

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO  
UNIVERSIDAD CES**

**LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO (LEIAG) EN LA  
POBLACIÓN SUBSIDIADA, CONTRIBUTIVA Y POBRE NO ASEGURADA EN  
EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO, COLOMBIA. 2008**

**OSCAR IGNACIO CARDOZO BAQUERO**

**Directores**

**DR. CARLOS ENRIQUE TRILLOS PEÑA  
DRA. YOLANDA TORRES DE GALVIS**

**FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA  
BOGOTÁ D. C.  
2009**

## **ADVERTENCIA**

La Universidad del Rosario, no se hace responsable de los conceptos emitidos por el autor o estudiante en este trabajo. Sólo velará porque no se publique nada contrario a la moral, la ética, a los criterios propios de la Universidad; porque la tesis no contenga ataques personales y únicamente se vea en ella el anhelo de buscar la verdad.

## **INVESTIGADORES**

### **INVESTIGADOR**

Oscar Ignacio Cardozo Baquero.

Curriculum: Bacteriólogo de la Universidad de los Andes, Especialista en Administración en Salud y Seguridad Social de la Universidad Javeriana, Especialista en Auditoría en Salud de la Universidad Santo Tomás, Estudiante Especialización en Epidemiología, Universidad del Rosario – CES. Asesor y Consultor para el Régimen Contributivo en la Secretaría Seccional de Salud del Meta. Asesor Salud Pública Secretaría Local de Salud de Villavicencio. Consultor Área Promoción Secretaría Departamental de Salud del Guaviare.

## **INSTITUCIÓN PARTICIPANTE**

- Secretaría Local de Salud de Villavicencio.

A Dios por acompañarme en cada momento de mi vida.  
A mis padres, a mi hija y a Katherine por su apoyo y amor.

***Oscar Ignacio***

## **AGRADECIMIENTOS**

El autor expresa sus agradecimientos a:

Doctores Carlos Enrique Trillos Peña y Yolanda Torres de Galvis, directores de investigación, por sus valiosos aportes a este trabajo.

Al Secretario Local de Salud de Villavicencio, a los profesionales en patología de la ciudad de Villavicencio, a los coordinadores de Promoción y Prevención de las EPS subsidiadas y contributivas con presencia en el Municipio y al personal de P y P de la ESE municipal.

Universidad del Rosario, por permitirme formar parte de esta gran familia, que aportó en mi formación profesional para prestar un mejor servicio a mí país.

Todas aquellas personas que de una u otra hicieron posible llevar a cabo esta investigación.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	16
2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	18
3. MARCO TEÓRICO.....	19
3.1 LOCALIZACIÓN.....	19
3.1.1 MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO.....	19
3.1.2 MORBILIDAD.....	20
3.2 EPS QUE PRESTAN SERVICIO EN VILLAVICENCIO.....	22
3.2.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO.....	22
3.2.2 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.....	22
3.2.3 RÉGIMEN ESPECIAL.....	22
3.2.4 POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA .....	22
3.3 PATOLÓGOS.....	22
3.4 LABORATORIOS DE PATOLOGÍA.....	23
3.5 CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	23
3.5.1 ANTECEDENTES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	24
3.5.2 PRINCIPALES FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO.....	25
3.5.2.1 Infección de VPH.....	26
3.5.2.2 Factores hereditarios.....	26

3.5.2.3	Tabaquismo.....	26
3.5.2.4	Sistema inmunitario debilitado (el sistema natural de defensa del cuerpo).....	26
3.5.2.5	Antecedentes sexuales.....	26
3.5.2.6	La multiparidad .....	27
3.6	DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO.....	27
3.7	MARCO LEGAL .....	27
3.7.1	RESOLUCIÓN 412 DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL.....	27
3.7.2	NORMA TÉCNICA PARA ATENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO.....	28
3.8	PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN .....	28
3.9	NORMAS PARA LECTURA Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA.....	30
4.	PROPÓSITO .....	34
5.	OBJETIVOS.....	35
5.1	OBJETIVO GENERAL .....	35
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	35
6.	METODOLOGÍA.....	36
6.1	DISEÑO.....	36
6.2	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	37
6.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	37
6.4	FUENTES DE INFORMACION Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN..	37
6.5	CONTROL DE SESGOS Y ERRORES.....	38
6.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	38

6.7 VARIABLES.....	39
6.7.1 VARIABLES DE PERSONA .....	39
6.7.2 VARIABLE DE TIEMPO.....	41
6.7.3 VARIABLE DE LUGAR.....	41
7. RESULTADOS.....	42
7.1 REGISTROS.....	42
7.2 ENCUESTA PACIENTES LEIAG.....	45
8. DISCUSIÓN.....	53
9. CONCLUSIONES.....	57
10. RECOMENDACIONES.....	59
11. BIBLIOGRAFÍA.....	60
12. ANEXOS .....	63

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla No. 1. Tasas de mortalidad general.....	19
Tabla No. 2. Diez primeras causas de consulta por grupos atareos en Villavicencio, 2007.....	21
Tabla No. 3. Estrategias para el control de sesgos.....	38
Tabla No. 4. Clasificación de variables.....	40
Tabla No. 5. Total de registros (LEIBG – LEIAG – ASCUS).....	42
Tabla No. 6. Total de biopsias: 256 registros.....	42
Tabla No. 7. Resultados biopsias.....	43
Tabla No. 8. Biopsias LEIAG por régimen. Villavicencio, 2008.....	43
Tabla No. 9. Cáncer de cuello uterino LEIAG. Villavicencio, 2008.....	44
Tabla No. 10. Distribución porcentual en la frecuencia para la toma del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	45
Tabla No. 11. Distribución porcentual del nivel de escolaridad de los pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	46
Tabla No. 12. Distribución porcentual de la toma previa del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	46
Tabla No. 13. Distribución porcentual en la frecuencia para la toma del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	46
Tabla No. 14. Distribución porcentual del motivo por el cual las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento decidieron realizarse el examen de citología vaginal.....	46

Tabla No. 15. Distribución porcentual del tiempo en la entrega del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	47
Tabla No. 16. Distribución porcentual del tiempo en la toma del examen de Biopsia de cérvix en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	47
Tabla No. 17. Distribución porcentual del tiempo en la entrega del reporte de Biopsia de cérvix en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	47
Tabla No. 18. Distribución porcentual de la asistencia a programas de promoción y prevención en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	48
Tabla No. 19. Distribución porcentual del inicio de relaciones sexuales en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento....	48
Tabla No. 20. Edad primer embarazo en pacientes con cáncer de cérvix en Villavicencio, durante el año 2008.....	48
Tabla No. 21. Distribución porcentual de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento que han tenido más de un compañero sexual.....	48
Tabla No. 22. Distribución porcentual del número de abortos en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento. ....	49
Tabla No. 23. Distribución porcentual del número de partos en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	49
Tabla No. 24. Distribución porcentual de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento que fuman.....	49
Tabla No. 25. Distribución porcentual de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento que consumen licor.....	50
Tabla No. 26. Distribución porcentual de la exposición a tóxicos en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	50
Tabla No. 27. Distribución porcentual del tipo de toxico expuesto en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	50

Tabla No. 28. Distribución porcentual de la exposición a radiaciones en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	50
Tabla No. 29. Distribución porcentual de los antecedentes de cáncer en pacientes con presencia de esta enfermedad en el cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	51
Tabla No. 30. Distribución porcentual del grado de parentesco según antecedentes de cáncer en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	51
Tabla No. 31. Distribución porcentual del tipo de cáncer que presentan o presentaron los familiares de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	51
Tabla No. 32. Resumen de la encuesta realizada a pacientes LEIAG del municipio de Villavicencio, que fueron diagnosticadas en el año 2008.....	52

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura No. 1. La lógica de la acción preventiva.....	28
Figura No. 2. La lógica de las acciones en promoción de la salud.....	29
Figura No. 3. Flujograma de trabajo.....	36
Figura No. 4. Distribución porcentual de la ocupación de los pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.....	45

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Encuesta.....	64
Anexo 2. Consentimiento aprobado.....	66
Anexo 3. Estadísticas de mortalidad por cáncer de cuello, departamento del Meta.....	67

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** El Cáncer de cérvix en Colombia ocupa el primer lugar en mortalidad e incidencia<sup>1</sup>. La mortalidad en el departamento del Meta durante el 2008 llegó a 65 casos, incrementándose en 15 casos con relación al año anterior. De esta cifra Villavicencio reportó 36 casos<sup>2</sup>. **METODOLOGIA:** Estudio descriptivo, de pacientes nuevos que reportaron biopsias LEIAG afiliados al régimen contributivo, subsidiado y población pobre no asegurada, en el municipio de Villavicencio durante el año 2008. De 471 registros, 189 biopsias fueron clasificadas LEIAG, datos de 71 pacientes fueron procesados en SPSS15. **RESULTADOS:** Por aseguramiento el 42% pertenece al contributivo, 41% al subsidiado, 12 % a la población pobre no asegurada y 5 % multifiliados. El 88.7% de LEIAG se presentan entre 30-60 años. El 90.1% no asistió a programas de promoción y prevención. El 84% del contributivo, recibió reporte de citología entre 0-11 días. Contrastando con el 95% de la población pobre no asegurada 20-49 días. El 70.3% recibió reporte de biopsia entre 0 a 19 días. El 43.7% inició relaciones sexuales entre los 12-15 años. El 35.2% ha estado expuesta a fumigaciones. El 38% presentan antecedentes familiares de cáncer, predominando cérvix, seno y estómago. **DISCUSIÓN:** Riesgos como edad, relaciones sexuales tempranas, exposición a tóxicos, se encuentran en parámetros de literatura revisada. Demanda inducida y procesos de promoción y prevención son factores que deben fortalecer aseguradores, prestadores y ente territorial.

Palabras Claves: Biopsia LEIAG-Demanda inducida-Población multifiliada. Población pobre no asegurada.

## 1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades que tienen una mayor incidencia, en mujeres ocupa el segundo puesto, siendo el primero el de seno. En el país ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad para las mujeres, según información del Instituto Nacional de Cancerología.<sup>1</sup> Es más frecuente en mujeres de bajo nivel socioeconómico con vida sexual activa y alta multiparidad. La tasa de incidencia de cáncer de cuello uterino estimada es de 33 por 100.000 mujeres.<sup>2</sup>

En el departamento del Meta el número de mujeres muertas por este cáncer en el año 2008 llegó a 65 casos, incrementándose en 15 personas más que en el año inmediatamente anterior; de esta cifra el municipio de Villavicencio aportó 36 casos.<sup>3</sup>

Dentro de las enfermedades consideradas como problemas de salud pública a nivel mundial, el cáncer de cuello uterino ocupa el segundo lugar después del Cáncer de mama con 500.000 casos nuevos y 274.000 muertes anuales, 80% de las cuales se presentan en países en vía de desarrollo.<sup>4</sup>

Datos obtenidos de la Secretaria Seccional de Salud del Meta, refieren para el período enero a agosto de 2008; 507 casos de cáncer de cérvix. Cifra que refleja aumento comparando el periodo enero a diciembre de 2007 en donde se presentaron 597 casos.<sup>3</sup> Por tal razón es importante la responsabilidad tanto de ente territorial, prestadores y aseguradores para generar políticas responsables para la detección del Cáncer

Este estudio busca describir las características relacionadas con los factores de riesgo asociados con las pacientes nuevas que presentaron LEIAG en los diferentes tipos de aseguramiento en el municipio de Villavicencio durante el año 2008. Igualmente obtener tener información de los mecanismos y procesos utilizados tanto en IPS como en EPS con relación a la detección y confirmación del Cáncer de cérvix.

El cumplimiento de las metas para las actividades de protección específica y detección temprana según la resolución 412 y 3384 de 2000, es deficiente tanto a nivel nacional como Municipal. Durante el año 2008 Villavicencio fue calificado según parámetros de la Resolución 412 de 2000<sup>5</sup> para la actividad toma y lectura de citología vaginal para el régimen subsidiado con un parámetro DEFICIENTE de 43%, es decir de 20.258 citología programadas, 8.793 fueron tomadas y leídas. Para la población pobre no asegurada el parámetro NO APLICA, Mayor de 100%

es decir de 9.644 citologías programadas fueron tomadas y leídas 10.425 citologías. Y para el régimen contributivo parámetro NO APLICA, Mayor de 100% es decir de 21.124 citologías programadas, fueron tomadas y leídas 35.000 citologías.<sup>6</sup> Esta información permite evidenciar bajo cumplimiento de metas en el régimen subsidiado, por tal motivo se realizó este estudio en las pacientes que presentaron LEIAG, y así determinar cómo fue el proceso tanto del prestador como del asegurador para diagnosticar el cáncer de cérvix.

