

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas.
UNAN – LEON**



**Evaluación del Programa de Detección Oportuna del
Cáncer de Cuello Uterino, así como las acciones
realizadas para mejorarlo en el Municipio de Villanueva.**

Tesis para optar al título de: Doctor en Medicina y Cirugía.

AUTORES: Bra. Carmen María Espinoza García.
Br. Elvin Alberto Núñez Areas.

TUTORA: Dra. Ofelia Guadalupe Rojas Berrios.
Profesor Titular de Patología.
Departamento de Patología (UNAN–León)

ASESOR: Dr. Arnoldo Toruño Toruño.
Profesor Titular de Salud Pública.
Departamento de Medicina Preventiva (UNAN–
León)

León, Nicaragua Septiembre del 2004

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

A nuestra tutora:
Dra. Ofelia Guadalupe Rojas Berríos
Por brindarnos sus conocimientos y ayuda incondicional en la realización de este trabajo.

A nuestro asesor:
Dr. Arnoldo Toruño Toruño.
Por su tiempo y apoyo desinteresado para la elaboración de este trabajo.

A
Licda. Fátima Figueroa y Colaboradores.
Por su ayuda en la culminación de este estudio.

A
Dr. Edgar Peña Galo.
Por su valiosa colaboración.

Al
Personal de salud del centro de salud Carolina Osejos de Villanueva.

A
Las pacientes.

OPINIÓN DE LA TUTORA

Considero que el Trabajo Monográfico Titulado " Evaluación del Programa de Detección Oportuna del Cáncer de Cervix, así como las Acciones Realizadas para Mejorarlo en el Municipio de Villanueva, en el período comprendido entre los meses de Abril a Diciembre del 2003.

Elaborado por los Bachilleres:

Elvin Alberto Núñez Areas y Carmen María Espinoza García.

Para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, llena los requisitos establecidos para un trabajo de esta categoría, además nos entrega resultados que benefician a las mujeres nicaragüenses, efectuando así acciones como las realizadas en este trabajo, podríamos incidir en la frecuencia del Cáncer Cervicouterino en nuestro país.



Dra. Ofelia Guadalupe Rojas Berríos.

Anatomopatóloga.

Prof. Titular del Dpto. Patología, UNAN – León.

INDICE

Introducción	1
Objetivos	3
Marco Teórico.	4
Diseño metodológico	22
Resultados	27
Discusión	35
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Bibliografía	41
Anexos.	46

RESUMEN

Introducción: Se realizó este estudio con el fin de evaluar la calidad del programa de detección oportuna de cáncer de cervix, y contribuir con la población, e incidir en el proceso del mismo y frecuencia de cáncer de cervix.

Método: la evaluación del programa se hizo usando metodología cuali – cuantitativa que comprende : Observación, entrevista a personal de salud y pacientes, entrevista a brigadistas de salud, estadística del centro de salud y exámenes de citología cervical.

Resultados: el personal de salud mostró fallas en el conocimiento y dominio de la técnica para tomar la muestra, las usuarias desconocen en su mayoría la utilidad del PAPS, también se mostraron inconformes con el tiempo de entrega de los resultados y el centro de salud en la mayoría no le brinda tratamiento.

Los recursos de este programa están siendo mal utilizados, dado que casi el 90% de la población que se muestreó comprendió el grupo de 17 – 28 años, de las 1147 muestras tomadas en nueve meses por el centro de salud, encuentran el 0.34% de lesiones premalignas, contrario al 25.5% reportado en nuestro estudio en el mismo periodo en 124 muestras.

Conclusiones: en el presente estudio se encontró que la calidad de este programa es deficiente, existe enorme frecuencia de lesiones precancerosas que el centro de salud no le es posible detectar por: mala técnica para tomar la muestra, falta de conocimiento de las pacientes, calidad de diagnóstico citológico de las muestras.

INTRODUCCION.

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública a nivel mundial, siendo la segunda malignidad más frecuente en la población mundial femenina, según la agencia Internacional para Investigaciones del Cáncer; su detección precoz esta bien documentada y se realiza a través de la citología cervical o test de papanicolau ^(1,2).

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), reporta que anualmente mueren 231,000 mujeres, el 80% lo constituyen países pobres o en desarrollo, esta patología permanece extensamente sin diagnosticar, ya que el control de las mujeres es ineficaz ⁽³⁾.

En México, la mortalidad promedio por cáncer de cuello uterino, aumentó en todos los grupos de edad, pero el aumento fue más marcado en mujeres de 70 años, en este país muere una mujer cada dos horas por cáncer avanzado de este tipo; en Chile mueren nueve mujeres por cada 100.000 habitantes, y en Uruguay ocupa el segundo lugar como causa de muerte ^(4,5).

En Nicaragua el cáncer cervicouterino se reporta como el más frecuente, la tasa de mortalidad ajustada del Hospital Berta Calderón es la más alta de América Latina ⁽⁶⁾; el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSAL) cuenta en su programa de atención integral a la mujer con el método antes mencionado que es fácil y barato, pero no esta siendo enfocado a la población en riesgo, ya que este se rige por el cumplimiento de metas y se realiza principalmente a las usuarias de planificación familiar, quienes en su mayoría son mujeres jóvenes, por lo consiguiente se esta realizando un mal aprovechamiento de los recursos con que cuenta el MINSAL, creando así un subregistro de los casos que realmente existen en Nicaragua tanto del Cáncer como de las lesiones premalignas, por una pobre participación de mujeres de mayor edad ⁽⁷⁾.

La calidad de la muestra es el componente más importante del sistema Bethesda, estandarizando reportes de laboratorio, incluyendo descripción diagnóstica y evaluación del espécimen ⁽⁸⁾.

El registro histopatológico de cáncer del departamento de patología UNAN – León, reporta de 1987 a 2002, 684 carcinoma in situ y 866 casos para el invasor ⁽⁹⁾.

Existen factores influyentes en el éxito de este programa, como son: conocimientos de la técnica adecuada de toma de la muestra, ficha de recolección de datos lo más completa posible, brindar consejería necesaria a la mujer, disponer de instrumentos adecuados para la toma, así como también recursos humanos calificados para la lectura de las muestras y para brindarle seguimiento a las pacientes con lesiones intraepiteliales lo más pronto posible y de forma adecuada ⁽¹⁰⁾. Es sabido que a mayor edad, mayor riesgo de presentar Cáncer y lesiones precursoras del mismo, contribuyendo con esto el factor cultural, económico, conducta sexual, alimenticios, antecedentes de cáncer de cérvix, anticoncepción hormonal y agentes infecciosos ⁽¹¹⁾.

Consideramos de suma importancia evaluar el programa de detección oportuna del cáncer, en esta localidad tomando en cuenta las características sociales, culturales y económicas de la enfermedad.

En el presente estudio es un reto captar a corto plazo el mayor número de pacientes con alteraciones premalignas; en este medio la incidencia de neoplasia es alta y para mejorar la calidad de vida de las pacientes es necesario ofrecerle algo más que un resultado citológico.

OBJETIVOS

GENERAL:

Evaluar la calidad del programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de las actividades desarrolladas para mejorarla en el Municipio de Villanueva.

ESPECIFICOS:

Se pretende valorar los siguientes aspectos del programa:

1. Los recursos disponibles.
2. Los procesos implicados en su desarrollo
3. Sus resultados.
4. El papel de las actividades desarrolladas para mejorar el programa.

