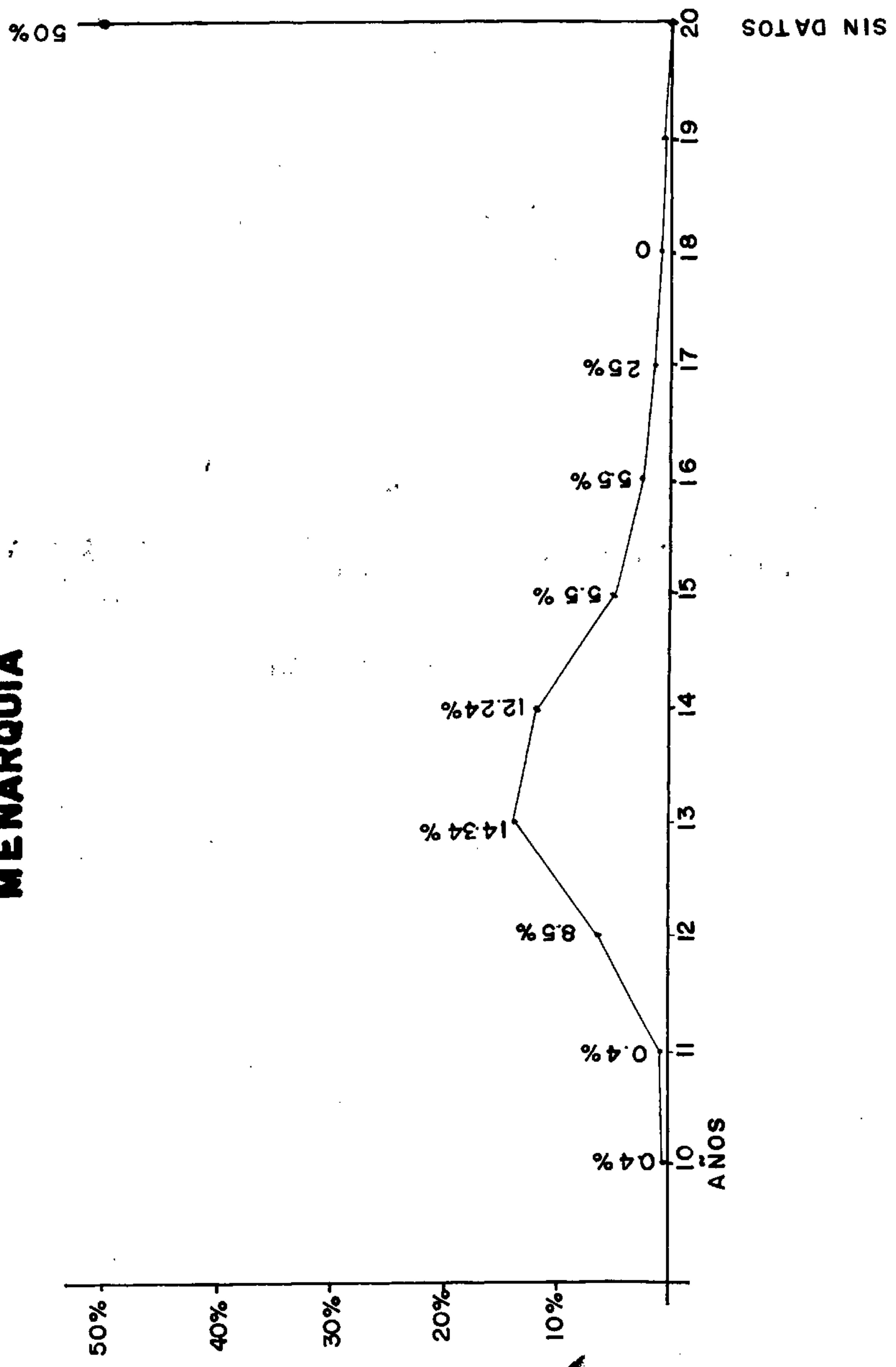
U DE C. FACULTAD DE MEDICINA ABORTOS

28



GRAFICA No 7

U DE C FACULTAD DE MEDICINA MENARQUIA



tuvieron entre 5 - 8 embarazos seguidos de las pacientes que tuvieron 11 embarazo representando 38.6% y 7.6% respectivamente para cada grupo.

Sin datos en las historias clínicas se encontraron 47 casos que corresponden al 20%.

Grafica # 5

El pico más alto corresponde al 11% de las pacientes, las cuales habrían parido en cinco (5) ocasiones. Este pico máximo forma parte de la meseta cuyo otro extremo lo constituye el 8% de las pacientes las cuales habían tenido 5 partos.