La información generada en este estudio aportara a la Secretaría Local de Salud un herramienta importante para realizar seguimiento a los prestadores y aseguradores del régimen subsidiado, contributivo y población pobre no asegurada, con relación al cumplimiento de la norma técnica<sup>5</sup> y a la detección oportuna del cáncer de cérvix.

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son las características y factores predisponentes de las pacientes con cáncer LEIAG en los diferentes regímenes de aseguramiento en el municipio de Villavicencio durante el año 2008?

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1 LOCALIZACIÓN

##### 3.1.1 MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

Villavicencio, es la capital del departamento del Meta, centro comercial más importante de los Llanos Orientales “con una población urbana de 384.131 habitantes”.<sup>7</sup> Está situada en el piedemonte de la Cordillera Oriental, al occidente del Departamento del Meta, en la margen izquierda del río Guatiquía. Su clima es cálido y muy húmedo, con temperaturas medias de 27 °C. Villavicencio se encuentra a 89,9 km al sur de la capital de Colombia, Bogotá, a dos horas por la Autopista al Llano.

En el área de la salud cuenta con un hospital de carácter oficial, varias clínicas privadas, centros de salud y EPS que cubren con pequeñas deficiencias las necesidades de la población.

Tabla No. 1. Tasas de mortalidad general

PERFIL DE MORTALIDAD		FUENTE
Tasa de Mortalidad general x mil hab.	4,73	DANE
No. de defunciones 2006	1846	DANE
Total Población 2006	390293	DANE
No. de defunciones 2006 hombres	1109	DANE
No. De defunciones 2006 mujeres	737	DANE
% defunciones en hombres	60	DANE
% defunciones en mujeres	40	DANE
Razón hombre mujer	1,5	DANE
Enfermedades del sistema circulatorio (%)	21,8	SLS
Tumores Neoplasias (%)	17,0	SLS
Muertes violentas (%)	16,0	SLS
Enfermedad del Sistema Respiratorio (%)	8,8	SLS
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y metabólicas (%)	6,2	SLS
Ciertas enfermedades Infecciones y Parasitarias (%)	5,3	SLS

PERFIL DE MORTALIDAD		FUENTE
Tuberculosis inclusive secuelas (%)	1,5	DANE
Enfermedad por VIH SIDA (%)	2,3	DANE
Accidentes Transporte Terrestre (%)	3,7	DANE
Tasa de Mortalidad perinatal 2007	11.2	SLS
Número de muertes perinatales (2007)	95	SLS
Número de nacidos vivos 2007	8586	SLS
Mortalidad por Dengue Hemorrágico	3	SLS
Mortalidad por Tuberculosis		SLS

Fuente: DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE) – SECRETARÍA LOCAL DE SALUD VILLAVICENCIO. Estadísticas Vitales. 2007

### 3.1.2 MORBILIDAD

Las primeras causas identificadas en el seguimiento de la morbilidad en la atención de consulta médica general y hospitalización a la población afiliada a Régimen Subsidiado y no asegurada, durante el año 2007 se encuentran señaladas en la Tabla No. 2.

En cuanto a consulta externa la Hipertensión arterial esencial e Infección vías urinarias son las primeras causas de consulta externa general. Conforme con los perfiles epidemiológicos de orden nacional, la enfermedad arterial hipertensiva es el primer motivo de consulta en los centros de atención ambulatorios. Se registraron 13.914 atenciones por esta causa, el 71% de las consultas registradas durante el periodo estudiado corresponden a pacientes incluidos en el grupo etéreo mayor de 60 años.<sup>8</sup>

Las infecciones del tracto urinario son más prevalentes en la población en edad fértil de 15-44 años y en el grupo poblacional mayor de 60 años. Se ha identificado que esta patología es más frecuente en mujeres en estado de gravidez, por motivos inherentes a su condición y en los mayores de 60 años en su totalidad se encuentran relacionados por fenómenos de orden obstructivo mecánico.<sup>8</sup>

Por su parte, las infecciones de vías urinarias, registran la primera causa de hospitalización con 241 casos, predominante en el grupo poblacional de 15 a 44 años (115 eventos), equivalente al 47.7% a diferencia del año anterior se observó aumento de la incidencia de casos registrados en el grupo poblacional de 1 - 4 años con 38 eventos, correspondiente al 37.7% del total de casos reportados.<sup>8</sup>

La celulitis de sitio no especificado, fue la segunda causa de hospitalización, con 209 eventos infecciosos en piel, los cuales fueron agrupados bajo el código L039,

su mayor incidencia es el grupo de 15 - 44 años y en el grupo de 1 - 4 años en el cual se registran 39 casos.<sup>8</sup>

En el grupo de menores de un año es importante destacar que las enfermedades gastrointestinales y las asociadas a sistema respiratorio, continúan siendo causa importante de hospitalización y epidemiológicamente podemos mencionar que las falencias en el autocuidado, saneamiento básico y ambiental, son las principales causa de estas patologías.<sup>8</sup>

Tabla No. 2. Diez primeras causas de consulta por grupos atareos en Villavicencio, 2007.

ENFERMEDAD	< 1 AÑO	1 A 4	5 A 14	15 A 44	45 A 59	60 O MAS	TOTAL
HIPERTENSION ESENCIAL	1	0	0	570	3.499	9.844	13.914
INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO	35	172	340	1.763	631	739	3.680
PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	23	656	1.126	615	213	216	2.849
VAGINITIS AGUDA	0	19	108	2.009	315	108	2.559
RINOFARINGITIS AGUDA	335	440	186	220	111	185	1.477
INFECCION VIRAL NO ESPECIFICADA	113	244	294	440	176	190	1.457
GASTRITIS, NO ESPECIFICADA	0	0	66	519	262	317	1.164
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	37	187	284	364	90	134	1.096
DIARREA Y GASTROENTERITIS DE SITIO NO ESPECIFICADO	129	285	188	239	88	98	1.027
HIPERLIPIDEMIA MIXTA	5	10	13	289	379	324	1.020
ESTADOS MORBOSOS MAL DEFINIDOS	130	340	823	4.345	1.565	1.388	8.591
LAS DEMAS CAUSAS	2.081	3.523	4.662	21.958	7.485	9.795	49.504
<b>TOTALES:</b>	<b>2.889</b>	<b>5.876</b>	<b>8.090</b>	<b>33.331</b>	<b>14.814</b>	<b>23.338</b>	<b>88.338</b>

Fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE) – ESE Municipal. Estadísticas Vitales. 2007

## **3.2 EPS QUE PRESTAN SERVICIO EN VILLAVICENCIO**

En Villavicencio se encuentran establecidas las siguientes aseguradoras:

### **3.2.1 RÉGIMEN SUBSIDIADO**

- CAPRECOM.
- CAJACOPI.
- COMPARTA.
- SOLSALUD.

### **3.2.2 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

- SOLSALUD.
- SALUD TOTAL.
- COOMEVA.
- HUMANAVIVIR.
- SALUDCOOP.
- SALUDVIDA.
- SANITAS.
- COLMEDICA.
- FAMISANAR.
- NUEVAEPS.

### **3.2.3 RÉGIMEN ESPECIAL**

- FFMM.
- MAGISTERIO.
- ECOPETROL.
- FONDO PASIVO.

### **3.2.4 POBLACIÓN POBRE NO ASEGURADA**

Secretaria Local de salud de Villavicencio convenio con ESE Municipal (baja complejidad) Secretaria seccional de salud del meta convenio con ESE Hospital Departamental de Villavicencio, (alta complejidad de atención)

## **3.3 PATOLÓGOS**

En Villavicencio prestan sus servicios profesionales, los siguientes patólogos:

- Jairo Alberto Diaz Torres.
- Ligia Zárate Rodríguez.

- Jorge Luque.
- Gonzalo Gómez Pinzón.
- Jesus Maria Mantilla Alvarez.
- Jorge Boshell Samper.

### **3.4 LABORATORIOS DE PATOLOGÍA**

Los laboratorios de patología con que cuenta esta ciudad son:

- Laboratorio de Patología Clínica Llanos.
- Laboratorio de Citología y Patología del Meta.
- CITOPAT.
- LABOPAT.
- Clínica Meta.
- Clínica Universidad Cooperativa.
- Hospital Departamental de Villavicencio.

### **3.5 CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

El cáncer de cuello uterino es un cáncer que comienza en el cuello del útero, la parte inferior del útero (matriz) que se abre en la parte superior de la vagina, no se tiene aún la certeza que cuando existe presencia de lesiones malignas, éstas lleven a que se desarrolle el cáncer de cuello. “Epidemiológicamente se ha encontrado que la edad de las mujeres con estas lesiones premalignas (displasias leves –NIC I- o displasias moderadas –NIC II) es menor que las que tienen carcinoma *in situ* (NIC III) y éstas a su vez son menores que las que presentan cáncer infiltrante”,<sup>9</sup> estos resultados dejan ver que se vive un proceso continuo, pero no quiere decir que todos progresan a invasión. En algunos casos se presenta que las displasias leves y moderadas tienen tendencia a la regresión, es por esto que deben ser consideradas como potencialmente malignas y no descuidar su manejo.

Este cáncer empieza en la superficie del cuello uterino, proviene de células escamosas, su desarrollo es lento generalmente, comenzando como una afección precancerosa denominada displasia, la cual puede ser detectada por medio de la citología vaginal, con el tratamiento adecuado se logra su curación; es por esto que es importante que las mujeres acudan a realizarse la citología regularmente, reclamen sus resultados y consulten con su especialista, generalmente quienes lo presentan son aquellas mujeres que no se hacen con regularidad el examen o no han tenido un seguimiento a los resultados anormales, esta situación origina que el cáncer de cuello uterino se disemine a la vejiga, los intestinos, los pulmones y el hígado.

Casi todos los cánceres cervicales son causados por el virus del papiloma humano (VPH), un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales. Existen muchos tipos diferentes de VPH y muchos de ellos no causan problemas; sin embargo, sólo ciertas cepas de este virus realmente conducen al cáncer cervical.<sup>10</sup>

### **3.5.1 ANTECEDENTES DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades que tienen una mayor incidencia, en mujeres ocupa el segundo puesto, siendo el primero el de seno, “se diagnostican 500 casos anuales y mueren 270 mujeres; una mujer cada dos minutos, en promedio”.<sup>11</sup> “En Latinoamérica la cifra de casos detectados asciende a 72 mil por año y 33 mil muertes por esta causa”.<sup>11</sup> En el país ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad para las mujeres, según información del Instituto Nacional de Cancerología.<sup>1</sup> Según el DANE y el Instituto Nacional de Cancerología (INC) y Globocan (Sistema de Registro en Cáncer de la OMS), cada año se diagnostican aproximadamente 6.800 mujeres con este tipo de cáncer y mueren poco más de 3.200 por esta causa. Por esta razón, la Liga Colombiana Contra el Cáncer realiza desde el año 2006 la campaña de prevención y detección temprana de Cáncer de Cuello Uterino.<sup>1</sup> En el departamento del Meta el número de mujeres muertas por este cáncer llegó a 65, incrementándose en 15 personas más que en el año inmediatamente anterior<sup>2</sup>; al municipio de Villavicencio le corresponden 36 de estas muertes, por este aumento en la tendencia a sufrir de cáncer de cuello uterino es que se hace importante describir la población y determinar la efectividad del Programa de Cáncer de Cuello Uterino en el municipio de Villavicencio, durante el año 2008, para que se puedan tomar los correctivos necesarios al socializar los resultados del presente estudio con las entidades de control de los entes gubernamentales encargados de hacer el control a las EPS y sus programas de Promoción y Prevención, en procura de aumentar la expectativa de vida de estas pacientes.

A raíz de esta información PROFAMILIA<sup>11</sup> decidió llevar a cabo un programa integral de prevención del cáncer de cuello uterino, donde se incluyera la vacunación a un precio favorable para sus usuarias, pero no a manera de campaña de vacunación con la cual se busca reducir las cifras de cáncer de cuello uterino, en primer lugar se evaluará la paciente para ver si es recomendable aplicarle la vacuna, el precio es de 360 mil pesos, pero el costo en el laboratorio de la vacuna contra el papiloma humano está entre los 750 y 900 mil pesos. Se debe aplicar especialmente a mujeres que se encuentran entre los 10 y 15 años y no han tenido aún su primera relación sexual, esto no implica que no lo puedan hacer las mayores, pero deberá dárseles una educación y obtener un previo conocimiento de las ventajas que tendrían al ponerse la vacuna.