MARCO TEÓRICO

EMBRIOLOGIA:

La embriología tiene mucho interés por la histiogénesis de algunos tumores. Las células germinales primordiales se originan en la pared del saco vitelino hacia la cuarta semana de gestación y en la quinta semana migran a la cresta urogenital, el epitelio mesodérmico de la cresta prolifera formando el epitelio y estroma de la gónada y las células germinales de origen endodérmico se unen a las células epiteliales proliferantes y forman el ovario. Otro elemento que forma parte del desarrollo del aparato genital es el conducto Müller, se forman en un sitio lateral en relación con los conductos mesonéfricos, que crecen en sentido caudal y luego se fusionan en la línea media, hacen contacto con el seno urogenital en la región de la uretra posterior, este sitio se conoce como tubérculo sinusal ⁽¹²⁾.

El desarrollo sexual subsecuente está determinado por la presencia o ausencia del factor determinante del testículo (FDT), el cual da resultado a la degeneración de la corteza gonadal y diferenciación de la región medular de las gónadas en las células de Sertoli estas secretan una glucoproteína que se llama hormona antimülleriana (AMH), y producen la regresión del sistema del conducto paramesonéfrico de los genitales sexuales femeninos, en ausencia de la FDT la médula experimenta regresión y los cordones sexuales corticales se transforman en folículos primordiales. Las células germinales se diferencian en oocitos y entran en la primera división meiótica como oocitos primarios que detienen su desarrollo hasta la pubertad ⁽¹²⁾.

El conducto paramesonéfrico se convierte en el conducto útero vaginal que más tarde se transforma en el epitelio y las glándulas del útero y la parte superior de la vagina, el estroma endometrial y miometrio se diferencian a partir del mesénquima.

La vagina se forma durante el tercer mes de vida embrionaria, mientras se forma el conducto uterovaginal el tejido endodérmico del tubérculo sinusal prolifera y da origen a los vulvos sinovaginales que se convierten en el 20% inferior de la vagina, ésta adquiere luz por un proceso de descamación central y las células periféricas constituyen el epitelio vagina, la capa fibromuscular se originan en el mesoderma ⁽¹²⁾.

MORFOLOGIA:

La vagina es un tubo fibro muscular hueco que se extiende desde el vestíbulo vulvar hasta el útero, en posición de lítotomía la vagina esta dirigida hacia el sacro. En su extremo superior se encuentra unida con el útero por arriba del cuello uterino formando los espacios, que se conocen como fondos de saco vaginales anteriores, posterior y laterales ⁽¹³⁾.

La apertura vaginal puede estar cubierta por una membrana llamada himen. Este órgano esta compuesto por tres capas:

Mucosa: constituida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, carente de glándulas, la lubricación ocurre por trasudación, secreciones de las glándulas cervicales y de Bartholini. Es sensible a la estimulación hormonal por estrógenos ⁽¹³⁾.

Flora de la Vagina: poco después del nacimiento aparece en la vagina lactobacilos aerobios, los cuales persisten hasta que el PH permanece ácido, al transformarse en neutro en la pubertad la flora se compone de una mezcla de cocos y bacilos. En esta misma etapa de la vida aparecen lactobacilos contribuyendo estos al mantenimiento del PH ácido (3.5 - 4.5) a partir de los carbohidratos principalmente glucógenos. En la menopausia los lactobacilos disminuyen su número y la flora mixta reaparece ⁽¹³⁾.

Muscular: contiene tejido conjuntivo y músculo liso, esta distribuida en una capa circular, interior y longitudinal exterior.

Adventicia: constituida por la fascia endopélvica adherida a la capa muscular.

VASCULARIZACIÓN:

Recibe irrigación de la arteria Uterina que es rama de la Ilíaca Interna, esta en la base del ligamento ancho, llegando al borde lateral del útero a la altura del Istmo donde se divide en dos ramas: la Ascendente uterina que irriga el cuerpo del útero, trompas y ovarios; la rama Descendente o Cervico vaginal irriga el cervix y la parte superior de la vagina así también de las rectales medias y pudendas internas ⁽¹³⁾.

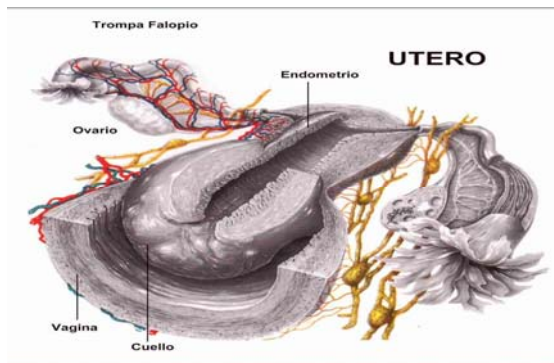
El drenaje venoso tiene un trayecto semejante al de las arterias, su disposición es plexiforme (uterino, vaginal, ovárico o Pampiniforme), las venas uterinas y ovárica derecha llegan hasta el sistema de las ilíacas internas a través del ligamento cardinal y la vena ovárica izquierda desemboca en la vena renal izquierda ⁽¹³⁾.

INERVACIÓN:

La porción superior esta dada por el plexo uterovaginal y la porción distal por el nervio pudendo

Útero: es un órgano fibromuscular constituido por dos segmentos; el cuello y el cuerpo uterino

Cuello: es la porción que queda expuesta a la vagina, llamada exocérnix, el cual tiene una superficie convexa redondeada con una abertura circular que da paso al conducto endocervical que mide de 2 a 3 cm de largo y se abre en sentido proximal hacia la cavidad endometrial.



La mucosa cervical contiene epitelio escamoso estratificado característico del exocervix y epitelio cilindro secretor de moco característico del conducto endocervical. La intersección a nivel de la unión de ambos epitelios llamadas escamacilindrica, es variable desde el punto de vista geográfico y depende de la estimulación hormonal esta interfase dinámica de la zona de transformación es más vulnerable al desarrollo de neoplasias escamosas ⁽¹⁵⁾.

Al inicio de la infancia, durante el embarazo o cuando se toman anticonceptivos orales el epitelio cilíndrico se extiende desde el conducto cervical hacia el exocérnix trastorno conocido como eversión o ectopia. Después de la menopausia la zona de transformación retrocede por completo hacia el conducto endocervical.

La producción de moco se encuentra bajo influencia hormonal, variando desde un moco profuso, claro y diluido al momento de la ovulación hasta un moco escaso y denso en la fase postovulatoria del ciclo ⁽¹⁵⁾.

Cuerpo uterino: varia en tamaño y forma según el estado hormonal o de reproducción, este se divide en varias regiones el área que abre a la cavidad endometrial conocido como istmo o segmento uterino inferior, en la parte superior del cuerpo hay una porción en forma de embudo que recibe la inserción de las trompas llamadas cuerno uterino; por arriba de estas encontramos el fondo. El cuerpo esta constituido por tres capas: endometrio, miometrio y serosa ⁽¹³⁾.

Vascularización: proporcionada por la arteria uterina, que se anastomosa con la arterias ováricas y vaginal.

Inervación: proviene del plexo útero vaginal.

DRENAJE LINFATICO:

Los ganglios linfáticos pélvicos se encuentran distribuido por lo general en grupos o cadenas y siguen la trayectoria de los vasos pélvicos de mayor tamaño, recibiendo el nombre de estos últimos. Los ganglios más pequeños que se encuentran cerca de las visceras suelen recibir el nombre de dichos órganos, el número y localización de estos es variable, sin embargo ciertos tienden a ser relativamente constantes ⁽¹³⁾.

Ganglio Obturador: localizado en el agujero obturador cerca de los vasos y nervios del mismo nombre.