Los puntos más declives, los constituyen el 2% y 0.21% de los pacientes que solo han tenido 1 y 17 partos respectivamente. Un 22% de los pacientes no representaron datos sobre paridad en la historia clínica.

Cuadro # 7 ver anexo.

El signo más frecuente de motivo de consulta fué el sangrado por genitales externos, con 128 casos que dan un 47.23%.

La leucorrea fué el segundo motivo de consulta con 37 casos corresponden a 13.65% ; el sap sospechoso y/o positivo con un 12.17% con 37 casos, los demás signos aparecen en escasa cantidad.

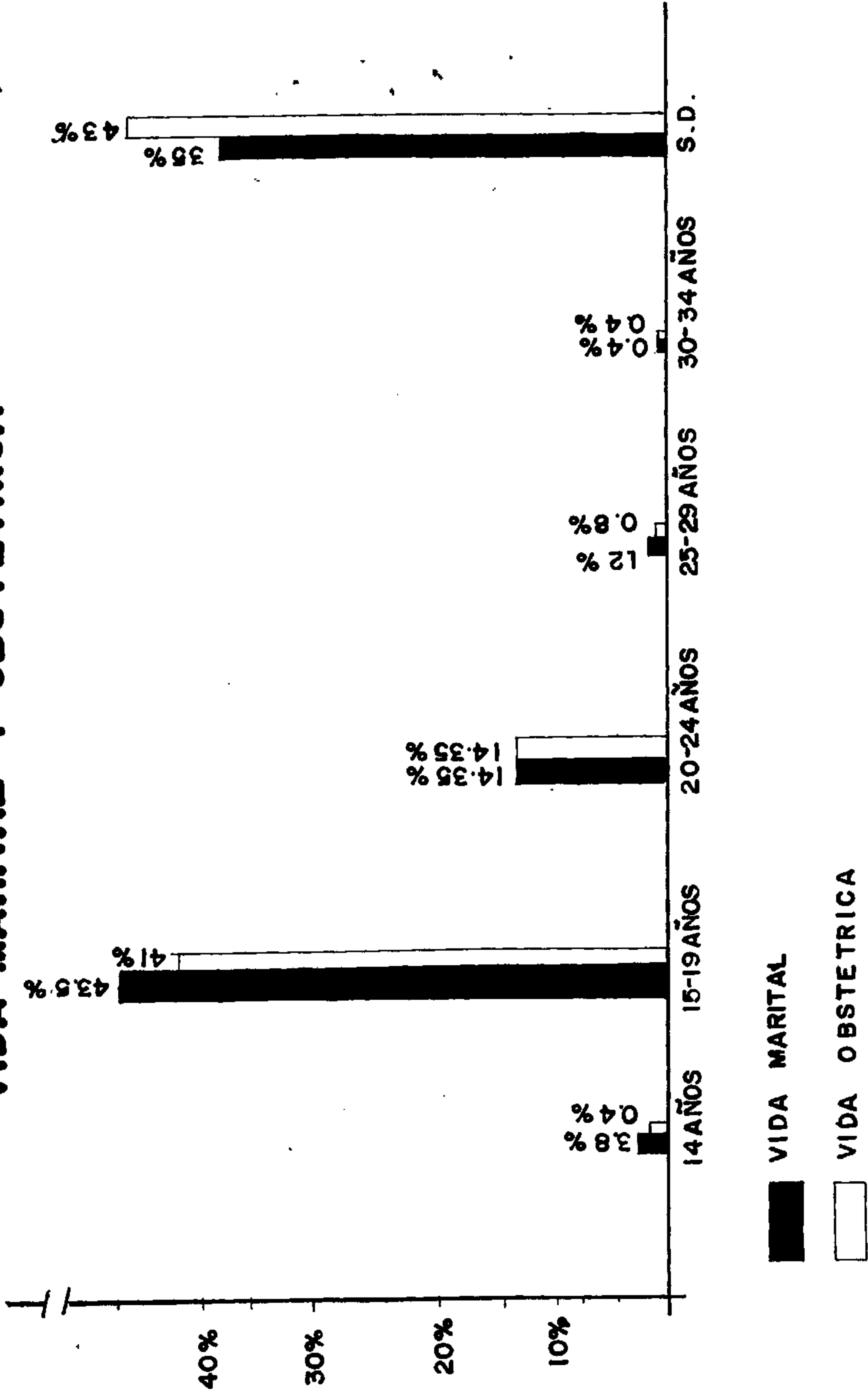
Grafica # 10 ver anexo.