Además han mostrado preocupación por el aumento de cáncer en el Departamento algunos dirigentes políticos, quienes preparan una ley para

fortalecer una política pública de promoción y prevención de la enfermedad en la región, la diputada Claudia Marcela Amaya, explicó que la ausencia de una clara política de promoción y prevención que le ponga freno a los casos de cáncer de mama y cuello cervical en el Meta, podrían ser una de las causas que ha contribuido a que se presente con más frecuencia esta enfermedad en las mujeres. Que se debería llamar la atención a las autoridades, Ese Departamental y a las EPS y demás organismos que tengan que ver con la salud del departamento para actuar pronto, porque las cifras revelan que se están afectando seriamente a las mujeres: "... de cérvix 507 casos y el año pasado hubo en cérvix de enero a diciembre 597 casos... Por tal razón es importante que nos pongamos todos en alerta y tengamos esa responsabilidad de prevenir a tiempo la enfermedad".<sup>12</sup> Hizo énfasis en la falta de cuidado de la misma mujer y la falta de políticas públicas para que exista continuidad en los programas de promoción y prevención, que se extiendan a todos los municipios.

El inconveniente en cuanto a la presencia del cáncer de cuello uterino no radica en la cobertura, porque en el año inmediatamente anterior el 78%<sup>1</sup> de las mujeres colombianas se realizaron la citología, el problema es su atención oportuna y equitativa para aquellas personas que requieren los tratamientos, falta divulgar los derechos sobre seguridad social para que las usuarias accedan a ellos y lograr de esta manera la ampliación de la cobertura, evitando muertes por una enfermedad que tratada a tiempo es curable. Además se debe buscar mecanismos por parte del Estado para que los de programas de promoción y prevención se lleven a cabo.

Como una medida para disminuir la tasa de mujeres que padecen este tipo de cáncer, la Liga Colombiana Contra el Cáncer, de acuerdo y en unión con los lineamientos nacionales del INC y el Ministerio de la Protección Social, durante el pasado mes de marzo desarrollo la campaña nacional: **Para el control del cáncer el tiempo es vital**. La principal estrategia para mejorar la detección temprana de este tipo de cáncer, sigue siendo la citología a toda mujer que haya iniciado vida sexual; sin embargo, este año además de promover la realización de este examen, se debe hacer énfasis en la difusión de los derechos que en materia de Seguridad Social deben conocer las usuarias.<sup>12</sup>

### **3.5.2 PRINCIPALES FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA PRESENCIA DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO**

El cáncer de cuello de útero se desarrolla a partir de la infección del virus papiloma humano (VPH) que se transmite por vía sexual (contacto piel-piel pene-vagina). El 70% de las personas con vida sexual activa se contagian del papilomavirus, pero sólo el 20% llega a desarrollar el cáncer. El tejido del útero se regenera continuamente pero cuando las células se vuelven anormales y se dividen sin control y sin orden aparecen masas de tejido "extra" (tumores) que pueden ser malignos o benignos. Los pólipos, quistes y verrugas son tumores benignos y no

suponen un riesgo para la vida. Los tumores malignos suponen un riesgo para la vida si las células cancerosas alcanzan otros órganos o se diseminan a otras partes del cuerpo (metástasis).<sup>4</sup>

Se puede dar que se asocie el VPH con otros factores de riesgo y de esta manera se aumenta más el riesgo a sufrir de cáncer de cuello uterino, no siempre se presenta que una mujer que presente VPH lo desarrolle, todos los organismos no tienen las mismas características:

### **3.5.2.1 Infección de VPH**

Los VPH son un grupo de virus que pueden infectar el cérvix. Una infección de VPH que no se cura puede causar cáncer de cérvix en algunas mujeres. El VPH es la causa de casi todos los cánceres cervicales.<sup>4</sup>

### **3.5.2.2 Factores hereditarios**

El Instituto Cancerológico Norteamericano determinaron que el 28% de los pacientes con algún tipo de cáncer están asociados a familiares con cáncer de cérvix.<sup>13</sup>

### **3.5.2.3 Tabaquismo**

En las mujeres que están infectadas con VPH, el fumar aumenta levemente el riesgo de padecer cáncer de cérvix.<sup>4</sup>

### **3.5.2.4 Sistema inmunitario debilitado (el sistema natural de defensa del cuerpo)**

La infección con VIH (el virus que causa el SIDA) o el tomar medicamentos que inhiben el sistema inmunitario aumentan el riesgo de padecer cáncer cervical.<sup>4</sup>

### **3.5.2.5 Antecedentes sexuales**

Las mujeres que han iniciado su vida sexual a temprana edad, las que han tenido muchas parejas sexuales tienen un riesgo mayor de padecer cáncer cervical. También, una mujer que ha tenido relaciones sexuales con un hombre que a su vez ha tenido diferentes parejas sexuales puede tener un riesgo mayor de padecer cáncer de cérvix. En estos casos, el riesgo de padecer cáncer cervical es mayor porque estas mujeres tienen una tendencia mayor a infección por VPH.<sup>4</sup>

### **3.5.2.6 La multiparidad**

Los estudios sugieren que tener muchos hijos (cinco o más) puede elevar ligeramente el riesgo de padecer cáncer cervical en mujeres con infección por VPH.<sup>4</sup>

## **3.6 DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO**

Es indispensable que las mujeres se realicen la citología con cierta frecuencia para que el cáncer de cuello uterino sea detectado y diagnosticado a tiempo pudiendo recibir un tratamiento que le permita salvar su vida, se inicia con una citología también llamada prueba de Papanicolaou o prueba de Pap, “es una prueba sencilla que se usa para examinar las células cervicales. Las pruebas de Pap pueden encontrar cáncer cervical o células anormales que pueden resultar en cáncer cervical”,<sup>4</sup> en su fase inicial haciendo que su tratamiento sea eficaz. Cuando los resultados son anormales se deben realizar otras pruebas para hacer el diagnóstico respectivo:

A la mayoría de las mujeres les extraen tejido en el consultorio médico con anestesia local, procedimiento denominado biopsia. Un patólogo examina el tejido al microscopio para ver si hay células anormales. La biopsia puede ser con sacabocados (pequeña muestra tejido cervical); escisión electroquirúrgica con asa (se rebana un pedazo delgado y redondo de tejido cervical) o por legrado o curetaje endocervical (se raspa una pequeña muestra de tejido del cérvix), de cono (deja ver si las células anormales han invadido el tejido bajo la superficie del cérvix).

## **3.7 MARCO LEGAL**

### **3.7.1 RESOLUCIÓN 412 DEL MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL <sup>6</sup>**

Con la implementación de esta Resolución se buscó adoptar normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades. Se establecen diferentes normas técnicas, entre ellas la que se debe seguir para la detección temprana del cáncer de cuello uterino, contenida en el anexo técnico 1-2000 para dar cumplimiento a lo exigido en el Acuerdo 117.

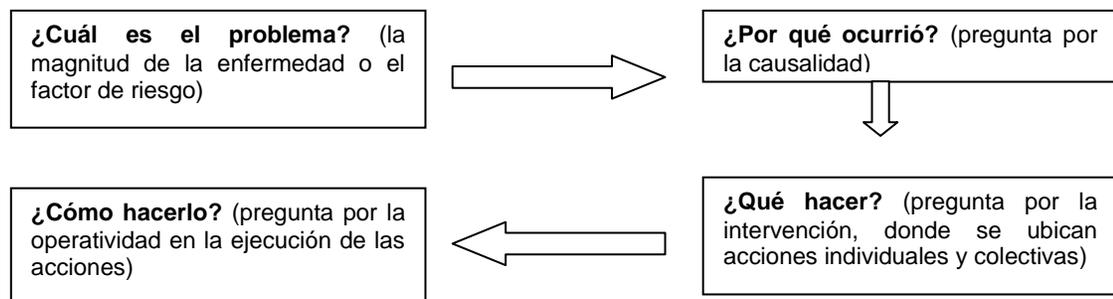
### 3.7.2 NORMA TÉCNICA PARA ATENCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO

En Colombia el cáncer de cuello uterino es de alta incidencia y mortalidad. Según lo estableció el Ministerio de Protección Social, esto es motivo y razón para buscar instaurar la norma técnica expedida en el año 2000<sup>14</sup> con la cual se estandarizó el manejo en la detección de cáncer de cuello uterino en las instituciones de salud. Mediante este instrumento buscó orientar al personal de salud con el fin de generar resultados en la disminución de tratamiento del cáncer en estadios infiltrantes y de alto grado que a su vez representan elevados costos de atención. Con relación a la entrega de reportes del examen de citología vaginal, la norma técnica, resalta la búsqueda activa que se debe hacer a todas aquellas mujeres que pasados 30 días no regresen a reclamar su reporte.

### 3.8 PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Para orientar la acción en salud (prevención) tiene como primera acción la identificación del problema, definido como la enfermedad (o discapacidad) que se busca controlar; en segundo lugar se busca establecer la causa de dicha enfermedad, asumida como una combinatoria de factores de riesgo asociados a la enfermedad; en tercer lugar se piensa en las intervenciones a efectuar para controlar la enfermedad y por último se diseña la manera de implementar estas acciones. La Figura 1 sintetiza la lógica del abordaje.<sup>15</sup>

Figura 1. La lógica de la acción preventiva.

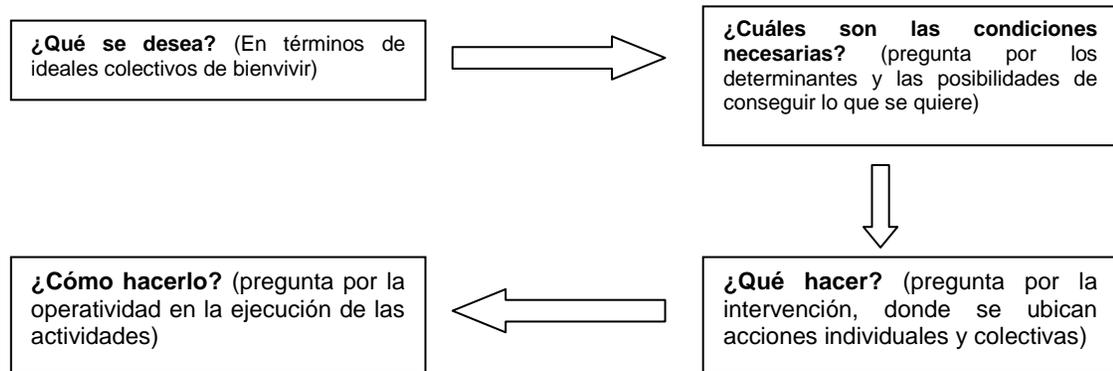


Fuente: ESLAVA C., Juan Carlos. Promoción y prevención en el Sistema de Salud en Colombia. *En*: Rev. Salud Pública. Vol. 4. No. 1. (marzo, 2002). p. 4.

La promoción en salud tuvo sus inicios en Canadá en el Siglo XX, propuesta que fue acogida por países europeos y Estados Unidos, con el apoyo e impulso de la Organización Mundial de la Salud, se le dio importancia de política de salud pública a nivel internacional.<sup>16</sup> Para su implementación se ha tenido que dar una transformación de la lógica de acción y, por tanto, de la lógica que debe orientar una política en salud, la promoción en salud busca alcanzar objetivos de satisfacción; más que la identificación de factores de riesgo, busca identificar las

condiciones necesarias para alcanzar estos objetivos y al establecer esto, la promoción en salud se pregunta por el qué hacer para lograr estos objetivos y cómo hacerlo. (Véase Figura 2)

Figura 2. La lógica de las acciones en promoción de la salud.



Fuente: ESLAVA C., Juan Carlos. Promoción y prevención en el Sistema de Salud en Colombia. En: Rev. Salud Pública. Vol. 4. No. 1. (marzo, 2002). p. 6.

Todas las EPS deben basar su modelo de atención en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y el fomento del autocuidado, en cumplimiento de la normatividad vigente, como el Acuerdo 117,<sup>17</sup> las Resoluciones 412<sup>5</sup> y 3384,<sup>18</sup> que establecen las actividades, procedimientos e intervenciones para el desarrollo de acciones de Promoción y Prevención en el Sistema General de Seguridad Social, y mejorar la calidad y expectativa de vida de sus usuarios.

Con este fin se deben llevar a cabo las siguientes acciones por parte de las EPS:

- Evaluación de los factores de riesgo predisponentes para cáncer de cuello de útero.
- Toma, lectura y procesamiento de citología cérvico uterina.
- Información y orientación de acuerdo con los resultados del examen y a condiciones particulares de cada usuaria, servicio que debe ser prestado por una enfermera con remisión a especialista de acuerdo con el resultado.

### **3.9 NORMAS PARA LECTURA Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICOUTERINA**

En primer lugar al realizarse una citología cérvico – uterina, este procedimiento debe llevarse a cabo en laboratorios centralizados de citología y patología, que cumplan con la normatividad, controles de calidad y se encuentren debidamente reglamentados, los encargados de realizar la lectura deben ser citotecnólogos bajo la supervisión y asesoría de un citopatólogo o patólogo adecuadamente entrenado en lectura de citología cervicouterina.