Ganglio a nivel de la unión de las venas ilíacas internas y externas.

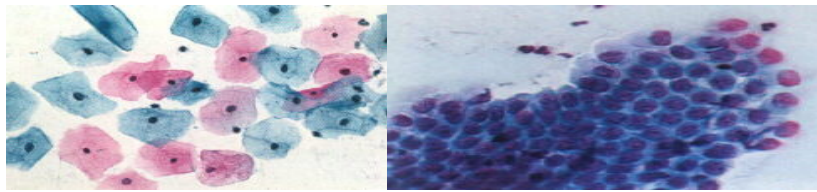
Ganglio uretral en el ligamento ancho, cerca del cuello uterino, sitio en que la arteria uterina cruza sobre el uréter.

Ganglio de Cloquet o de Rosenmüller : es el más alto de los ganglios inguinales profundos y se encuentran cerca de la abertura del conducto crural.

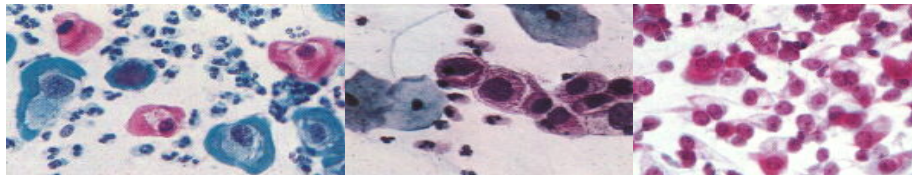
El drenaje linfático de los 2/3 superiores de la vagina y el útero es principalmente hacia los ganglios obturatrices e ilíacos internos y externos. La región más distal de la vagina drena junto con los linfáticos vulvares hacia los ganglios inguinales ⁽¹³⁾.

CAMBIOS MORFOLÓGICOS

Los cambios más tempranos intensos de NIC aparecen en la unión planocilíndrica. Aunque se encuentra en la región del orificio cervical externo, en mujeres en edad reproductiva ⁽¹⁸⁾.



Distintas células de aspecto normal



Distintas células alteradas

El epitelio cilíndrico es reemplazado en forma gradual por epitelio plano estratificado en años, proceso normal llamado metaplasia que ocurre durante gran parte de la vida reproductiva de la mujer, pero es muy activo durante el periodo intrauterino, después de la menarca y del primer embarazo ⁽¹⁸⁾.

La zona junto a la unión planocilíndrica donde ocurre la metaplasia denominada zona de transformación, y es donde se presenta inicialmente las neoplasias aquí es donde deben dirigirse las técnicas diagnósticas de citología y colposcopia ⁽¹⁹⁾.

ETAPAS DEL CANCER DE CUELLO UTERINO

Clasificación de la FIGO de la etapa del carcinoma de cuello uterino:

Carcinoma preinvasivo:

Etapa 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial se limita a la membrana basal.

Carcinoma invasivo:

Etapa I carcinoma confinado estrictamente al cuello uterino (no se toma en cuenta la extensión hacia el cuerpo uterino)

Etapa Ia: carcinomas preclínicos del cuello uterino, esto es, los diagnosticados sólo al microscopio.

Etapa Ia1: Lesión con invasión menor o igual a 3mm

Etapa Ia2: lesiones identificadas al microscopio que se pueden medir. El límite superior de la medición debe manifestar una profundidad de invasión mayor de 3 a 5mm a partir de la base del epitelio superficial o glandular, desde el cual se originan una segunda dimensión, la extensión horizontal que no debe exceder los 7mm.

Etapa Ib: lesiones invasivas que miden más de 5mm.

Etapa Ib1: lesiones de 4cm o menos.

Etapa Ib2: lesiones que miden más de 4cm.

Etapa II: El carcinoma se extiende más allá de cuello uterino, pero no hasta la pared. El carcinoma abarca la vagina, pero no el tercio inferior de ésta.

Etapa IIa: no hay afección parametrial manifiesta.

Etapa IIb: hay afección parametrial manifiesta.

Etapa III :El carcinoma se ha extendido hasta la pared pélvica. A la exploración rectal no se encuentra un espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. El tumor abarca el tercio inferior de la vagina. Todos los casos tienen hidronefrosis o riñón no funcional.

Etapa IIIa: no hay extensión hacia la pared pélvica.

Etapa IIIb: Extensión hacia la pared pélvica, hidronefrosis, o riñón no funcional o una combinación de estos problemas.

Etapa IV: El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta desde el punto de vista clínico a la mucosa de vejiga o recto. El edema bufoso, no permite que un caso se adjudique a la etapa IV.

Etapa IVa: extensión del crecimiento hacia los órganos adyacentes.

Etapa IVb: Extensión hasta órganos a distancia ⁽¹⁴⁾.

EVOLUCIÓN NATURAL.

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia oncológica, que desde su inicio a nivel del epitelio hasta su invasión al estroma es muy lento, es importante precisar en que etapa se encuentra la enfermedad, se sabe que tiene dos etapas; la primera que corresponde a las lesiones ubicadas a nivel del epitelio y que el Sr. Richard las llamó desde 1967 NIC (I,II y III) o lesión preinvasora, es sabido que el NIC I es auto limitado y que solo el 5% de estos casos llegan a cáncer invasor, en el caso de NIC II y III tarda de 10 a 12 años para llegar a cáncer invasor o segunda etapa, por lo que es de suma importancia intervenir en esta primer etapa ⁽¹⁹⁾.

Si la edad promedio de las mujeres con lesiones neoplásicas se utiliza para trazar el tiempo de evolución puede obtenerse un intervalo de 6 años para las displasias y de 13 años para que aparezca carcinoma in situ hasta su evolución a cáncer microinvasor. En estudios recientes realizado en British Columbia Canadá sugieren que los intervalos pueden ser mayores, pero es incierta la participación del diagnóstico y la intervención terapéutica.

DETECCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO.

La citología cervical o test de Papanicolau es el método idóneo para la detección precoz del cáncer cervicouterino. En 1943 Papanicolau y colaboradores introdujeron por primera vez la técnica de muestras celulares exfoliadas o desprendidas de la superficie del cuello uterino y de la vagina que sirven como microbiopsia, para ser estudiadas por el citopatólogo ⁽¹⁸⁾.

Técnica: como en toda disciplina médica es imprescindible la toma de los datos de la historia clínica de la paciente, de interés administrativo, organizativa que facilitan la labor del citotéclogo y que dan calidad a la lectura citológica.

Los datos a incluir: nombre y apellido, edad, menarca, inicio de vida sexual activa FUR, N° de partos, último parto, abortos, sangrados anormales, intervenciones ginecológicas, método de planificación familiar, N° de compañeros sexuales, fecha de la toma, hallazgos en la exploración.

CONDICIONES PREVIAS:

No sangrado: la realización de una citología con sangrado limita el diagnóstico, lo ideal a tomar la muestra es 48 horas posterior del término del período menstrual. No administrar medicamentos tópicos lavados vaginales o duchas. No tener relaciones sexuales 72 horas antes de tomar la muestra. Evitar el uso de lubricantes en el espéculo ⁽¹⁹⁾.

Factor de riesgo: es algo que aumenta la probabilidad de enfermar. Como: fumar, dieta, historia familiar entre otros ⁽²⁾.