U DE C
FACULTAD DE MEDICINA
 CUADRO No 6

31

EDAD	VIDA MARITAL Nº DE CASOS	%	VIDA OBSTETRICA Nº DE CASOS	%
< 14	9	3,8	1	0,4
15 - 19	103	43,5	97	41
20 - 24	34	14,35	34	14,3
25 - 29	3	1,25	2	0,8
30 - 34	1	0,4	1	0,4
TOTAL CON DATOS				
S D	87	36,7	102	43
TOTAL	237	100	237	100

FACULTAD DE MEDICINA VIDA MARITAL Y OBSTETRICA



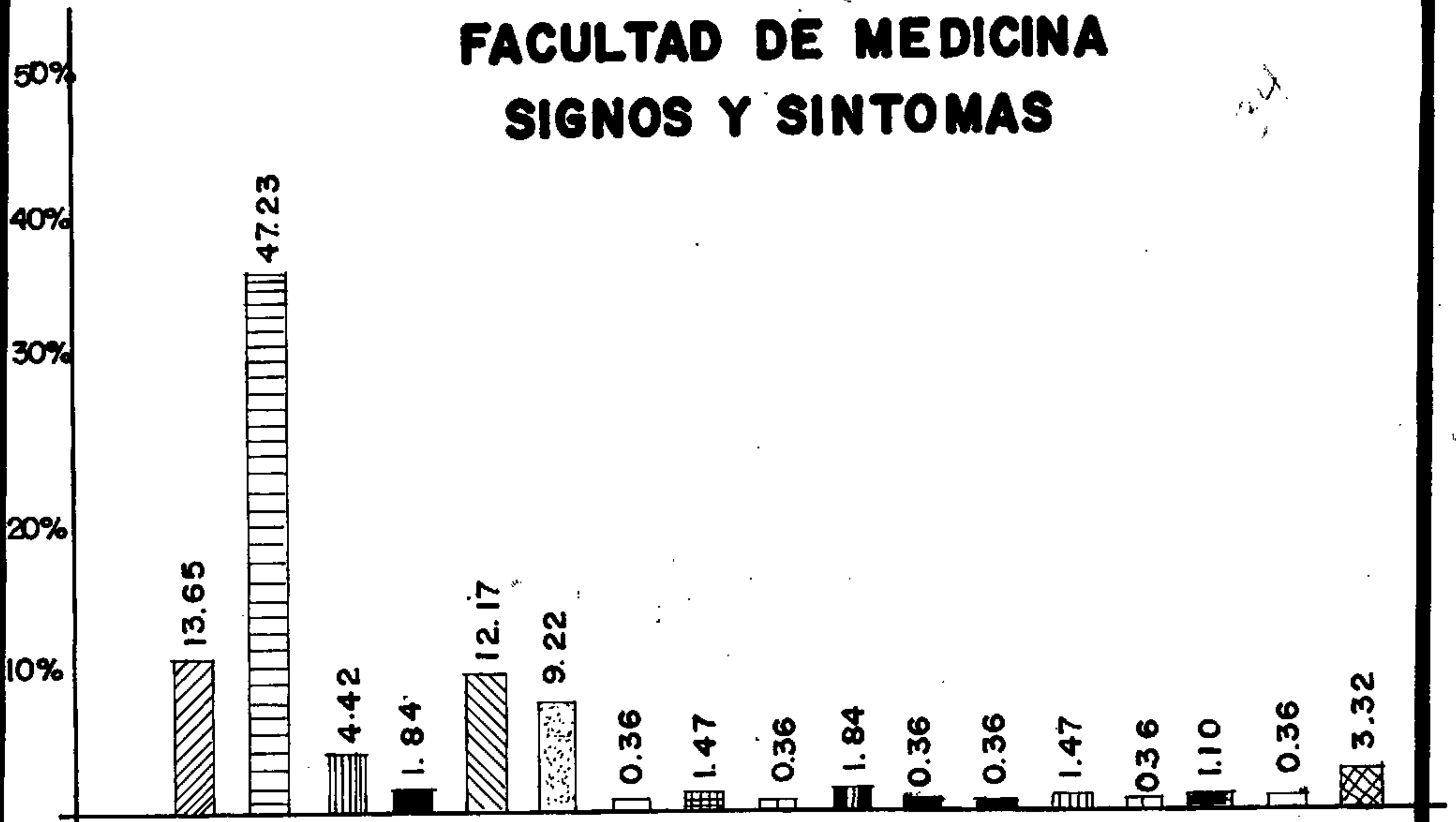
SIGNOS Y SINTOMAS

CÚADRO 7

LEUCORREA	37	13.65
SANGRADO ESPONTANEO	128	47.23
SANGRADO	12	4.42
SENSACION DE PESO EN GENITALES	5	1.84
PAP SOSPECHOSO Y/O POSITIVO	33	12.17
DOLOR EN HIPOGASTRIO	25	9.22
DOLOR LUMBAR	1	0.36
DISPAREUNIA	4	1.47
MASA EN HIPOGASTRIO	1	0.36
DOLOR	5	1.84
MASA EN GENITALES	1	0.36
DOLOR RECTAL	1	0.36
PERDIDA DE PESO.	4	1.47
ANOREXIA	1	0.36
DISURIA	3	1.10
CEFALEA	1	0.36
SIN DATO	9	3.32