El citotecnólogo es responsable de todos los casos definitivamente negativos para neoplasia y debe remitir para segunda lectura, por parte del citopatólogo, todas las placas reportadas como anormales y/o positivas. Así mismo debe discutir en conjunto los reportes en los cuales exista amplia divergencia entre las lecturas.

Con el objeto de adoptar una terminología uniforme que pueda ser relacionada con las clasificaciones histopatológicas, se ha adoptado el Sistema Bethesda que ofrece al médico tratante información descriptiva que orienta la toma de decisiones para el manejo adecuado de las mujeres que acceden a los servicios de tamizaje. La primera parte del Sistema Bethesda tiene que ver con la calidad del espécimen para examinar, ya que es necesario determinar la calidad del material disponible en la placa para la lectura, esta puede clasificada así:<sup>19, 20</sup>

- Satisfactoria para evaluación: la muestra tiene cantidad suficiente de material exocervical y endocervical para lectura.
- Satisfactorio pero limitado: sólo puede leerse el 50% de la muestra, por mala fijación, muestra muy gruesa, reacción inflamatoria severa, muestra hemorrágica, mala preservación celular o por ausencia de células endocervicales. Se deben analizar las causas pudiéndose repetir al año.
- Inadecuada: sólo puede leerse el 25% del total del extendido por mala fijación, mala tinción, muestra muy gruesa, sólo material hemorrágico o material inflamatorio. A pesar de ser inadecuada, se deben reportar los hallazgos, resaltando que debe repetirse previo tratamiento de los hallazgos que así lo requieran.

La segunda parte del reporte se refiere a los resultados citológicos propiamente dichos, estos se presentan así:

- Negativa para neoplasia
- Cambios Celulares Benignos
- Infección (describe las posibles causas)
- Cambios reactivos (describe las posibles causas)

- Anormalidades De Células Epiteliales
- De Células Escamosas
- Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS o ACSI)
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Bajo Grado(LEIBG):
- Infección por Virus del Papiloma Humano - VPH
- Neoplasia intraepitelial del cérvix grado I (NIC)
- Lesiones Escamosas Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG):
- Neoplasia intraepitelial grado II(NIC II)
- Neoplasia intraepitelial grado III (NIC III)
- Carcinoma escamocelular
- De Células Glandulares
- Células Endometriales de Aspecto Benigno en pacientes post-menopáusicas

Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS - AGSI):

- Adenocarcinoma endocervical
- Adenocarcinoma endometrial
- Adenocarcinoma extrauterino
- Adenocarcinoma de sitio no especificado.

Otras neoplasias malignas

- Anormalidades de células no epiteliales. Ante este reporte la usuaria debe remitirse a ginecólogo-oncólogo para estudio y tratamiento.

La tercera parte es el diagnóstico descriptivo:

- Infección
- Vaginosis Bacteriana
- Tricomonas
- Chlamydia
- Actinomyces
- Herpes
- Otros
  
- Cambios reactivos
- Cambios reparativos
- Inflamación por atrofia
- Cambios por radioterapia
- Cambios por dispositivo intrauterino
- Otros

La cuarta parte se refiere a la evaluación hormonal, que si bien es cierto no corresponde con el propósito de la citología cervicouterina, se encuentra útil para inducir algunas conductas terapéuticas. El reporte en esta parte es como sigue:

- Patrón hormonal compatible con edad e historia
- Patrón hormonal no compatible con edad e historia
- Evaluación hormonal no factible (causa).<sup>19, 20</sup>

En 1988 en Bethesda (Estados Unidos) un grupo de científicos desarrolló un nuevo sistema de reporte estandarizado, conocido como Reporte Bethesda, el cual marcó un gran avance para el descubrimiento del cáncer cervical. En 1991 se le hicieron algunas modificaciones.

Norma técnica para cáncer de cuello uterino contenida en la resolución 0412<sup>14</sup> se reporta así:

- Normal.
- Normal inflamatorio.
- LIE bajo grado.
- LIE alto grado.

Células sospechosas de cáncer invasor.

Un informe citológico debe contener:

- Descripción de la muestra como adecuada o inadecuada.
- Descripción de cambios reparativos o reactivos.
- Diagnóstico de la flora microbiana como hongos, bacterias, protozoos, virus.
- Descripción de las anomalías epiteliales de las células escamosas.

La dirección local de salud tiene la responsabilidad de vigilar y controlar la prestación de los servicios de salud contemplados en el Plan Obligatorio de Salud y de ofrecer la atención a la población vinculada con cargo al subsidio a la oferta. Adicionalmente debe identificar las personas que requieren atención en salud y garantizar el acceso a los servicios de salud para una atención oportuna e integral. Igualmente debe asesorar, evaluar y controlar el funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública y notificar los casos a la Dirección Seccional de Salud.

Es responsabilidad de la Dirección Seccional de Salud brindar asesoría y asistencia técnica a los municipios para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, gerenciar la Vigilancia en Salud Pública a nivel departamental, notificar los casos al Ministerio de Salud y vigilar que se les ofrezca una atención oportuna e integral.

Es responsabilidad del Ministerio de Protección Social dirigir y controlar el sistema de vigilancia en salud pública del cáncer cervicouterino.

#### **4. PROPÓSITO**

Aportar a la Secretaría de Salud del municipio de Villavicencio, un material que le sirva de herramienta para que los aseguradores y prestadores del Municipio fortalezcan las actividades de detección temprana estipuladas en las resoluciones 3384 y 412 de 2000, así como contribuir con la información necesaria para cumplir con la inspección y vigilancia realizada a los diferentes actores involucrados en la salud del municipio. Este documento permitirá aportar información indispensable para que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, realice seguimiento a la base de datos aportada en esta investigación y se articule con aseguradores y prestadores para mejorar procesos de referencia y contrareferencia que aportaran significativamente para la oportuna detección del cáncer de cuello uterino, en Villavicencio.

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir las características socio demográfico, más frecuente asociadas con las pacientes que presentan Lesiones Intraepiteliales de Alto Grado (LEIAG) de las diferentes aseguradoras en el municipio de Villavicencio durante el año 2008.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir la distribución de edad de las pacientes con LEIAG en los diferentes sistemas de aseguramiento en el municipio de Villavicencio.
- Establecer el reporte de las biopsias de cérvix anormales en las pacientes del régimen subsidiado, contributivo y población pobre no asegurada.
- Determinar los antecedentes ginecobstetricos de las pacientes con LEIAG.
- Describir comportamiento de las pacientes LEIAG frente la asistencia a programas de promoción y prevención.
- Establecer el periodo de entrega del reporte de citología vaginal a los pacientes con LEIAG

## 6. METODOLOGÍA

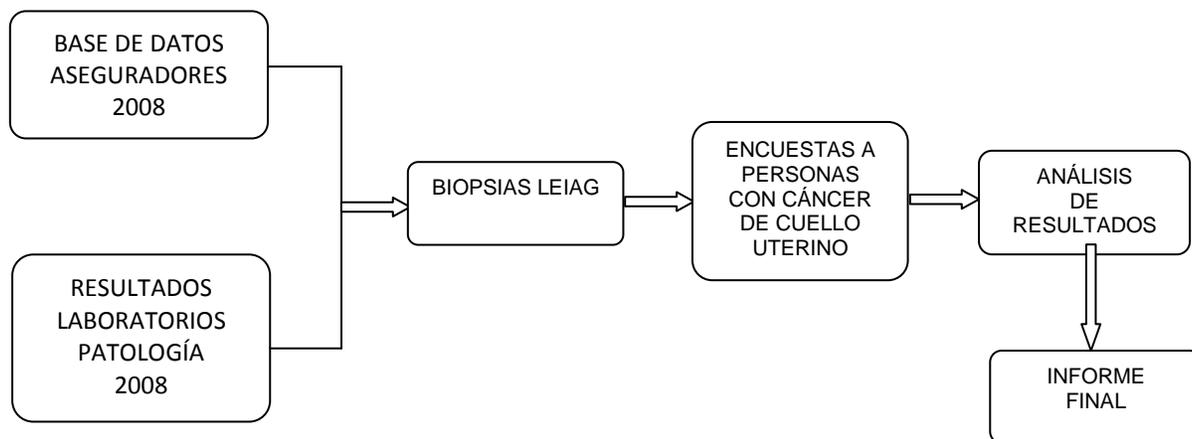
### 6.1 DISEÑO

Se propuso un estudio descriptivo de corte transversal con componente analítico, a partir de las biopsias LEIAG obtenidas de todas las pacientes con cáncer de cérvix presentes en las diferentes aseguradoras subsidiadas, contributivas y población pobre no asegurada en el municipio de Villavicencio durante el 2008.

Para realizar este trabajo se recurrió en primer lugar a conocer los resultados de Biopsias de cérvix Positivas con diagnóstico de Lesión Intraepitelial de Alto grado (LEIAG), clasificadas como displasias moderadas, displasias severas y Cáncer *in situ*. Inicialmente para ubicar los pacientes del régimen subsidiado y población pobre no asegurada se revisaron los libros de reporte de citologías anormales en las nueve IPS de la ESE Municipal, posteriormente se solicitaron bases de datos de alto costo para pacientes con cáncer de cérvix en las EPS subsidiadas y contributivas con presencia en la ciudad de Villavicencio, luego se recolectó información de todas las biopsias LEIAG en los laboratorios de patología privados y públicos presentes en el municipio de Villavicencio.

Se creó una base de datos única con todos los pacientes que tenían biopsia clasificada como LEIAG. Luego se aplicó un instrumento a las pacientes que se lograron ubicar vía telefónica.

Figura 3. Flujograma de trabajo.



Se seleccionaron 471 registros, entre citologías vaginales anormales y biopsias de cérvix. De estos se recolectaron 256 biopsias y se tomaron 189 biopsias de cérvix diagnosticadas con LEIAG. Con estas biopsias se organizó una base de datos y se ubicó vía telefónica a 71 pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión a los que se les aplicó un instrumento que permitió describir las variables estudiadas.

## **6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estudiada está constituida por 71 mujeres pertenecientes a los diferentes regímenes de aseguramiento que aceptaron participar voluntariamente en la investigación realizada. Las pacientes incluidas en el estudio tenían diagnóstico de cáncer de cérvix clasificado histológicamente como LEIAG.

## **6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

### **Criterios de Inclusión:**

Pacientes con:

- Todas las mujeres residentes en el municipio de Villavicencio durante el año 2008, con diagnóstico histológico de cáncer de cérvix LEIAG que deseen participar voluntariamente en el estudio.

### **Criterios de Exclusión:**

- Todas las mujeres con resultados de biopsia negativos y que no residan en la ciudad de Villavicencio.
- Mujeres con antecedentes personales de otro tipo de cáncer diferente al de cérvix.

## **6.4 FUENTES DE INFORMACION Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN**

### **Fuentes de Información:**

- Libros de registro de citologías vaginales en IPS.
- Bases de datos alto costo EPS.
- Bases de datos y libros de registro de Laboratorios de Patología

### **Unidad de análisis:**

- Biopsias de cérvix LEIAG

### **Instrumento:**

Se diseñó un instrumento con la información necesaria para cada una de las variables de interés; teniendo en cuenta la descripción de aquellas que han sido categorizadas, posteriormente la información se recopiló utilizando el programa Excel. Estuvo a cargo directamente por el investigador. Previa estandarización de conceptos y asignación de códigos para el ingreso de los registros. Finalmente se diseñó una base de datos informática utilizando el programa SPSS.<sup>16</sup>

El instrumento se muestra en el anexo 1.

### **6.5 CONTROL DE SEGOS Y ERRORES**

Para el control de sesgos se plantearon las estrategias que se observan en la Tabla No. 3.

Tabla No. 3. Estrategias para el control de sesgos.

<b>SESGO</b>	<b>ESTRATEGIA DE CONTROL</b>
<b>DE SELECCIÓN</b>	Criterios de inclusión y exclusión aplicados para la selección de la muestra
<b>DE INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diseño de herramienta para la recolección de datos</li><li>• Recolección de información por el investigador y por personal capacitado y conocedor del tema.</li></ul>
<b>DEL OBSERVADOR</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diligenciamiento del instrumento por el investigador, previo análisis y estudio de las variables.</li><li>• Tiempo diario establecido por el investigador para evitar cansancio y stress.</li></ul>
<b>DE CONFUSIÓN</b>	Criterios de inclusión y exclusión.

La calidad de la información para la investigación parte de la prueba confirmatoria (biopsia de cérvix LEIAG) para Cáncer de Cuello Uterino.