Es importante considerar:

1. Toda mujer con 5 años o más de inicio de vida sexual activa, que no se haya realizado PAPS por 3 años o más.

2. Edad, que sean mayor de 35 años y que no se han realizado estudio citológico.
3. Tabaquismo; principalmente de cigarrillos, muy conocido en el desarrollo de cáncer cervicouterino, por acumulación de humo en el moco cervical, incrementando la posibilidad de lesionar el DNA a través de mutágenos.
4. Dieta: la ingestión de grasa se ha relacionado con el desarrollo de displasia cervical, cáncer de colon, mamas y cervix. Además de la deficiencia de ácido fólico, vitamina A y C.
5. Radiación: exposición continua a rayos X.
6. Pacientes con antecedentes de biopsia de cervix.
7. Antecedentes de cirugía ginecológica, sobre todo histerectomía.
8. Conducta sexual: es muy conocido desde hace mucho tiempo que la aparición de lesiones premalignas y malignas en el cervix, se asocian a las relaciones sexuales, principalmente cuando estas son a temprana edad, con muchas parejas sexuales y sin protección ⁽²⁾.
9. Pacientes mayores que nunca se han realizado estudio citológico.
10. Antecedentes infecciosos: actualmente se conoce que el factor más importante que se asocia al desarrollo de cáncer de cuello uterino es el virus de papiloma humano(HPV), con más de 80 tipos, siendo de alto grado el 16,18, 45,56 y de grado intermedio 31,33,35,39,51,52. Este virus también puede causar verrugas genitales, ocasionadas principalmente por tipo HPV6 y HPV11.El HPV puede estar presente por muchos años sin causar síntomas, ni presencia de verrugas y aun no se conoce cura de esta infección. ^(21, 22)

Infección por HIV: el virus de inmunodeficiencia humana, ocasionando daño al sistema inmunológico, favoreciendo la susceptibilidad de desarrollar enfermedades infecciosas, aumentando el riesgo de contraer cáncer de cuello uterino.

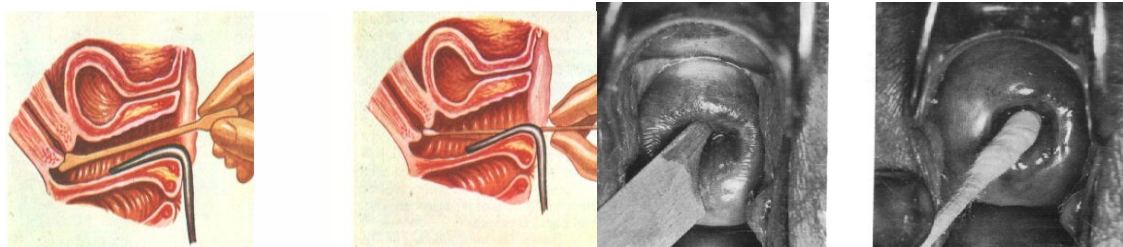
Infección por Chlamydia trachomatis un parásito intracelular, cuya infección por transmisión sexual es una de las más frecuentes en el mundo, en el 80% de los casos es asintomático. Estudios recientes demuestran su asociación con mayor riesgo de presentar cáncer cervicouterino⁽²²⁾

10. Condición socioeconómica baja: las personas con bajos ingresos tienen mayor posibilidad de presentar alteraciones cervicales dado que se les dificulta el acceso a los servicios de salud, realizarse un papanicolau, así como el mismo tratamiento.

11. Anticoncepción Hormonal: no existe evidencia significativa que se relacione el uso de píldoras anticonceptivas con el cáncer de cuello uterino, pero existen estudios que muestran asociación estadística, entre el uso de píldoras por períodos prolongados y mayor riesgo de presentar cáncer de cuello uterino ⁽²⁴⁾.

TÉCNICA DE TOMA DE CITOLOGÍA CERVICAL.

El estudio citológico para detectar el cáncer del cuello uterino, debe tomarse del cérvix no del saco vaginal, para que la muestra sea de calidad se requiere de células vivas metabólicamente activas del endocérvix y ectocérvix (2, 19).



Se debe de tomar la muestra antes de cualquier otra exploración vaginal o cervical. En caso de que existan secreciones se deben remover con una gasa humedecida o torunda de algodón con agua bidestilada o suero fisiológico superficialmente, posteriormente se realiza un raspado gentil en toda la superficie del exocervix para desprender células de la zona de transformación que es circular y periorificiaria y después tomar muestra de endocervix, en pacientes mayores de 30 años se debe de realizar cepillado endocervical excepto en pacientes embarazadas, la cual se realiza con un hisopo humedecido con suero fisiológico, haciendo una rotación de 360 grados evitando la manipulación excesiva, ya que podría desencadenar trabajo de parto o sangrado en algunas pacientes (2, 19).

El extendido debe realizarse delgado, fijando con aerosol o alcohol al 95%, agitando el frasco a una distancia de 25 – 30 cm, inmediatamente después de tomada la muestra se dejará secar aproximadamente 5 minutos y luego se envolverla en su ficha de recolección de datos (2, 19).

El citopatólogo (a) estará informado de cualquier dato clínico o antecedentes y debe recalcarse interrogantes específicas (2, 19).

La precisión de la citología cervical depende de la técnica utilizada para obtener el frotis, así como el laboratorio de citología donde se estudian las

láminas. Con la muestra se debe de tener cuidado al realizar los siguientes procedimientos:

- Raspado de la unión planocilíndrica.
- Obtención de la muestra endocervical.
- Frotis delgado sobre la lámina.
- Fijación rápida para evitar artefactos de secados.
- Selección de un buen laboratorio de citología.

ESTUDIO CLINICO.

En las pacientes que los resultados citológicos indican la presencia de lesión intraepitelial (LIE), debe efectuarse un estudio histopatológico y colposcópico completo lo más pronto posible para precisar grado de lesión y darle su debido seguimiento clínico. Este estudio debe ser realizado por los ginecólogos, cirujanos experimentados o radioterapeutas, realizándose en un hospital regional o en la clínica ginecológica de un hospital terciario, si no existe afectación de los vasos linfáticos y que los hospitales regionales dispongan de las instalaciones adecuadas. Si existiera afectación de los vasos linfáticos debe ser enviada a un centro médico u hospital con servicio de oncología ⁽²³⁾.

Los centros oncológicos, deben disponer de protocolos definidos de examen, tratamiento y seguimiento de las pacientes, la fase clínica debe ser establecida inicialmente, para el tratamiento ulterior, además de la exploración física se utilizará la radiografía de tórax, citoscopia y la pielografía intravenosa para definir la fase.

TRATAMIENTO.

El tratamiento puede consistir en una vigilancia cuidadosa sin terapéutica activa, es de vital importancia involucrar a la paciente en el diagnóstico y la elección del tratamiento para que se sienta participe entendiendo la importancia de vigilancia posteriormente.

A continuación se detallan los tratamientos más comunes que se utilizan para extraer o destruir células cancerosas. Algunos de estos tratamientos se pueden hacer en el consultorio médico, mientras que otros deben hacerse en un hospital.

En el consultorio de su médico:

Cauterización: es una técnica de tratamiento que usa una sonda eléctrica para destruir células anormales.

Criocirugía: es un tratamiento que se lleva a cabo con una sonda que congela y destruye los tejidos anormales.

Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica (LEEP)

En el hospital:

Cirugía: Histerectomía: es una operación que consiste en la extirpación del útero.

Conización: extirpación conoide del cérvix que incluye buena parte del canal cervical.

Radiación: consiste en el uso de rayos X o de implantes de radium, cerca de las células anormales, para destruir las células cancerosas.

Terapia combinada: se combinan la cirugía y los tratamientos de radiación.

Otras terapias (quimioterapia, etc.) ⁽²⁹⁾.