TOTAL	271	1.00

U. DE C.
FACULTAD DE MEDICINA
SIGNOS Y SINTOMAS

GRAFICA No 9



- LEUCORREA
- SANGRADO ESPONTANEO
- SANGRADO POSTCOITAL
- SENSACION DE PESO EN GENITALES
- PAP
- DOLOR HIPOGASTRIO
- DOLOR LUMBAR
- DISPAREUNIS
- MASA EN HIPOGASTRIO
- MASA EN GENITALES
- DOLOR INGUINAL
- DOLOR RECTAL
- PERDIDA DE PESO
- ANOREXIA
- DISURIA
- CEFALEA
- SIN DATOS

Esta Grafica nos muestra la alta frecuencia con que predomina el CA de cervix de tipo escamoso con un porcentaje 90.27%.

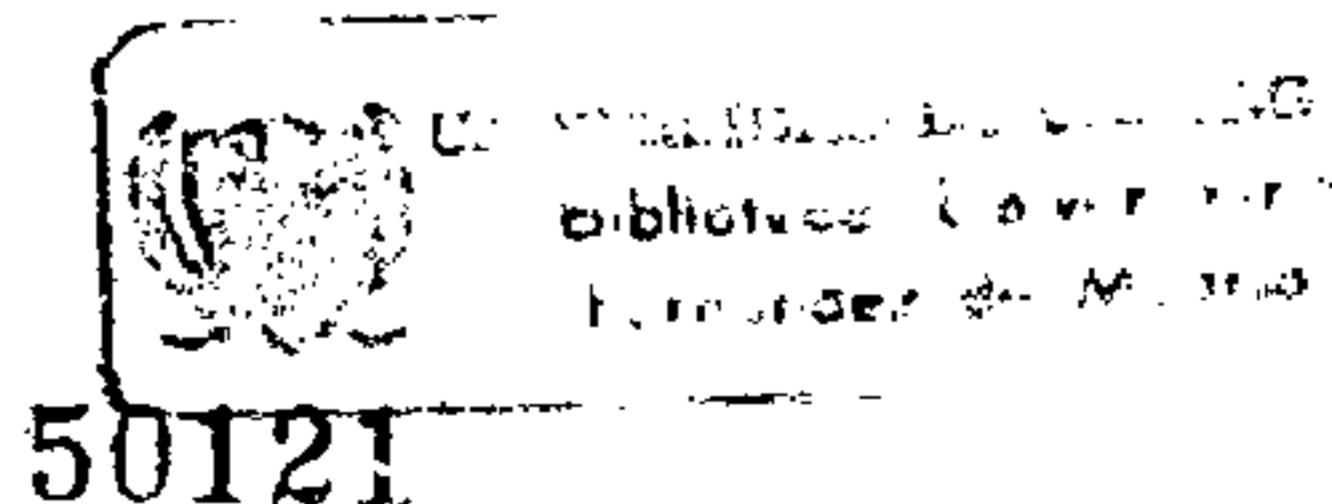
Con relación al adenocarcinoma que se presente en 3.38% de los casos ; adenoescamoso 1.68% y se presentaron historias sin datos lo que equivale a 4.64% .

En el cuadro # se esquematiza todo lo relacionado con la Grafica correspondiente.

Cuadro # 9 ver anexo.