### **6.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudio se ajustó a los lineamientos jurídicos y éticos contemplados en la Declaración de Helsinki que contempla los principios éticos para la investigación que involucra sujetos humanos y a lo establecido en la Resolución 008430 de 1993<sup>21</sup> que enuncia las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Además, puede ser clasificado como una Investigación con riesgo mínimo, considerando que el registro de los datos se obtuvo a través de

procedimientos comunes, como el uso de un cuestionario y entrevista personal. A los pacientes y personas participantes se les explicó los objetivos del estudio y sus implicaciones; se les garantizó el carácter de confidencialidad y voluntariedad del estudio.

Los resultados de esta investigación fueron presentados como datos globales y nunca como datos individuales, fueron de carácter absolutamente confidencial, de manera que, solamente el Secretario de Salud y el grupo de Gestión en Promoción y Prevención y el equipo de colaboradores del programa Salud Sexual y Reproductiva tuvieron acceso a estos. Esto con el fin de mejorar procesos en promoción y prevención en los programas de cáncer de cuello uterino tanto en aseguradores como prestadores del municipio de Villavicencio.

Para la realización de este estudio, el Secretario Local de Salud del municipio de Villavicencio, ofició, a aseguradores como prestadores, solicitando información tanto de bases de datos, registros y reporte de biopsias de patología.

## **6.7 VARIABLES**

### **6.7.1 VARIABLES DE PERSONA**

- Edad.
- Estrato socioeconómico
- Tipo de aseguramiento.
- Ocupación
- Escolaridad
- Estado civil
- Abortos
- Partos
- Motivo para la realización de la citología vaginal.
- Frecuencia en la realización de la citología vaginal
- Tiempo de entrega de la citología vaginal
- Realización de la biopsia de cérvix
- Reporte biopsia de cérvix.
- Asistencia a programas de P y P.
- Inicio de relaciones sexuales
- Promiscuidad
- Edad primer embarazo
- Ingesta de licor
- Habito de fumar
- Exposición a tóxicos
- Exposición a radiaciones
- Antecedentes familiares de cáncer.

Tabla No. 4. Clasificación de variables.

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	CLASIFICACION			RELACION ENTRE VARIABLES	CODIFICACION
		NATURALEZA	TIPO	ESCALA		
Edad.	Tiempo de vida en años al aplicar el instrumento	Cuantitativa	Continua	Razón	Independiente	1:15-19, 2:20-29, 3:30-39, 4:40-49, 5:50-59. 6:60 y mas
Estrato socioeconómico	Clasificación según SISBEN	Cualitativa	Discreta	Ordinal	Independiente	1:1,2:2,3:3,4:4,5:5
Tipo de aseguramiento.	Es el sistema de salud al que pertenece el paciente puede ser Pobre no asegurado, Régimen subsidiado y	Cualitativa	Discreta	Nominal policotómica	Independiente	1:PPNoA 2:subsidiado 3:contributivo
Ocupación	Trabajo u oficio desempeñado	Cualitativa	Discreta	Nominal policotómica	Independiente	1:ama de casa 2:empleada 3:estudiante 4:no trabaja 5:comerciante
Escolaridad	Nivel de estudios cursados	Cualitativa	Discreta	Nominal policotómica	Independiente	1:primaria 2:secundaria 3:universidad 4:sin estudio
Estado civil	Situación o unión sentimental de la pareja	Cualitativa	Discreta	Nominal policotómica	Independiente	1:soltera 2:casada 3:separada 4:viuda 5:union libre
Abortos	Producto de embarazo no finalizado	Cuantitativa	Continua	Razón	Independiente	1:1,2:2,3:3,4:4,5:0
Partos	Número de nacimientos	Cuantitativa	Continua	Razón	Independiente	# de partos
Motivo para la realización de la citología vaginal.	Toma de decisión frente a la realización de la citología vaginal	Cualitativa	Discreta	Nominal policotómica	Dependiente	1:solicitud medica 2:iniciativa propia 3:consejo amiga
Frecuencia en la realización de la citología vaginal	Periodicidad para la realización de la citología vaginal	Cualitativa	Discreta	Nominal policotómica	Dependiente	1:primera vez 2:semestral 3:anual 4:ocasional
Tiempo de entrega de la citología vaginal	Tiempo en días para la entrega de la citología vaginal	Cuantitativa	Continua	Nominal policotómica	Independiente	1: menor de 5 días, 2:6-11, 3:12-19. 4:20-29, 5:30-39, 6:40-49
Realización de la biopsia de cérvix	Tiempo en días o meses para la toma del examen de biopsia de cérvix	Cuantitativa	Continua	Nominal policotómica	Independiente	1: menor de 5 días, 2:6-11, 3:12-19. 4:20-29, 5:mayor o igual a 30
Reporte biopsia de cérvix.	Tiempo en días o meses para el reporte de la biopsia de cérvix	Cuantitativa	Continua	Nominal policotómica	Independiente	1: menor de 5 días, 2:6-11, 3:12-19. 4:20-29, 5:30-39, 6:40-49
Asistencia a programas de pyp.	Presencia del usuario en las actividades de promoción y prevención	Cualitativa	Discreta	Nominal dicotómica	Independiente	1:si 2:no
Inicio de relaciones sexuales	Tiempo en años cuando tuvo por primera vez relaciones sexuales	Cuantitativa	Continua	Nominal policotómica	Dependiente	1: 12-15, 2:16-20, 3:mayor de 20
Promiscuidad	Más de un compañero sentimental en un periodo de tiempo determinado	Cualitativa	Discreta	Nominal dicotómica	Dependiente	1:si 2:no

NOMBRE	DEFINICION OPERACIONAL	CLASIFICACION			RELACION ENTRE VARIABLES	CODIFICACION
		NATURALEZA	TIPO	ESCALA		
Edad primer embarazo	Tiempo en años cuando quedo embarazada por primera vez	Cuantitativa	Continua		Dependiente	# años
Ingesta de licor	Consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa			Dependiente	1:si 2:no
Habito de fumar	Consumo de cigarrillos	Cualitativa		Nominal dicotómica	Dependiente	1:si 2:no
Exposición a tóxicos	Contacto directo o indirecto con sustancias toxicas o venenos químicos	Cualitativa	Discreta	Nominal dicotómica	Independiente	1:si 2:no
Exposición a radiaciones	Contacto directo o indirecto con radiaciones	Cualitativa	Discreta	Nominal dicotómica	Independiente	1:si 2:no
Antecedentes familiares de cáncer.	Presencia de cáncer en familiares	Cualitativa	Discreta	Nominal dicotómica	Independiente	1:si 2:no

### 6.7.2 VARIABLE DE TIEMPO

Período comprendido entre los meses de enero a diciembre del 2008.

### 6.7.3 VARIABLE DE LUGAR

Las aseguradoras de la ciudad de Villavicencio y laboratorios de patología.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 REGISTROS

Para la recolección de la información inicialmente se ubicaron 471 registros que provenían de IPS, laboratorios de patología y bases de datos de aseguradores. De éstos se clasificaron las citologías y biopsias anormales. (Véase Tabla No. 5)

Tabla No. 5. Total de registros (LEIBG – LEIAG – ASCUS).

<b>Registro</b>	<b>Cantidad</b>
Citología vaginal	215
Biopsia de cérvix	256
<b>Total registro</b>	<b>471</b>

Se recolectaron 256 Biopsias anormales, según tipo de aseguramiento, el mayor peso lo evidenció el régimen contributivo con el 48%; seguido por el régimen subsidiado con un 38% y la población pobre no asegurada con un 8.2%, como se puede observar en la Tabla No. 6.

Tabla No. 6. Total de biopsias: 256 registros.

<b>Régimen</b>	<b>Registros</b>	<b>Porcentaje</b>
PPNoA:	22	8.2%
R.SUBSIDIADO	97	38%
R.CONTRIBUTIVO	122	48%
MULTIAFILIADOS	15	5.8%
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100%</b>

En la Tabla No. 7 se registra el reporte de citologías anormales, el cual evidenció un 73.8% con diagnóstico LEIAG seguido con un 26% para el diagnóstico LEIBG y sólo un 0.2% presentó diagnóstico ASCUS

Tabla No. 7. Resultados biopsias.

<b>Clasificación</b>	<b>Registro</b>	<b>Porcentaje</b>
ASCUS	1	0.2%
LEIBG	66	26%
LEIAG	189	73.8%
<b>Total</b>	<b>256</b>	<b>100%</b>

Tabla No. 8. Biopsias LEIAG por régimen. Villavicencio, 2008.

<b>Aseguramiento</b>	<b>EPS</b>	<b>Registro</b>	<b>Porcentaje</b>
Población pobre no asegurada	Ente territorial	<b>22</b>	<b>12%</b>
Régimen subsidiado	CAJACOPI	27	
	COMPARTA	7	
	SOLSALUD	20	
	CAPRECOM	25	
<b>Total RS</b>		<b>79</b>	<b>41%</b>
Régimen contributivo	SALUDCOOP	29	
	NUEVA EPS	16	
	SALUD TOTAL	9	
	COOMEVA	9	
	COLMEDICA	7	
	MAGISTERIO	4	
	FAMISANAR	3	
	SANITAS	3	
	HUMANAVIVIR	1	
<b>Total RC</b>		<b>81</b>	<b>42%</b>
<b>Multiafiliados</b>		<b>7</b>	<b>5%</b>
<b>Total</b>		<b>189</b>	<b>100%</b>

Tabla No. 9. Cáncer de cuello uterino LEIAG. Villavicencio, 2008.

	ASEGURADOR	TOTAL MUJERES MAYORES DE 15 AÑOS	TOTAL CITOLOGÍAS TOMADAS 2008	N° biopsia LEIAG (DM-DS-CA INSITO)	GRUPO POBLACIONAL							total	% citologías LEIAG	tasa de incidencia* 10.000
					15 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años	50 a 59 años	60 y mas años	sin dato			
REGIMEN CONTRIBUTIVO	SALUD TOTAL	4.926	2.570	9	0	1	1	3	4	0	0	9	0,3502	18,27
	NUEVA EPS	13.359	3.100	16					3		13	16	0,5161	11,98
	MAGISTERIO	4.313	2.141	4	0	0	1	1	2	0	0	4	0,1868	9,27
	HUMANA VIVIR	3.249	890	1				1				1	0,1124	3,08
	SALUDCOOP	38.889	20.701	29	0	3	11	10	0	5	0	29	0,1401	7,46
	FAMISANAR	1.773	930	3	0	1	0	0	0	0	2	3	0,3226	16,92
	COOMEVA	3.453	1.973	9	1	1	4	0	2	1	0	9	0,4562	26,06
	COLMEDICA	4.840	2.559	7	0	0	2	1	2	0	2	7	0,2735	14,46
	SANITAS	3.130	2.365	3	0	0	0	0	3	0	0	3	0,1268	9,58
	<b>TOTAL</b>	<b>77.932</b>	<b>37.229</b>	<b>81</b>										
REGIMEN SUSIDIADO	CAJACOP	9.588	2.970	27	0	1	3	6	3	14		27	0,9091	28,16
	COMPARTA	3.259	1.310	7	0	0	3	0	2		2	7	0,5344	21,48
	CAPREC	6.093	1.505	25							25	25	1,6611	41,03
	SOLSALUD	8.022	2.656	20	0	1	0	6	5	3	5	20	0,753	24,93
	<b>TOTAL</b>	<b>26.962</b>	<b>8.441</b>	<b>79</b>										
PPNoA	MUNICIPIO VILLAVICENCIO-DPTO DEL META	29.771	10.406	22	0	2	4	5	8	3		22	0,2114	7,39
MULTIFILIADOS				7			3	1			3	7		
	<b>TOTAL</b>			<b>189</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>26</b>	<b>52</b>	<b>189</b>		

## 7.2 ENCUESTA PACIENTES LEIAG

Tabla No. 10. Cáncer de cuello uterino LEIAG. Villavicencio, 2008.