Todas las embarazadas deben realizarse frotis de citología cervical como parte de su estudio prenatal. Las embarazadas con resultados anormales, deben ser estudiadas a fondo, ya que pueden obtenerse biopsias apropiadas sin riesgo ⁽²²⁾.

EPIDEMIOLOGÍA:

En los países de América Latina se reporta una alta incidencia del cáncer cervicouterino, variando esta de un país a otro, influyendo en las características propias de estos, se estima que en esta región una de cada 100 mujeres entre los 35 y 55 años lo padecen. Esta patología es la segunda más frecuente en la población femenina mundial.

En Nicaragua en la década de los ochenta ocupó el primer lugar de muerte por esta neoplasia, siendo más afectadas las mujeres de 35 a 54 años de edad,

aproximadamente el 2% de mujeres mayores de 40 años desarrollan cáncer de cervix, el Ministerio de Salud en el año 1999 atendió 131.997 pacientes que solicitaron estudios citológico cervical, para una cobertura del 11% y 152 defunciones de 1,453 egresos hospitalarios con este diagnóstico, no existiendo una cobertura global adecuada para este programa ⁽²⁾.

La tasa de incidencia de esta patología en los departamentos del país ha sufrido cambios a lo largo de los años, según investigaciones realizadas previamente.

Durante los años 1999 al 2002 se reportó en el departamento de León una tasa de 35.6 y 39.6 por 100,000 mujeres para carcinoma invasor y carcinoma in situ respectivamente, así también el primero predominó en las mujeres de 50 a 59 años de edad con una tasa de 79/100,000 y el segundo afectó más a las mujeres de 40 a 49 años con una tasa de 80.7/100,000. En Chinandega la incidencia reportada para carcinoma invasor entre los años 1999 y 2001, fue de 18.5, 10.5 y 28.5 respectivamente y para carcinoma In Situ fue de 2.1, 8.4 y 14.2, siendo los grupos de edad más afectados las mujeres de 40 a 49 años en ambos grupos ⁽¹⁷⁾.

La cobertura para estudios citológicos cervicales en la población femenina de Chinandega en los años 1997 y 2001 fue de 9% y 16% la cual es muy baja. La tasa de mortalidad en este departamento es de 22.5 por 100,000 mujeres, siendo el municipio con mayor mortalidad Corinto con 49.7, seguido de Cinco Pinos con 38.4 casos.

Los grupos etáreos con mayor número de examen citológicos realizado son pacientes menores de 30 años y es notorio que el estudio disminuye a medida que aumenta la edad, es importante recordar que el cáncer cervical tiene una mayor tasa de incidencia en los grupos de 40 años a más no enfocando el programa al grupo de edad con mayor riesgo ⁽²⁾.

Según el manual de normas

DISEÑO METODOLOGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es cuali y cuantitativo, de evaluación de los servicios de salud, mediante:

- Revisión documental.
Registros del centro de salud, reportes de Patología.
- Observación.
- Entrevistas a profundidad a informantes claves.
Constituido por hombres y mujeres que están en continuo contacto con la comunidad.
- Grupo focal.
- Encuestas de conocimiento a personal de salud.
Constituido por médicos y auxiliares de enfermería, que brindaron atención a las mujeres que asisten al programa de detección oportuna del cáncer de cérvix, en el período del estudio en el municipio de Villanueva.
- Exámenes de citología cervical a 124 mujeres.
- Encuesta sobre conocimientos y satisfacción de usuarias.
Las mujeres que se les realizó estudio citológico, así como también, encuesta sobre conocimiento y satisfacción del servicio.
 - Mayores de 30 años.

- Mujeres que asistan al programa de detección oportuna del cáncer de cérvix.
- Mujeres que acuden a la consulta externa.



Foto N°1 Personal de estadística del centro de salud, que participó en nuestro estudio, junto a ambos García del investigadores Chinandega.

Foto N°2 Pacientes de distintas edades, en el de salud de la localidad Rincón de municipio de Villanueva,

AREA DEL ESTUDIO

Se realizó en el municipio de Villanueva, ubicado a 55Km al norte del departamento de Chinandega, el cual consta de una extensión territorial de 794 Km², y una población de 29,109 habitantes, de los cuales 6,130 son mujeres en edad fértil; este municipio esta organizado en nueve territorios, siendo estos; El Sector Urbano de Villanueva, El Bonete, Paguil, Becerro, Cayanlipe, San Ramón, Rincón de García, Las Pilas e Isarel; cada uno de estos tiene su

puesto médico correspondientes, en los cuales se tomó la citología cervical para la realización de dicho estudio.

TIEMPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el período comprendido entre los meses de Abril y Diciembre del 2003.

INSTRUMENTOS

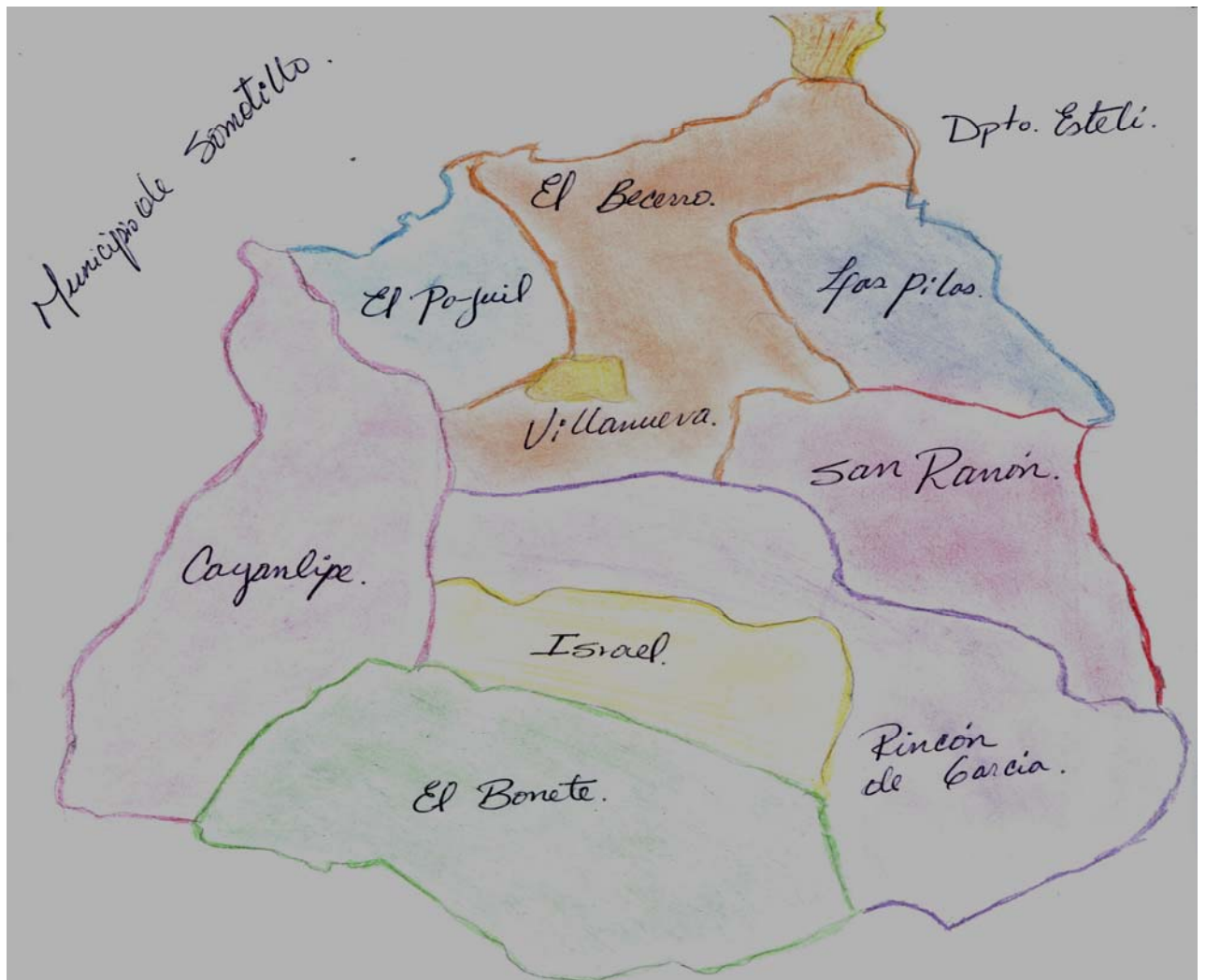
Se elaboró cuestionario de acuerdo a los objetivos planteados, nos permite evaluar la atención del programa según normas y parámetros del MINSA.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