En este cuadro se muestra la incidencia con que se presenta el CA de cervix en el área de influencia del Hospital Universitario de Cartagena la cual se discriminan así:

Bolívar con 105 que equivalen 44.30% comprometiéndose más su zona urbana con un 24.47%, cuyas cifras más alta corresponden a los estadios II y III respectivamente. Le sigue el Departamento de Sucre con 56 casos, un 23.71% donde se aprecia la mayor tasa en los estadios III y II respectivamente para su área rural en su orden y estado II y III para su área urbana. A continuación el Departamento de Córdoba con 28 casos que equivalen a 11.80% donde se repite la mayor tasa para los estadios II y III y que corresponden a su área rural. Los demás Departamentos pocos casos, los cuales nos muestran tasas muy bajas.



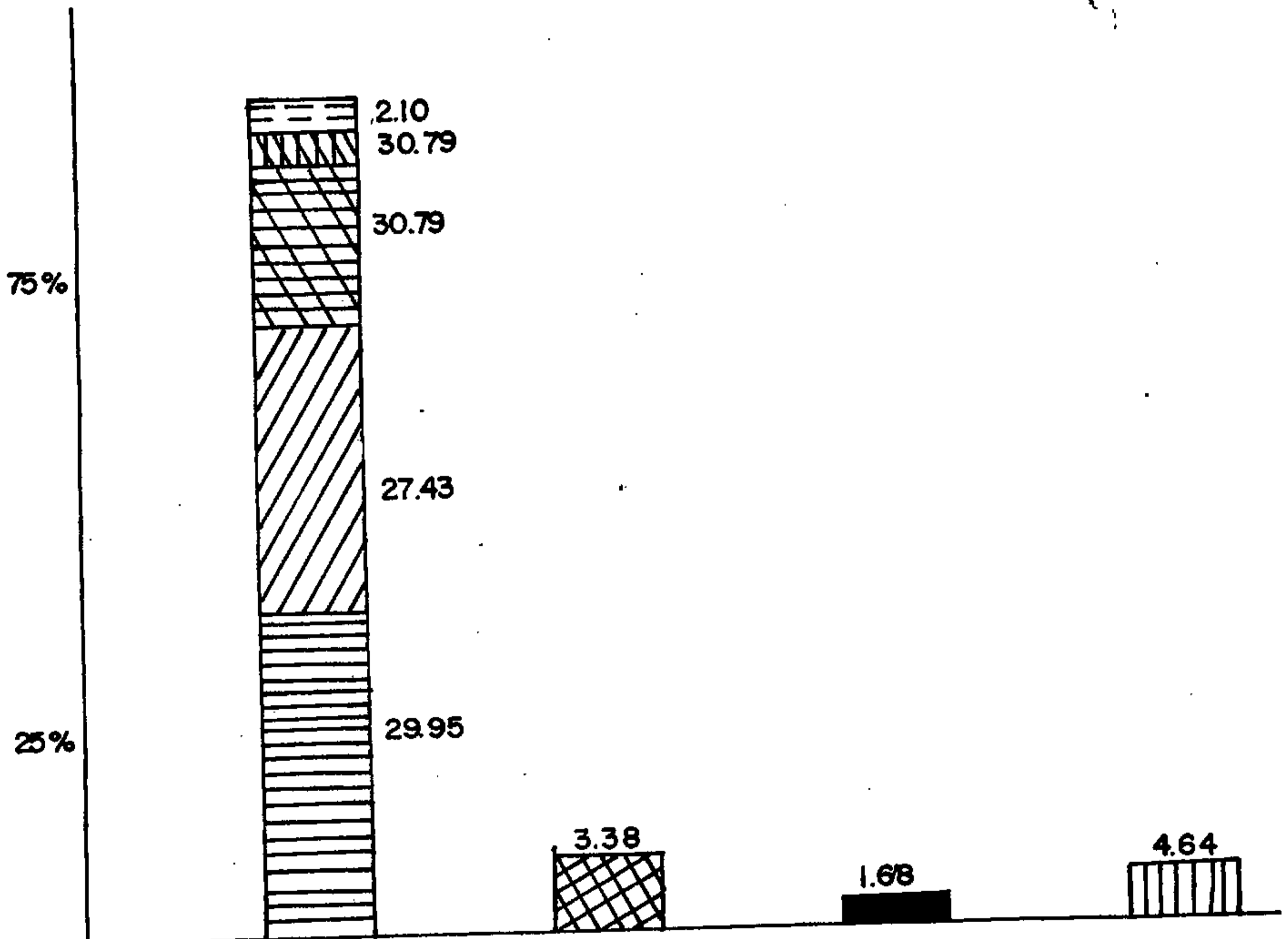
FACULTAD DE MEDICINA

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

		%
I ESCAMOCELULAR		
a- QUERATIRIZANTE CELULAR GRANDE	65	27,43
b- NO QUERATIRIZANTE CELULAR PEQUEÑAS	5	2,10
c- NO QUERATIRIZANTE CELULAR GRANDE	71	29,95
d- INSITU	8	3,38
e- SIN CLASIFICACION	65	27,41
II- ADENOCARCINOMA	8	3,38
III ADENOESCAMOSO	4	1,68
IV- SIN DATOS	11	4,64
TOTAL	237	100