Edad	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
15 - 19 años	1,4%	,0%	,0%	1,4%
20 - 29 años	4,2%	,0%	5,6%	9,9%
30 - 39 años	7,0%	7,0%	12,7%	26,8%
40 - 49 años	7,0%	9,9%	4,2%	21,1%
50 - 59 años	4,2%	8,5%	7,0%	19,7%
60 y más	4,2%	11,3%	5,6%	21,1%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Figura 4. Distribución porcentual de la ocupación de los pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

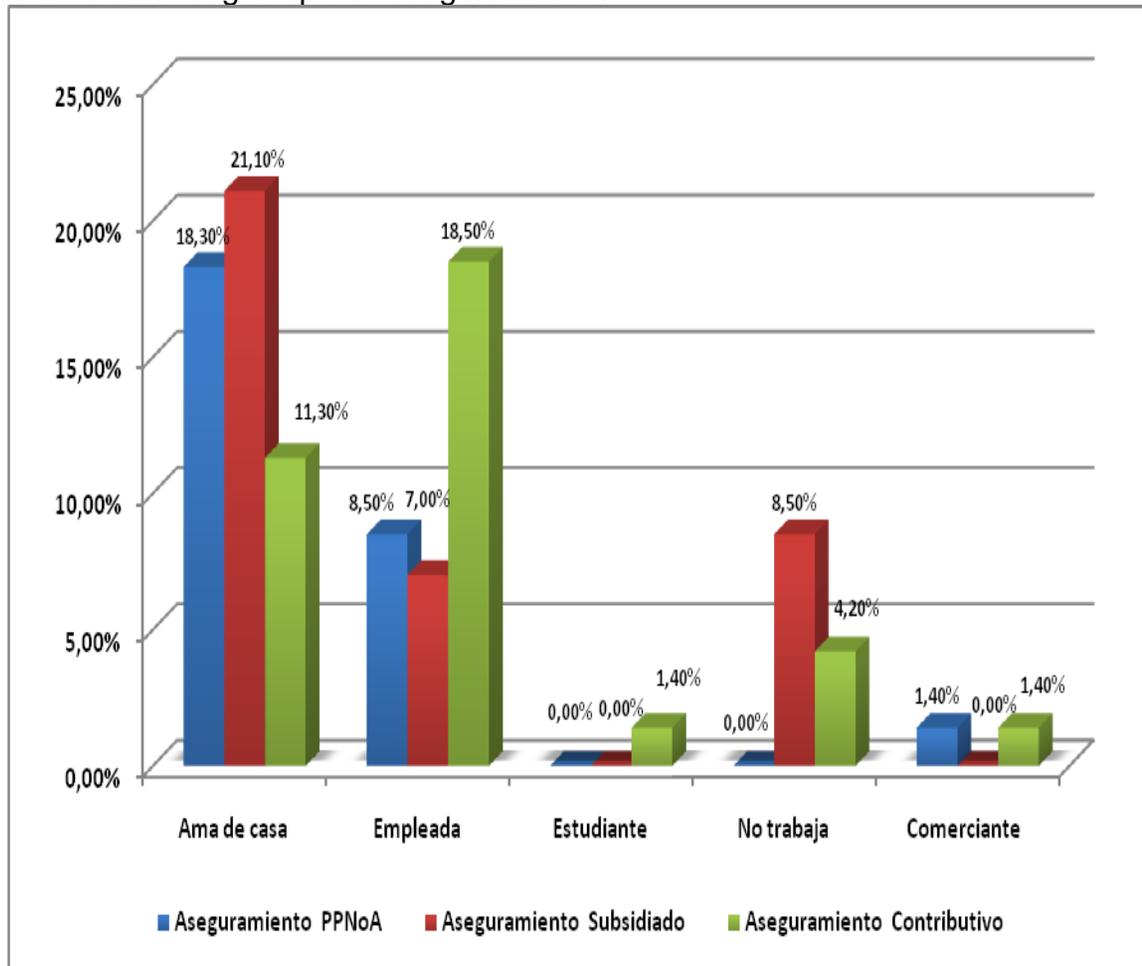


Tabla No. 11. Distribución porcentual del nivel de escolaridad de los pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Nivel de escolaridad	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Primaria	15,5%	26,8%	14,1%	56,3%
Secundaria	7,0%	2,8%	8,5%	18,3%
Universidad	1,4%	1,4%	9,9%	12,7%
Sin estudio	4,2%	5,6%	2,8%	12,7%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 12. Distribución porcentual de la toma previa del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

CV previa	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	28,2%	33,8%	33,8%	95,8%
No	,0%	2,8%	1,4%	4,2%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 13. Distribución porcentual en la frecuencia para la toma del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Frecuencia CV	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Primera vez	4,2%	4,2%	2,8%	11,3%
Semestral	,0%	1,4%	1,4%	2,8%
Anual	8,5%	7,0%	14,1%	29,6%
Ocasional	15,5%	23,9%	16,9%	56,3%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 14. Distribución porcentual del motivo por el cual las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento decidieron realizarse el examen de citología vaginal.

Motivo CV	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Solicitud médica	11,3%	11,3%	1,4%	23,9%
Iniciativa propia	16,9%	22,5%	29,6%	69,0%
Consejo amiga	,0%	2,8%	4,2%	7,0%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 15. Distribución porcentual del tiempo en la entrega del examen de citología vaginal en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Entrega CV	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Menor o igual de 5 días	,0%	,0%	4,2%	4,2%
6 - 11 días	1,4%	,0%	25,4%	26,8%
12 - 19 días	,0%	1,4%	1,4%	2,8%
20 - 29 días	,0%	1,4%	2,8%	4,2%
30 - 39 días	9,9%	22,5%	,0%	32,4%
40 - 49 días	16,9%	11,3%	1,4%	29,6%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 16. Distribución porcentual del tiempo en la toma del examen de Biopsia de cérvix en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Toma de la biopsia	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Menor o igual a 5 días	2,8%	1,4%	2,8%	7,0%
6 - 11 días	4,2%	5,6%	7,0%	16,9%
12 - 19 días	9,9%	12,7%	7,0%	29,6%
20 - 29 días	5,6%	4,2%	5,6%	15,5%
Mayor o igual a 30 días	5,6%	12,7%	12,7%	31,0%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 17. Distribución porcentual del tiempo en la entrega del reporte de Biopsia de cérvix en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Resultado biopsia	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Menor o igual de 5 días	2,8%	1,4%	2,8%	7,0%
6 - 11 días	14,1%	16,9%	9,9%	40,8%
12 - 19 días	1,4%	4,2%	16,9%	22,5%
20 - 29 días	5,6%	2,8%	1,4%	9,9%
30 - 39 días	2,8%	9,9%	2,8%	15,5%
40 - 49 días	1,4%	1,4%	1,4%	4,2%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 18. Distribución porcentual de la asistencia a programas de promoción y prevención en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Asistencia a PYP	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	4,2%	1,4%	4,2%	9,9%
No	23,9%	35,2%	31,0%	90,1%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 19. Distribución porcentual del inicio de relaciones sexuales en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Edad inicio relaciones sexuales	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
12 - 15 años	15,5%	14,1%	14,1%	43,7%
16 - 20 años	9,9%	22,5%	15,5%	47,9%
Mayores de 20 años	2,8%	,0%	5,6%	8,5%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 20. Edad primer embarazo en pacientes con cáncer de cérvix en Villavicencio, durante el año 2008.

Edad primer embarazo	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Menor de 20	16	19	12	66
Mayor de 21	4	7	13	34
TOTAL	20	26	25	100

Tabla No. 21. Distribución porcentual de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento que han tenido más de un compañero sexual.

Más de un compañero sexual	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	22,5%	25,4%	19,7%	67,6%
No	5,6%	11,3%	15,5%	32,4%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 22. Distribución porcentual del número de abortos en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Número de abortos	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
0	16,9%	21,1%	23,9%	62,0%
1	8,5%	9,9%	8,5%	26,8%
2	1,4%	1,4%	1,4%	4,2%
3	,0%	2,8%	1,4%	4,2%
4	1,4%	1,4%	,0%	2,8%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 23. Distribución porcentual del número de partos en las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Número de partos	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
0	1,4%	,0%	8,5%	9,9%
1	5,6%	7,0%	5,6%	18,3%
2	7,0%	7,0%	4,2%	18,3%
3	2,8%	5,6%	7,0%	15,5%
4	2,8%	2,8%	7,0%	12,7%
5	1,4%	4,2%	1,4%	7,0%
6	1,4%	2,8%	1,4%	5,6%
7	1,4%	1,4%	,0%	2,8%
8	,0%	2,8%	,0%	2,8%
9	1,4%	1,4%	,0%	2,8%
10	1,4%	,0%	,0%	1,4%
11	1,4%	1,4%	,0%	2,8%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 24. Distribución porcentual de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento que fuman.

Fuma	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	7,1%	8,4%	8,4%	23,9%
No	21,1%	28,2%	26,8%	76,1%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 25. Distribución porcentual de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento que consumen licor.

Consumo alcohol	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	8,5%	8,5%	11,3%	28,3%
No	19,7%	28,1%	23,9%	71,7%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 26. Distribución porcentual de la exposición a tóxicos en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Exposición a tóxicos	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	12,7%	12,7%	9,9%	35,2%
No	15,5%	23,9%	25,4%	64,8%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 27. Distribución porcentual del tipo de toxico expuesto en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Tipo de tóxico	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
No expuesta	15,5%	23,9%	25,4%	64,8%
Aéreos	1,4%	,0%	1,4%	2,8%
Caseros	2,8%	1,4%	4,2%	8,5%
Cultivos	5,6%	8,5%	2,8%	16,9%
Aspersores	1,4%	,0%	,0%	1,4%
Preparación sustancias	1,4%	2,8%	1,4%	5,6%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 28. Distribución porcentual de la exposición a radiaciones en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Expuesta a radiaciones	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	4,2%	,0%	7,0%	11,3%
No	23,9%	36,6%	28,2%	88,7%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 29. Distribución porcentual de los antecedentes de cáncer en pacientes con presencia de esta enfermedad en el cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Antecedentes CA	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Si	11,3%	11,3%	15,5%	38,0%
No	16,9%	25,4%	19,7%	62,0%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 30. Distribución porcentual del grado de parentesco según antecedentes de cáncer en pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Parentesco	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
Sin parientes con CA	16,9%	25,4%	19,7%	62,0%
Madre	4,2%	2,8%	7,0%	14,1%
Herman@	2,8%	4,2%	4,2%	11,3%
Hij@	1,4%	1,4%	,0%	2,8%
Tía	2,8%	2,8%	1,4%	7,0%
Abuel@	,0%	,0%	2,8%	2,8%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 31. Distribución porcentual del tipo de cáncer que presentan o presentaron los familiares de las pacientes con cáncer de cuello uterino según tipo de aseguramiento.

Tipo de CA	Aseguramiento			Total
	PPNoA	Subsidiado	Contributivo	
No presenta	16,9%	23,9%	19,7%	60,6%
Cérvix	2,8%	4,2%	2,8%	9,9%
Seno	2,8%	1,4%	2,8%	7,0%
Estómago	1,4%	2,8%	1,4%	5,6%
Útero	1,4%	,0%	1,4%	2,8%
Piel	1,4%	1,4%	,0%	2,8%
Colon	,0%	1,4%	1,4%	2,8%
Otros	1,4%	1,4%	5,6%	8,5%
Total	28,2%	36,6%	35,2%	100,0%

Tabla No. 32. Resumen de la encuesta realizada a pacientes LEIAG del municipio de Villavicencio, que fueron diagnosticadas en el año 2008.

ITEM	PPNoA	RS	RC
INASISTENCIA PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	84.7%	96.1%	88%
MAS DE UN COMPAÑERO SEXUAL	79.7%	69.3%	56%
TOMA DE CITOLOGIA OCASIONAL	55%	65%	48%
GRADO ESCOLARIDAD PRIMARIA	55%	73%	40%
OCUPACION AMA DE CASA	65%	58%	32%
INICIO RELACIONES SEXUALES 12-15AÑOS	55%	39%	39%
PACIENTES LEIAG	12%	41%	42%
ENTREGA BIOPSIA ENTRE 0-19 DÍAS	65%	62%	84%
ANTECEDENTES FAMILIARES CANCER	40%	30%	44%
EXPOSICION A TOXICOS	45%	35%	28%
ENTREGA DE CV ENTRE 40-49 DÍAS	60%	31%	4%
TOMA DE BIOPSIA ENTRE 0-19 DÍAS	60%	54%	48%
CONSUMO DE LICOR	30%	23%	32%
EDAD 30-49 AÑOS	50%	46%	48%
CONSUMO DE CIGARRILLO	25%	23%	24%
NUMERO DE PARTOS (0-4 )	70%	62%	32%
EXPOSICION A RADIACIONES	15%	0%	20%

NUMERO PACIENTES ENCUESTADOS	20	26	25
------------------------------	----	----	----

TASA DE INCIDENCIA*10.000	7.4	29.3	10.4
PORCENTAJE DE CITOLOGIAS CON BIOPSIA LEIAG	0.21%	0.93%	0.22%

## 8. DISCUSIÓN

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino es una de las enfermedades que tienen una mayor incidencia, en mujeres ocupa el segundo puesto, siendo el primero el de seno. En el país ocupa el primer lugar en incidencia y mortalidad para las mujeres, según información del Instituto Nacional de Cancerología.<sup>1</sup> En el departamento del Meta el número de mujeres muertas por este cáncer en el año 2008 llegó a 65 casos, incrementándose en 15 personas más que en el año inmediatamente anterior; de esta cifra el municipio de Villavicencio aportó 36 casos. El cáncer de cuello uterino detectado a tiempo es curable, por esto es importante determinar factores de riesgo asociados al paciente en su estilo de vida o comportamiento cultural. Así como las competencias en aspectos administrativo y programas de promoción y prevención, tanto de aseguradores, prestadores y Ente territorial.