Para la recolección de los datos se elaboro ficha de solicitud de citología cervical, así como dos cuestionarios que contienen preguntas abiertas y cerradas, que fueron llenadas por pacientes y personal de salud y uno con preguntas abiertas para los brigadistas de salud, con previo consentimiento informado de las pacientes, cumpliendo con los objetivos del estudio, también se recolectaron datos del reporte de patología.

ASPECTO ETICO

En el presente estudio previo llenado del cuestionario con la paciente se les solicitó consentimiento informado para ser incluidos en el estudio una vez que se les leyó y explicó los objetivos del estudio, además se procedió a realizar consejería a las pacientes cumpliendo así con uno de los objetivos del estudio.



Mapa que muestra la ubicación del Municipio de Villanueva, con sus límites y sus ocho comarcas.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Indicadores
Recursos disponibles	<ul style="list-style-type: none">• Tipo de personal que toma las muestras.• Capacitaciones recibidas.• Apreciación del personal sobre adecuación de los recursos y materiales disponibles.• Apreciación sobre la infraestructura.
Calidad en los procesos	<ul style="list-style-type: none">• Cobertura con examen de citología de cuello uterino.• Porcentaje de resultados perdidos.• Mediana del número de días transcurridos entre la toma de la muestra y la entrega del resultado.• Porcentaje de los casos que requieren tratamiento, que efectivamente lo reciben.• Porcentaje de muestras adecuadas.• Porcentaje de muestras inadecuadas.
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Mortalidad por cáncer de cuello uterino• Porcentaje de los casos de cáncer de cuello uterino que corresponden a etapa invasora.• Porcentaje pacientes con lesiones premalignas• Grupos étnicos más afectado con estas lesiones.• Localidad con más casos reportados.

RESULTADOS

Características de las mujeres entrevistadas

El 80% de las mujeres entrevistadas tenían una edad igual o superior a los 30 años; un 16% eran analfabetas y un 59% tenían educación primaria; el 87% eran casadas o acompañadas, y la gran mayoría eran amas de casas (tabla 1)

Cuadro 1: Distribución porcentual, de las mujeres entrevistadas, según edad, escolaridad, estado civil y ocupación. Municipio de Villanueva, 2003.

Variable	% (n=100)
Edad:	
20 – 29 años	20
30 – 39 años	37
40 – 49 años	30
50 – más años	13
Escolaridad:	
Analfabetas	16
Primaria	59
Secundaria	21
Superior	04
Estado civil:	
Casada	33
Acompañada	54
Solteras	13
Ocupación:	
Ama de casa	78
Comerciantes	13
Estudiantes	9
Total	100

Perfil Ginecoobstétrico

Notamos en el gráfico N° 1 que las mujeres están iniciando su vida sexual a edades tempranas. En promedio, las mujeres habían tenido 5.5 hijos.



Resultados de entrevista a Brigadista de salud.

De 6 Brigadistas entrevistados, todos conocen la utilidad del examen, 5 de ellos dicen que se necesitan más charlas a la población sobre este tema, manifiestan que algunas mujeres no se realizan este examen por vergüenza a ser examinadas por medico varón.

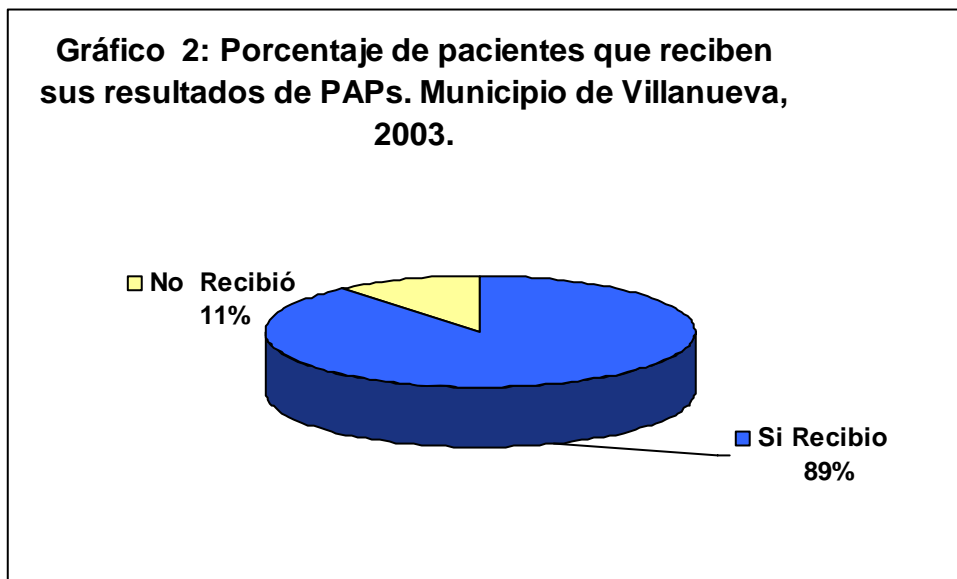
Valoración de prácticas y Conocimientos.

De las 100 mujeres entrevistadas, 57 conocían la utilidad del examen de Papanicolaou, 13 dieron respuestas erradas sobre su utilidad y 30 no sabían del todo.

Acerca de la periodicidad del examen, el 81% de las mujeres dijo que el examen se hace cada 2 años, el 16% cada 3 años y el 3% cada 5 años.

De las formas de obtener información sobre el examen, las principales eran las charlas del centro de salud y los comentarios de familiares y amigos. El 60% dijo haber recibido charlas sobre el tema en el centro de salud

Obtención de los Resultados del examen



De todas las pacientes que obtuvieron su resultado de PAPs, el 44.9% lo recibió un mes después de tomada la muestra, 32.7% a los dos meses y el 22.4% a los tres meses.

Personal a cargo de la valoración de los resultados del examen de Papanicolaou

Los miembros del personal de salud que valoraron los resultados de los exámenes de Papanicolaou fueron los siguientes:

Médico General	35
Auxiliar de Enfermería	<u>65</u>
Total	100

Suministro del tratamiento de parte del centro de salud.

De las 100 mujeres entrevistadas, sólo 4 recibieron del centro de salud los medicamentos que les recetaron.

De los 6 brigadistas de salud entrevistados, 4 señalaron que la falta de medicamentos es una de las razones de inasistencias de las pacientes al programa

Resultados de encuesta a personal de salud.

El 85% de las muestras de Papanicolaou son tomadas por auxiliares de enfermería y el resto por médicos y enfermeras.