FACULTAD DE MEDICINA

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO



- NO QUERATIRIZANTE CELULAR PEQUEÑAS
 - IN SITU.
 - SIN CLASIFICACION
 - QUERATIRIZANTE CELULAR GRANDES
 - NO QUERATIRIZANTE CELULAR GRANDE
 - A DENOCARCINOMA
 - ADENOESCAMOSO
 - SIN DATOS
- } ESCANOCELULAR

Se encontró 20 casos sin datos que se traduce 8.34%.

Grafica # 12 Ver anexo.

Esta Grafica nos muestra que el mayor número de pacientes afectados por CA de cervix, se encuentran que tiene un estado clínico II, donde el área rural es la más afectada con 7 pacientes, mientras que el área urbana solo presenta 36 casos.

El estadio clínico III sigue el estadio II, con 44 pacientes en el área rural y 25 pacientes en el área urbana. A medida que se va avanzando en estado el área rural aumenta su porcentaje con rotación al área urbana; ya que el estado o solo cobija a 3 pacientes del área rural y a 8 del área urbana; en los estadio I y IV se aprecia la mayor incidencia para el medio rural.

30

U DE C FACULTAD DE MEDICINA

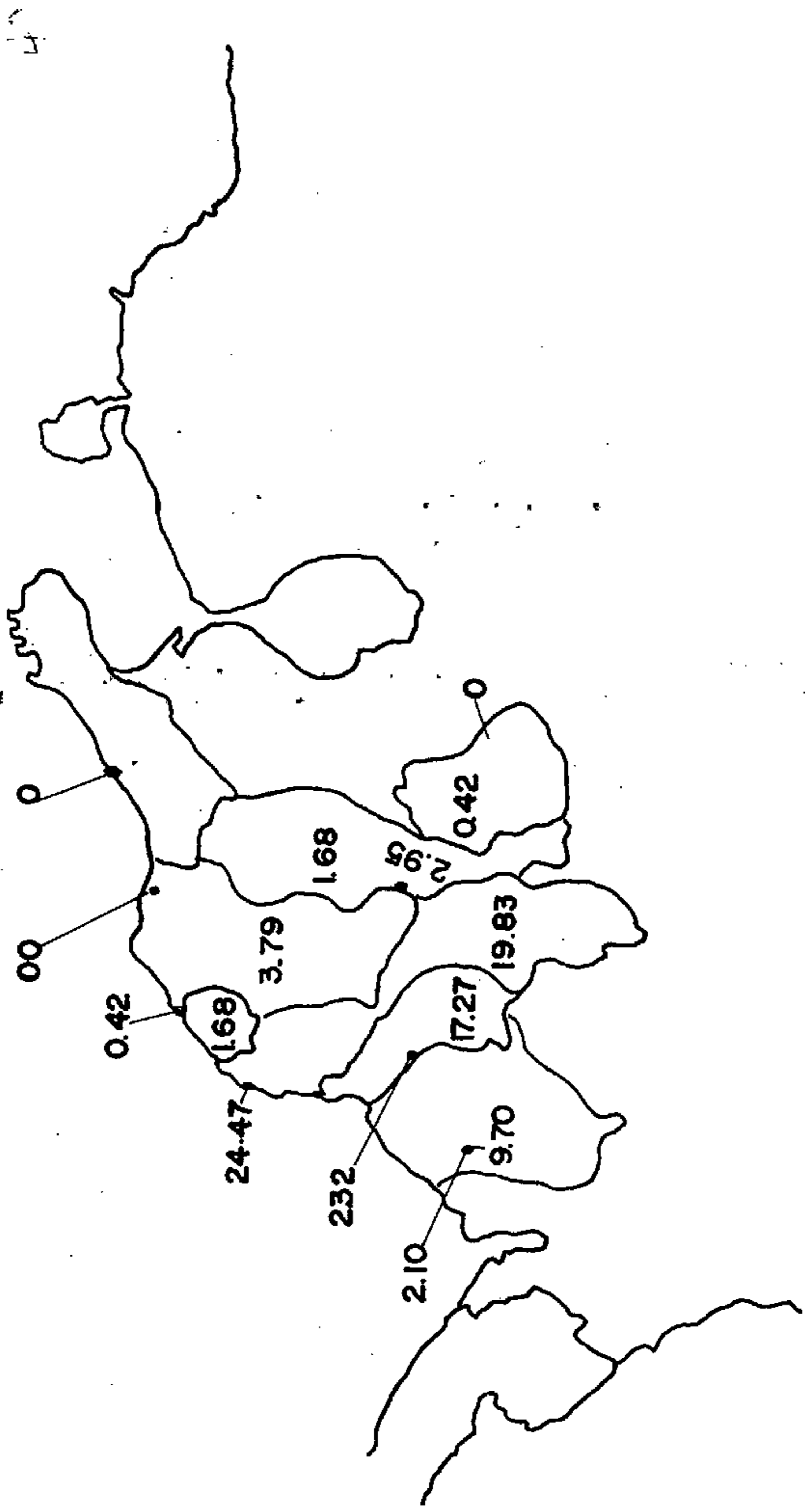
ESTADO CLINICO PROCEDENCIA	0	1	11	111	IV	SD	TOTAL	%
BOLIVAR R U	2	8	16	16	-	5	47	19.83
ATLANTICO R U	-	-	1	-	1	2	4	1.68
SUCRE R U	-	6	13	17	-	5	41	17.29
CORDOBA R U	3	2	7	2	-	1	15	6.32
MAGDALENA R U	-	3	11	4	1	4	23	9.70
CESAR R U	-	-	2	3	-	-	5	2.10
GUAJIRA R U	1	1	3	4	-	-	9	3.79
SANTANDER R U	-	-	-	-	-	-	0	0.00
S D	-	1	5	4	-	10	20	8.43
TOTAL	11	27	88	73	5	33	237	
%	4.64	11.39	37.13	30.80	2.10	13.92		

LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF
SANTANDER

U DE C

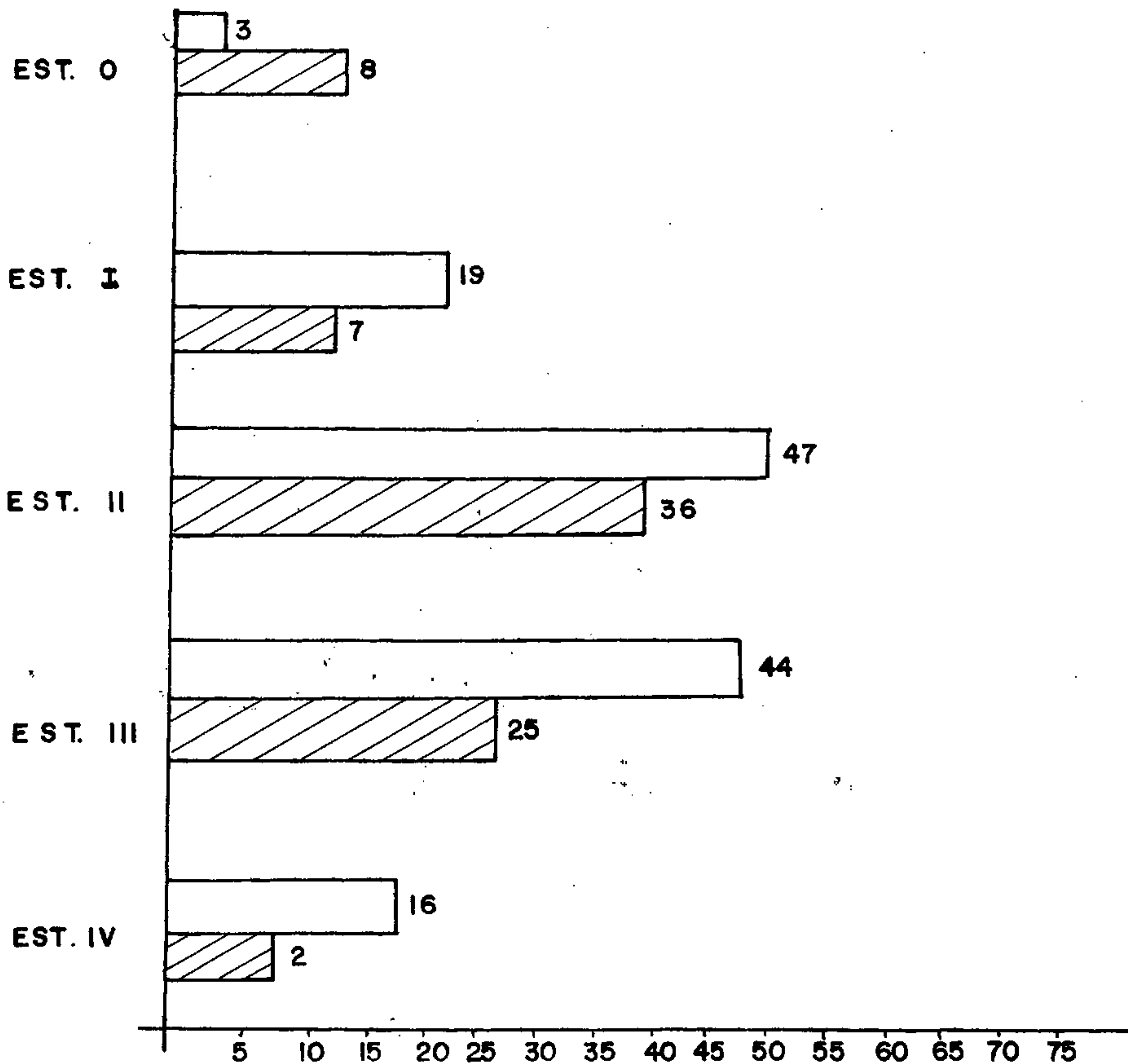
GRAFICA No II


FACULTAD DE MEDICINA PROCEDENCIA SEGUN AREA DE INFLUENCIA




FACULTAD DE MEDICINA

CORRELACIÓN DE ESTADOS CLINICOS CON AREAS URBANAS Y RURALES



 URBANAS

 RURAL

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
Biblioteca Universitaria
Fernandez de Madrid

DISCUSION

- 1.- En la revisión de los casos se encontró un gran número de historias incompletas de las cuales un gran porcentaje fueron desviadas del conducto regular omitiendo el paso por consulta externa ginecológica, siendo remitidos directamente a radioterapia, en otras los datos fueron recogidos en forma parcial incluso habiendo pasado por ginecología.

- 2.- Se notó que un gran número de pacientes que estaban en tratamiento de radioterapia y en seguimiento post tratamiento no regresaron para continuar con este.

CONCLUSIONES

1.- De acuerdo a la estadística efectuada se encontró una alta frecuencia del carcinoma en el área urbana de Cartagena lo que demuestra la deficiente cobertura de la política de salud. Además se evidencia una escasa educación en salud dentro de esta misma zona..

2.- Se encontró que el Ca de cervix tiene una alta frecuencia en estadio avanzados en el área rural de la zona de influencia del Hospital Universitario de Cartagena.

Esto es posible consecuencia de factores ya expuestos como son la deficiente cobertura del servicio de salud, el bajo nivel de educación en salud, dentro de esta área y a dificultad de movilización; sobre todo este último, que abre las posibilidades a fin en esta misma área se encuentren sin diagnósticos un número de casos aún mayor que los incluidos en este trabajo.