Durante la investigación se encontró que las pacientes según tipo de aseguramiento presentaban LEIAG en porcentajes similares tanto en el régimen contributivo como el subsidiado, 42% y 41% con relación a la población pobre no asegurada que evidenció un 12%. Esta información contrasta con la reportada en el año 2002 por el Instituto Nacional de cancerología<sup>10</sup>. Comparando cifras, se observa más estrecha la diferencia que existía entre el régimen contributivo y subsidiado. Datos del Instituto Nacional de cancerología para el año 2002, evidenciaba que la incidencia de cáncer de cuello uterino en Colombia por tipo de aseguramiento estaba así: Para el régimen subsidiado 43.6% para el régimen contributivo el 18.7% y para la población pobre no asegurada el 35.5%.<sup>10</sup> Se evidencian cambios significativos en un periodo de 7 años, que ameritan ser tenidos en cuenta incentivando la importancia de la realización de pruebas de tamizaje y fortaleciendo los programas de promoción y prevención tanto en aseguradoras como prestadoras del régimen contributivo. Es importante analizar la dinámica que presenta el aseguramiento, con las políticas de salud, actualmente hay menos población no asegurada ya que están ingresando al régimen subsidiado. Al hacer el ejercicio de sumar los pobres no asegurados con los subsidiados, se tendría un 53% contra 42% del contributivo. Es decir, se presentan datos similares en los dos regímenes.

Al revisar la asistencia a programas de promoción y prevención en los diferentes regímenes de aseguramiento deja ver que la inasistencia de las pacientes LEIAG a estos programas es constante. Para la población pobre no asegurada: 84.7%, Régimen subsidiado: 96.1% y Régimen contributivo: 88%. Estos datos están asociados con el cumplimiento de metas de las actividades de protección específica y detección temprana acorde a la resolución 3384 y 412 de 2000,

presentada por el Ente territorial. En donde se evidencia para el REGIMEN SUBSIDIADO un parámetro DEFICIENTE con 43% en la actividad “Toma y lectura de citología vaginal”, es decir de 20.258 citología programadas, 8.793 fueron tomadas y leídas. Esto permite concluir que existe una debilidad en los programas de promoción y prevención de aseguradores y prestadores incumpliendo con el Acuerdo 117 del 1998<sup>17</sup> en donde se debe realizar la demanda inducida de pacientes a los diferentes programas de promoción y prevención.

Se ha demostrado que detectar el cáncer de cérvix precozmente mediante la citología vaginal reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino.<sup>5</sup> Frente a la entrega del reporte de la citología vaginal se evidencia en el estudio que hay una marcada diferencia según el tipo de aseguramiento. Se observa que el 60% de las pacientes con LEIAG pertenecientes a la población pobre no asegurada y el 31% de las pacientes del Régimen subsidiado recibieron el reporte de citología vaginal en un periodo de 40 a 49 días. A diferencia de las pacientes pertenecientes al régimen contributivo que recibieron el examen en un 4%. Esta información apunta a mejorar procesos de promoción y prevención, tanto en aseguradores como en prestadores. Situación concordante con la publicación de la Secretaria Distrital de Bogotá, “Hacia la disminución del cáncer de cuello uterino” en agosto 20 de 2007<sup>22</sup>, en donde afirman que una de las causas que evitan que las cifras de cáncer de cérvix disminuya radica en el precario seguimiento y control por parte de las entidades de salud hacia las mujeres a quienes se les ha detectado mediante la citología alteraciones o anomalías que desencadenan en cáncer de cuello uterino. Sumado a los procesos dispendiosos en la demora de la entrega de reportes de citologías o de biopsias. (Véase Tabla 16)

Con relación a la toma y entrega de la biopsia de cérvix, los datos son muy similares en los diferentes regímenes. Se tomo como parámetro un periodo de entrega entre 0-19 días, en donde se observa para la población pobre no asegurada un 60%, régimen subsidiado 62% y régimen contributivo 84%. Después de realizar una búsqueda manual de las revistas nacionales o información en las Secretaria seccional o Local de salud, no se encontró información relacionada con estándares del parámetro estudiado, pero se evidencia la importancia de mejorar la oportunidad en los reportes por parte de las aseguradoras. (Véase Tabla 17)

En cuanto a la edad el pico de incidencia observado por régimen fue muy similar, la mayoría de casos de pacientes con LEIAG se presentaron en el rango de 30 a 49 años. Con relación a este parámetro evidenciamos un 50% en la población pobre no asegurada, 46% en el régimen subsidiado y 48% en el régimen contributivo, datos equiparables con los presentados por Franco<sup>23</sup>, en donde reporta que la incidencia aumenta alrededor de los 35 a 40 años de edad.

Al determinar en el estudio los antecedentes ginecológicos previos al diagnóstico, tomando como parámetro si la paciente LEIAG se había realizado la citología

vaginal previa, se evidenció que el 95.8% de las encuestadas se había tomado citologías anteriores a la confirmación del cáncer de cérvix; a nivel departamental se tiene que las mujeres con cáncer de cérvix, han tenido citologías previas al diagnóstico, pero aún así han llegado a etapas avanzadas de cáncer; frente a esta situación se cuestiona el seguimiento estricto de la paciente, tanto del prestador como el asegurador, ya que este cáncer requiere un lapso de cinco años para llegar a estado LEIAG.

Al revisar la frecuencia de toma de muestra de la citología vaginal en el grupo de pacientes LEIAG, el 65% de las pacientes del régimen subsidiado afirmó que ocasionalmente se tomaba la citología vaginal, esto incide como factor de riesgo cultural en la realización de este examen. Información en la norma técnica demuestran que la detección precoz por citología reduce efectivamente en un 60% la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino infiltrante en las poblaciones que son sometidas a tamizaje sistemático. (Véase Tabla 13)

Al revisar el parámetro antecedente ginecobstetrico de paridad en las pacientes LEIAG, se hace referencia al número de partos, aspecto que se considera importante ya que el 70% de las pacientes pertenecientes a la población pobre no asegurada, ha tenido entre 0 y 4 partos, así como la población del régimen subsidiado que presenta un porcentaje del 62%. El aumento del trauma obstétrico se relaciona con el grado que se alcanza en el momento del parto, es decir que a mayor número de partos aumenta el riesgo para cambios neoplásicos en el momento del parto. La Liga de Lucha Contra el Cáncer reveló que un 49% de las mujeres estudiadas con cáncer de cérvix a nivel nacional llegaron a tener entre 7 y 10 hijos. Siendo esto representativo ya que permite establecer una relación directa; cáncer de cérvix-paridad.<sup>24</sup> (Véase Tabla 23)

Otro factor que predispone a la aparición de cáncer de cérvix, es la Edad de inicio relaciones sexuales. Se tomó como parámetro la edad comprendida entre los 12 y 15 años, en donde se evidencia que el 55% de las mujeres que iniciaron relaciones sexuales se encontraban entre este grupo, con relación al régimen subsidiado y contributivo ambos presentaron un porcentaje similar de 39%. Siendo así directamente proporcional la predisposición a padecer la enfermedad con la edad de inicio de relaciones sexuales<sup>4</sup> (véase Tabla 19). El ISS reveló en su encuesta de prevalencia que los últimos tres años el promedio de edad aumento a edades tempranas de 19.9 años a 16.2 años, afirmando que esta cifra tiende a dispararse aun mas.

Al observar los resultados arrojados con relación a la edad de la primera gestación: 66% de las mujeres tuvieron su primera gestación a los 20 años o menos (véase Tabla 20) aspecto que radica su importancia al igual que la paridad en el trauma generado al cérvix al encontrarse en estado inmaduro para la gestación. Se ha encontrado en la morfología y la fisiología de las células epiteliales del cérvix y musculares del útero que en la medida que se producen los

cambios hormonales en el momento de la pubertad estas asumen cambios en los ribosomas y la mitocondria al igual que en las fibras musculares, pues el colágeno, la actina y miosina sustancias esenciales en la elasticidad de los tejidos se llega a consolidar completamente a partir de años después de la adolescencia (20 años).<sup>25</sup>

Es importante resaltar que los habitantes del departamento del Meta por su actividad económica, de orden público o por el clima; están expuestos a sustancias químicas utilizadas en fumigaciones ya sea contra vectores (especialmente zancudos) o como sustancias para abonar o proteger contra plagas en los cultivos de arroz o siembras ilícitas, situaciones nocivas para la salud afectando especialmente la formación celular, por esta razón en el estudio se utilizó esta variable. El 45% y el 35% de las mujeres encuestadas pertenecientes a la población pobre no asegurada y al régimen subsidiado que presentaron LEIAG estuvieron expuestas a sustancias químicas o tóxicas. (Véase Tabla 26). El Instituto Toxicológico Mariano Zúñiga reportó un estudio prospectivo que las mujeres con exposición a sustancias tóxicas por largos años tiene un 15% de posibilidad de desarrollar cáncer de cérvix<sup>26</sup>.

Con relación a la exposición a tóxicos por parte de las pacientes que presentaron cáncer de cérvix durante el 2008, se evidenció que el 35.2% fueron expuestas alguna vez en su vida a sustancias tóxicas o fumigaciones, porcentaje que puede aumentar al hacer un estudio más profundo, porque Villavicencio es una ciudad con alta presencia de vectores (especialmente zancudos), lo que da lugar a que los sitios de residencia se estén fumigando con productos organofosforados que les resultan económicos y son de fácil adquisición, por desconocimiento o falta de recursos para utilizar productos biológicos y biodegradables, de menor impacto en la salud del ser humano. (Véase Tabla 26)

Un factor importante en la aparición de cáncer de cérvix es el antecedente genético familiar de las mujeres afectadas, pudiéndose establecer que las mujeres del régimen contributivo afirmaron en un 44% tener antecedentes de Cáncer en la familia, seguido por un 40% en la población pobre no asegurada y un 30% en el régimen subsidiado. Tomando como referencia la totalidad de la población se evidenció que el 14.1% relacionaron tener la madre enferma con algún tipo de cáncer. Siendo el cáncer de cérvix seguido por el cáncer de seno de mayor incidencia con un 9% y un 7.0% (véase Tablas 29, 30 y 31). Estudios reportados por el Instituto Americano de cáncer de los EEUU, determinaron que el 28% de los pacientes con algún tipo de cáncer estaban asociados con tener algún familiar con cáncer de cérvix.<sup>13</sup>

## 9. CONCLUSIONES

- El estudio aportó información de 461 registros anormales (citologías vaginales, biopsias de cérvix y bases de datos de alto costo en las EPS). Datos concordantes con la publicación hecha por el semanario Llano 7 días durante el año 2008.<sup>12</sup> en donde refiere datos de la Secretaria Seccional de Salud del Meta relacionando 507 casos de cáncer de cérvix en este Departamento durante el periodo enero a octubre de 2008. Con las cifras mencionadas se puede describir que el municipio de Villavicencio aportó un número significativo en los casos de cáncer de cérvix presentes en el Meta durante el año 2008.
- Se evidencia demora en la entrega del reporte de la citología vaginal en la población LEIAG perteneciente al régimen subsidiado y Población pobre no asegurada.
- Se descubrió que las mujeres que presentan cáncer de cérvix LEIAG se encuentran en el grupo poblacional comprendido entre los 30 a 49 años.
- Durante la investigación se encontró que las pacientes del régimen contributivo y subsidiado presentaban cáncer de cérvix LEIAG en porcentajes similares (42% y 41%).
- Es necesario fortalecer procesos de promoción y prevención tanto de aseguradoras como prestadores por parte del ente territorial, haciendo énfasis en el seguimiento por parte de las aseguradoras a sus IPS, mediante la actualización o implementación de bases de datos de usuarios que presentan cáncer de cérvix.
- Se evidenciaron debilidades en el sistema de referencia-contrareferencia entre EPS y Laboratorios de patología.
- Fortalecer demanda inducida en prestadores y aseguradores.
- El 95,8% de las encuestadas se realizaron citologías previas a la detección de cáncer, pero aún así llegaron a etapas avanzadas de cáncer (LEIAG).
- Un 35.2% de las pacientes con LEIAG estuvo expuesta a fumigaciones y a tóxicos, especialmente en la manipulación de sustancias químicas y fumigación de cultivos ilícitos.

- Existe una relación genética - familiar en el 38% de las pacientes que presentaron cáncer de cérvix, de ellas el 14% están en primer grado de consanguinidad, especialmente madre – hija, siendo el cáncer de cérvix y seno los que mayor incidencia tienen.