El 100 % del personal de salud ha recibido capacitaciones, siendo la última hace dos años.

Equipo y Materiales

Al momento del presente estudio, todas las nueve unidades de salud del municipio (el centro de salud y los ocho puestos de salud) tenían camillas ginecológicas, espéculos de tres tamaños, fijador de alcohol al 95% en spray, láminas, espátulas de Ayre hechas de madera, y agua estéril. Esta última es suministrada a los puestos de salud por el centro de salud Carolina Osejo, una vez por semana. En seis de las unidades se disponía de lámparas cuello de cisne, en siete tenían guantes descartables, y ocho de las nueve unidades tenían hojas de solicitud de examen. En ninguna de las unidades de salud había citocepillo.

Valoración de actitudes y conocimientos del personal de salud

De los 12 miembros del personal entrevistado, ninguno utiliza lubricante para tomar la muestra. Todos la toman del endo y exocervix, pero solamente 5 toman primeramente muestra del exocervix; Tres utilizan gasas húmedas para remover las secreciones abundantes. Al fijar la muestra, la tercera parte del personal considera necesario hacer la fijación inmediatamente, y todos hacen la fijación a una distancia de 10 a 20 cm. Siete de las doce personas entrevistadas realiza examen bimanual, y únicamente cuatro brindan consejería

a las pacientes antes de tomarle la muestra. Todos dijeron que brindan charlas a la población, incluyendo 9 que manifestaron que lo hacen cada 1.5 – 2 meses.

El tiempo transcurrido entre la toma de las muestras y la entrega de los resultados variaba en un rango entre los 20 y los 90 días, según el persona, siendo el promedio de 55 días.

Infraestructura

Las nueve unidades de salud cuentan con piso de ladrillo; ocho tienen cielo raso y puerta externa segura; cuatro disponen de ventanas y cortinas en buen estado. Todas las unidades disponen de agua, que se extrae de pozos mediante bombas de mecate, así como de luz eléctrica y radiotransmisores.

Actividades de capacitación, como parte del presente estudio.

Posterior a la realización de la encuesta al personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), se organizó una jornada de motivación y capacitación para ellos, en que también participaron parteras, brigadistas y pacientes. La charla estuvo a cargo de la Dra. Ofelia Rojas y otros miembros del Departamento de Patología del HEODRA. En los días siguientes, los autores del presente estudio estuvieron brindando charlas sobre el tema a las pacientes que acudieron al programa de detección oportuna del cáncer de cervix, tanto en los puestos de salud como en el centro de salud.

Resultados de Citología Cervical.

En el período del estudio comprendido entre los meses de Abril a Diciembre del 2003, en las unidades de salud del MINSA en el municipio de Villanueva se tomaron 1,147 muestras de citología cervical. La gran mayoría de las mujeres examinadas (87%) estaban en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 29 años. El 11% de las muestras resultaron inadecuadas. Se encontraron 3 lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) y 1 de alto grado (LIEAG), que equivalen al 0.26% y 0.08%, respectivamente.

En el presente estudio se tomaron 124 muestras de citología cervical, las cuales fueron analizadas en el departamento de patología del HEODRA. En este caso, únicamente 3 muestras (2.5%) resultaron inadecuadas. La patología más diagnosticada fue la Inflamación severa, que representaba un 47% del total de las muestras adecuadas. Se encontraron 25 LIEBG y 6 LIEAG, que representan un 20.6% y un 4.9% de las muestras adecuadas, estos dos últimos datos son mayores a los reportados por el MINSA. , el grupo etáreo más afectado por estas alteraciones es el de 50 a más años con un 33.3%, seguido del grupo de 30 a 39 años con 32%.

Cuadro 2. Porcentaje de Mujeres que tenían Lesión Intraepitelial, según edad, Villanueva, 2003.

Edad	Número de muestras	% con LIEBG	% con LIEAG	% con LIEBG LIEAG
20 – 29	16	18.75	00	23.5
30 – 39	50	22	10	32
40 – 49	40	15	2.5	17.5
50 – más	15	33.3	00	33.3
Total	121	20.6	4.9	25.5

Se realizaron biopsias y colposcopías a las displasias leves con HPV y a todas displasias moderadas y severas. Se encontró que de las seis mujeres con LIEAG, las tres tenían displasia severa y una de las que tenían displasia moderada, estas cuatro tienen cáncer in situ. No se encontró ningún caso de cáncer Invasor.

Cuadro 3: Distribución Porcentaje de las Pacientes Examinadas en el estudio según diagnóstico de PAPS, Departamento de Patología del HEODRA.

Variable	Porcentajes (n=121)
Inflamatorio Leve	12.4
Inflamatorio Moderado	14.9
Inflamatorio Severo	47.1
Displasia Leve	16.5
Displasia Moderada	2.5
Displasia Severa	2.5
Infección por HPV	4.1
TOTAL	100.0

Prevalencia de lesiones intraepiteliales, según comunidades.

La Prevalencia mayor de lesiones intraepiteliales fue mayor en la cabecera municipal, donde casi la mitad de las muestras las presentaban, incluyendo un 13% con LIEAG. En Rincón García la Prevalencia de LIEAG fue de 11.1% (cuadro 4).

Cuadro 4: Porcentaje de mujeres que tenían Lesiones Intraepiteliales, según localidades. Villanueva, 2003.

Localidades	Número de muestras	Porcentaje con Lesiones Intraepiteliales		
		LIEBG	LIEAG	Total
Villanueva	23	34.8	13.0	47.8
El Bonete	16	18.75	6.2	24.95
San Ramón	15	26.6	0.0	26.6
Las Pilas	13	23.0	0.0	23.0
Rincón de García	18	22.2	11.1	33.3
Cayanlipe	12	25.0	0.0	25.0
El Becerro	10	30.0	0.0	30.0
Israel	08	12.5	0.0	12.5
El Pajuil	06	0.0	0.0	0.0
Total	121	20.6	4.9	25.5

DISCUSIÓN

Análisis de los recursos disponibles para el programa.

Las unidades de salud del Municipio de Villanueva tienen, en general, una infraestructura y equipamiento bastante satisfactorios para el desarrollo del programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino. Sin embargo, un tercio de las unidades carece de lámparas cuello de cisne, lo que dificulta tomar muestras de buena calidad. El abastecimiento de materiales de reposición periódica era bueno, con algunas excepciones en cuanto a guantes y hojas de solicitud del examen, que no estaban disponibles en todas las unidades al momento del presente estudio.

Pareciera haber un insuficiente involucramiento de los médicos en el programa DOC. Esto es cierto, aparte de que el dato de que 85% de las muestras fueron tomadas por auxiliares de enfermería, obtenido en el presente estudio, no refleja bien la realidad. En efecto, en el presente estudio, se fijó de previo una cantidad de mujeres a entrevistar más o menos fija para cada unidad de salud, mientras en la realidad la mayoría de los exámenes se realizan en el centro de salud. Al respecto, debe de tenerse en cuenta que en el centro de salud quien más toma muestras de Papanicolaou y evalúa sus resultados es la enfermera graduada responsable del programa, de manera que efectivamente los médicos participan poco. Por otra parte, el centro de salud carece de un(a) especialista que preste una mejor evaluación y tratamiento a las pacientes.

Los resultados de este estudio muestran que más de la mitad del personal a cargo de las actividades del programa tiene deficientes conocimientos sobre la técnica adecuada para realizar la toma de la muestra.

La disponibilidad de materiales, principalmente guantes y las hojas de solicitud del examen, era deficiente en algunos de los puestos de salud.