3.- Se corrobora que el inicio temprano de la vida marital (15-19 años) aumenta el riesgo de presentación del carcinoma de cervix igualmente la multiparidad es otro factor de alto riesgo relacionado con la patología en cuestión.

4. Contra lo esperado al analizar las estadísticas mundiales, en nuestro medio la edad en que se hizo, más frecuentemente el diagnóstico de Ca de cervix fué por encima de los 60 años; esto encuentra lógica explicación en el alto rango de edades incluidos dentro de este grupo. Si tomamos un rango más estrecho encontramos una mayor incidencia entre los 40 y 54 años corroborándose las estadísticas antes mencionadas.

- 5.- En relación con el diagnóstico anatomopatológico se confirma la predominancia del carcinoma escamocelular sobre los demás tipos de clasificación.

RECOMENDACIONES

- 1.- Procurar la elaboración cuidadosa de las historias clínicas en la consulta externa de ginecología y establecer mecanismo por medio de los cuales no pase una paciente a radioterapia sin antes haber sido revisada por el Departamento correspondiente a su patología de base.
- 2.- Promover como rutina la citología vaginal en todos los centros hospitalarios y centros de salud, del área de influencia del Hospital Universitario de Cartagena con el fin de descubrir el carcinoma en un estadio más temprano aumentando las posibilidades de sobrevivencia de los pacientes.
- 3.- Ampliar el presente estudio con datos de los años subsiguientes para ver la variación operada y el avance o deterioro realizados en los campos de medicina preventiva y tratamiento.