## 10. RECOMENDACIONES

- Frente a las debilidades presentes en los programas de detección temprana, tanto en aseguradoras subsidiadas y en el prestador público, se sugiere manejar una base de datos única e integrarla al ente territorial para actualizar casos y realizar seguimiento a pacientes.
- Mejorar procesos de demanda inducida en las EPS e IPS, que propendan a la búsqueda de pacientes para ingresarlos a los programas de detección temprana cáncer de cuello uterino.
- Fortalecer el seguimiento a programas de promoción y prevención de cáncer de cérvix en el régimen contributivo y en la población pobre no asegurada, que incluyan planes de mejoramiento para demanda inducida y sistemas de información.
- Integrar la información sobre los datos de la paciente, entre el laboratorio de patología y las aseguradoras, para que en caso de confirmación de los resultados positivos con las biopsias, se realice un seguimiento oportuno.
- Articular programas de cáncer de cuello uterino con el grupo de Salud sexual y reproductiva, Secretaria de Educación, EPS e IPS.

## 11. BIBLIOGRAFÍA

<sup>1</sup> Colombia. Liga de Lucha Contra el Cáncer. Campaña nacional de cáncer de cuello uterino. Disponible en: [http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com\\_content&task=view&id=89&Itemid=](http://www.ligacancercolombia.org/index.php?option=com_content&task=view&id=89&Itemid=), consultado en agosto del 2009.

<sup>2</sup> Piñeros, Marian y Murillo, Raúl Hernando. (2004) Incidencia de cáncer en Colombia: Importancia en las fuentes de información en la obtención de cifras estimativas. Bogotá: Instituto Nacional de Cancerología. *En*: Revista Colombiana de Cancerología; Vol. 8 (1). p: 5-14.

<sup>3</sup> Secretaría de Salud del Meta – Departamento Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas Vitales y cáncer de cuello.

<sup>4</sup> Instituto Nacional del Cáncer. Lo que necesita saber sobre cáncer. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/necesita-saber/cervix/page6>, consultado en agosto del 2009.

<sup>5</sup> Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 412 del 2000. Disponible en: [http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad\\_Regimen\\_Contributivo](http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Normatividad_Regimen_Contributivo)., consultado en septiembre del 2009.

<sup>6</sup> Secretaría Local de Salud de Villavicencio. Evaluación actividades de detección temprana y protección específica. Villavicencio: Alcaldía.

<sup>7</sup> Colombia. Acción Social Presidencia de la República. Informe estadístico sobre población en situación de desplazamiento. Disponible en: [www.accionsocial.gov.co](http://www.accionsocial.gov.co), consultado en agosto del 2009.

<sup>8</sup> Departamento Nacional de Estadística (DANE) – Secretaría Local de Salud Villavicencio. (2007) Estadísticas Vitales. Villavicencio: Alcaldía – DANE.

<sup>9</sup> Protocolo de vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/download/Protocolos/P002.pdf>, consultado en agosto del 2009.

<sup>10</sup> Instituto Nacional de Salud. Cáncer cervical. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000893.htm>, consultado en agosto del 2009.

<sup>11</sup> Colombia. PROFAMILIA. En Colombia cada tres horas muere una mujer con cáncer de cuello uterino, advierte PROFAMILIA. Disponible en: [www.caracol.com](http://www.caracol.com), consultado en abril del 2009.

<sup>12</sup> Llano 7 Días. Cáncer de mama y cuello cervical preocupa a las mujeres del Meta. Disponible en [eltiempo.com](http://eltiempo.com) sección Nación (21 de octubre del 2008), consultado en agosto del 2009.

<sup>13</sup> Sánchez, José Ángel. *et. al.* Frecuencia de enfermedades neoplásicas en familiares de pacientes con cáncer. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH75/pdf/2005/pdf/Vol73-3-2005-3.pdf>, consultado en agosto del 2009.

<sup>14</sup> Colombia. Ministerio de Protección Social. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino. Bogotá: El Ministerio, 2000.

<sup>15</sup> Teorío-Durántez, J. García-Tirado, C. A. Causalidad y estrategias de prevención. Salud Pública y Educación para la Salud. Barcelona: Masson, 2000. p. 203 – 215.

<sup>16</sup> Restrepo, H. E. y Málaga, H. Promoción de la salud: cómo construir vida saludable. Bogotá: Panamericana, 2001.

<sup>17</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 117 de 1998. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>, consultado en agosto del 2009.

<sup>18</sup> Colombia. Ministerio de Protección Social. Resolución 3384 del 2000. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co>, consultado en agosto del 2009.

<sup>19</sup> Universidad de Antioquia. Técnica para la toma de la muestra cérvico-vaginal. Disponible en: [www.udea.edu.co/citología/reporte](http://www.udea.edu.co/citología/reporte), consultado en agosto del 2009.

<sup>20</sup> Averett H y Perna, V. 1993. Rastreo en cáncer cervical perspectivas y bases. En: Mundo Médico. Vol. 20 (233). Septiembre.

<sup>21</sup> Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993. Disponible en: [http://www.urosario.edu.co/medicina/documentos/facultades/medicina/investigaciones/resolucion\\_008430\\_1993.pdf](http://www.urosario.edu.co/medicina/documentos/facultades/medicina/investigaciones/resolucion_008430_1993.pdf), consultado en agosto del 2009.

<sup>22</sup> Rátiva M., Nathali. Hacia la disminución del cáncer de cuello uterino. Bogotá: NotiCyt, 2007. p. 1.

<sup>23</sup> Franco, Fernando Fabio. Cáncer de cérvix ¿cuáles son las cifras en Colombia. Bogotá.

<sup>24</sup> Colombia. Liga de Lucha Contra el Cáncer. Predisposición al cáncer de cuello uterino. Disponible en: [www.ligacancerBogotá.com/ginelith.htm](http://www.ligacancerBogotá.com/ginelith.htm)., consultado en agosto del 2009.

<sup>25</sup> Millán Vega, Flavia y Fernández, José. Estudios de algunos factores epidemiológicos en pacientes con citologías anormales. Disponible en: [www.Bvs.SLD.Q/Revistas/Gin/Volumen\\_25399/91n08399.htm](http://www.Bvs.SLD.Q/Revistas/Gin/Volumen_25399/91n08399.htm), consultado en agosto del 2009.

<sup>26</sup> Zomeno Rodríguez, Mariano. Avances recientes del cáncer de cérvix. Disponible en: <http://www.cepis.org.pe/bvsea/e/fulltext/epidemiology/024977-05.pdf>, consultado en agosto del 2009.

<sup>27</sup> Colombia. Ministerio de Protección Social. Protocolo de vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co/download/Protocolos/P002.pdf>, consultado en agosto del 2009.

<sup>28</sup> Colombia. Ministerio de Protección Social. Sistema de Seguridad Social en Salud. Régimen Contributivo. Bogotá: Ministerio de Protección Social, 2004. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/redcps/library/documents/DocNewsNo18408DocumentNo9243.PDF>, consultado en septiembre del

## 12. ANEXOS

## Anexo 1. Encuesta

### UNIVERSIDAD DEL ROSARIO FACULTAD DE MEDICINA ESPECIALIZACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA BOGOTÁ D. C.

Objetivo: conocer la oportunidad en la detección temprana de cáncer de cuello y la descripción de esta población en los diferentes tipos de aseguramiento en la ciudad de Villavicencio, durante el año 2008.

*Los datos aquí consignados serán utilizados exclusivamente en esta investigación y tendrán absoluta reserva, le agradecemos la sinceridad en su respuesta.*

ítem de identificación	Código:		Edad:		Lugar de residencia:									
	Estrato		Aseguramiento:											
	Ocupación				Escolaridad									
	Estado civil:													
	Soltera		Casada		Separada		Viuda		Otros					
ítem de antecedentes ginecobstétricos	Planifica		Método de planificación más utilizado											
	Sí No		Anticonceptivos orales		DIU		Espermicida		Preservativo		Otros			
	Cuánto tiempo?													
	Citologías previas			Le han realizado colposcopia				Cuál fue el resultado						
	Sí		No		Sí		No		Normal		Anormal		No sabe	
	Cuanto tiempo tardo la entrega del reporte de Citología Vaginal _____													
	Cuanto tiempo tardo en consultar al especialista(ginecólogo)después de recibir el resultado anormal de la citología: _____													
	Cuanto tiempo tardo en recibir el resultado de la Biopsia de cérvix: _____													
	La han invitado a asistir a programas de promoción y prevención en su IPS? SI _____ NO _____													
	Edad de inicio de las relaciones sexuales:						Ha tenido más de un compañero sexual: Si _____ no _____							
Primer embarazo:			20 años o menos				21 años o más							
Número de partos						Número de Abortos:								
ítem sociocultural	Frecuencia en la toma de citología													
	Primer vez			Semestral			Anual			Ocasional				
	Motivo por el que se hace la citología													
	Solicitud médica				Iniciativa propia				Consejo amiga					
Fuma						Consumo alcohol								
Sí		No		Sí		No		Sí		No				
ítem exposición ambiental	Ha estado expuesta a Fumigaciones o sustancias tóxicas										Sí		No	
	Aéreas		Caseras		Cultivos		Carros aspersores		Preparación sustancias					
	Nombre de la sustancia:													

	Ha estado expuesta a radiaciones	Si		No	
	Radiografías				
	Fotocopiadora				
	Fluorescencia				
Antecedentes familiares	En su familia hay antecedentes de cáncer	Si		No	
	Grado de consanguinidad:				
	Tipo de cáncer				

## Anexo 2. Consentimiento aprobado

Formato de Consentimiento aprobado para la participación en el seguimiento a programas de Promoción y Prevención. Proyecto “Descripción y diagnóstico de la población con cáncer de cuello uterino en el municipio de Villavicencio, durante el año 2008.

Muy buenas tardes le habla \_\_\_\_\_, funcionario de la Secretaría Local de Salud de Villavicencio.

Usted se encuentra en la base de datos de programas de promoción y prevención de las Aseguradoras (EPS)s, estamos realizando seguimiento a los Programas de Promoción y Prevención, tanto de la EPS como de las IPS (Centros de salud, clínicas, hospitales). El día de hoy se lleva a cabo una encuesta sobre el Programa de Cáncer de Cérvix. El objetivo de esta entrevista es determinar la atención brindada por la EPS y por la IPS frente al Programa de Cáncer de Cuello Uterino.

Si usted acepta participar, le realizaremos una encuesta aproximada de cinco minutos, en donde le haremos unas preguntas personales sobre su participación en el Programa de Cáncer de Cuello de su EPS e IPS.

La información obtenida en este estudio podría ayudarnos en el futuro a mejorar los procesos de promoción y prevención específicamente en el programa de cáncer de cérvix tanto en EPS, IPS y municipio de Villavicencio. Hecho que permitirá tomar decisiones a la Secretaria de Salud para mejorar la salud y bienestar de los villavicenses.

Sólo la Secretaria Local de Salud de Villavicencio y sus colaboradores sabrán que usted está participando en el estudio. Los registros que se hagan se harán identificándolo sólo con un código y no con el nombre; sin embargo, si los resultados de este estudio son publicados, usted no será identificado por el nombre.

Si tiene cualquier pregunta acerca de este estudio o acerca de lo que debe hacer en caso de que sienta alguna molestia durante las preguntas, puede comunicarse con el doctor Óscar Ignacio Cardozo Baquero, en la Secretaría Local de Salud de Villavicencio, al teléfono 311 510 9683.

Usted entiende que su participación en el estudio es **voluntaria**. En cualquier momento puede retirar su consentimiento a participar en la encuesta.

### Anexo 3. Estadísticas de mortalidad por cáncer de cuello, departamento del Meta

GOBERNACION DEL META  
Secretaria seccional de salud  
del Meta

Estadísticas de mortalidad por cáncer de cuello  
Dpto. del Meta

Tasa  
por 100  
mil  
mujeres

Grupo de edad	5 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y mas	Total	
año 2003	0	0	0	7	5	5	23	40	
año 2004	0	0	1	7	12	9	20	49	
año 2005	0	0	0	8	10	13	21	52	23.3
año 2006	0	0	1	7	7	4	16	35	15.2
año 2007	1	0	2	2	7	17	21	50	21
año 2008	0	0	2	3	11	20	29	65	26.5

Estadísticas de mortalidad por cáncer de cuello Municipio  
de Villavicencio

Grupo de edad	5 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 y mas	Total	
año 2008	0	0	0	3	7	10	16	36	27.3

Población a riesgo: Mujeres mayores  
de 20 años

Fuente: Estadísticas vitales del DANE, Procesado

Secretaria de Salud

Elaboro: Omar Ramírez-

Ignacio Salcedo

C 539 C55X