Análisis de los procesos involucrados en la prestación de servicios

De acuerdo a las estadísticas del centro de salud, el 87% de los exámenes de Papanicolaou se realizaron en mujeres de 20 a 29 años. En un estudio en el centro de salud de Sutiava se encontraba esta misma tendencia a concentrar los exámenes en mujeres jóvenes, y de descuidar su realización en aquellos grupos donde el riesgo de cáncer es mayor ⁽³²⁾. En efecto, el mayor riesgo de cáncer de cuello uterino corresponde a mujeres entre los 35 y los 49 años⁽³³⁾. En este grupo de edad, según estadísticas de Venezuela 1 de cada 25 mujeres padecen de cáncer de cervix⁽³⁴⁾ y en México más del 50% de las mujeres con cáncer de cervix están en este grupo, ocupando el primer lugar de los tipos de cáncer en este país ⁽³⁵⁾.

La entrega de los resultados está tomando mayor tiempo de lo deseable. En efecto, más de la mitad de los resultados fueron entregados dos meses después de tomada la muestra, cuando el MINSA establece que debe de tomar menos de un mes. Los resultados del presente estudio son parecidos a los de una encuesta efectuada entre mujeres del Mercado Central de León⁽³⁶⁾, pero difieren de otro efectuado en el centro de salud de Sutiava, en el que la mayoría de los resultados fueron entregados en forma oportuna ⁽³⁷⁾. Una entrega tardía de resultados causa insatisfacción entre las usuarias y tiende a desmotivarlas para su asistencia al programa.

El hecho de que una gran mayoría de las pacientes no recibiera del centro de salud los medicamentos que les habían recetado puede tener consecuencias negativas para la evolución clínica de las mismas, sobre todo si se considera que muchas de esas mujeres no están en capacidad de comprar por su cuenta el tratamiento.

En las encuestas realizadas a las usuarias, según los conocimientos de estas, la mayoría conoce del test de PAPs, no así su utilidad del mismo y el tiempo necesario para realizarse control, al comparar con el estudio anterior tenemos datos muy similares. Es necesario hacer consciencia y brindar más educación a nuestra población.

En cuanto a las encuestas realizadas al personal de salud, en la mayor parte de los casos quienes toman la muestra es la auxiliar de enfermería, y en todos refieren haber recibido capacitación sobre el tema con un tiempo de dos años por ultima vez, consideramos que no es el personal adecuado, necesitando este capacitaciones periódicas y mayor entrenamiento dado que el porcentaje de las muestras inadecuadas es alto, casi el doble de lo encontrado por el estudio del mercado de León ⁽³⁸⁾.

Un aspecto muy llamativo en el presente estudio es la gran diferencia encontrada entre los resultados de los exámenes tomados de rutina por el personal del centro de salud, menos del 1% de las pacientes tuvieron lesiones intraepiteliales, mientras que entre las 124 mujeres examinadas como parte del presente estudio, esta cifra fue superior al 20%. Nuestros resultados se parecen a los del estudio en el Mercado Central de León, también realizado por personal del Departamento de Patología del Hospital Escuela en León. Consideramos que los factores que pueden explicar diferencias tan marcadas son:

- A) Los exámenes que realiza de rutina el centro de salud corresponden a mujeres más jóvenes. En nuestro estudio se cubrió a las de mayor edad.
- B) Técnica inadecuada en las tomas de muestra que realiza el centro de salud, influyendo en la calidad de la muestra.
- C) La interpretación citologica puede no ser la adecuada, fallando en reconocer casos de lesiones premalignas.

Los resultados del presente estudio deben ser examinados con cuidado por el equipo de dirección del centro de salud de Villanueva y del SILAIS, pues cabe la posibilidad de que exista una buena cantidad de mujeres que, teniendo alteraciones premalignas o con cáncer instaurado, no hayan sido reconocidas como tales, y estén evolucionando desfavorablemente bajo una sensación de falsa seguridad, de parte tanto de las pacientes como del personal de salud.

CONCLUSIONES

Se aprecia inadecuado funcionamiento del programa por: falta de capacitación periódica, inadecuado abastecimiento de materiales, equipo, medicamentos para tratar patologías asociadas y falta de personal preparado para brindarle adecuado seguimiento a las pacientes.

La pobre información que tienen las pacientes sobre el Papanicolau, influye que no acudan a solicitarlo, disminuyendo la captación de estas. Las pacientes están iniciando vida sexual más temprana y la población más afectada es el grupo de 50 a más años de edad, seguido del de 30 – 39 años. En nuestro estudio existe alta frecuencia de lesiones precáncerosas, contrario a lo reportado por el centro de salud, a pesar que el número de muestras que tomaron fue nueve veces mayor que la de nuestro estudio.

RECOMENDACIONES

- Abastecer en tiempo y forma los materiales, reactivos y equipo necesario para el funcionamiento del programa.
- Capacitaciones periódicas y monitoreo continuo del personal de salud y citotecnólogo (a), en la realización de la toma y lectura correcta de la muestra.
- El MINSA realice en la población campañas masivas de educación y toma de muestras, para detectar y tratar oportunamente a las pacientes.
- Disponer en esta unidad de salud de médico ginecoobstetra, que brinde atención especializada.
- Hacer control de calidad a los laboratorios citológicos que valoran las muestras del municipio.
- Proveer los recursos humanos y materiales para un seguimiento adecuado de las pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Perkin et al. Estimates of the world wide incidence of major cancers in 1985. Int. Cáncer 1993.
2. Rojas O. Fonseca O. y Colaboradores
Diagnóstico y Manejo de Lesiones Premalignas del Cérvix. UNAN – León, año 2003.
3. Tema: El Cáncer Cervical en los Paises Pobre.
Autor: OMS
Dispuesto en: <http://www.gineconet.com/articulos/1137.htm>
4. Restrepo H. González J. Epidemiología y control del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe – Bol. Oficina Sanitaria Panamá. 1987.
5. Tema: El Cáncer de Cuello Uterino. “Lo que una mujer debe saber”.
Autora: Dra. María Beatriz Soza.
Dispuesto en: <http://www.gineconet.com/articulos/344.htm>
6. Guido C. Registros Hospitalarios de Cáncer Ginecológico del Hospital Berta Calderón. Ministerio de Salud – Managua, Nicaragua.
7. Delgado J. García C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las Pacientes y del Personal de Salud en Relación al Papanicolau Siuna y Waspan 1999.
8. American Medical Association. “ The Bethesda System” Terminology for Reporting Results of Cervical Cytology. UAMA. 2002.
9. Rojas O. Registro Histopatológico de Cáncer, Departamento de Patología UNAN – León 1987 – 2002.
10. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino.

MINSA – 2000.

11. Fasal E, Simmon ME, Kampert JB. Factores associated with high and low of cervical neoplasia, J Nal Cancer Institute 1991.
12. Moore K. y col. Embriología Medica. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 5^{ta}. Edición México 1993.
13. Gardner. Tratado de Anatomía Humana. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 5^{ta}. edición año 1993.
14. Jones.Howard, Colston. Tratado de Ginecología. Novak. 5 edición año 1997.
15. Ham, Tratado de Histología Médica. Editorial Interamericana McGraw-Hill 9^{na}. edición, México, año 1997.
16. Patología estructural y funcional .Robbins, Editorial Interamericana McGraw-Hill. 6^{ta}. edición año 2000.
17. Oviedo K. Brenes incidencia del Cáncer Cervicouterino en el Departamento de Chinandega 2001.
Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León.
18. Thomas M. Julian, MD ." Anormalidades Citológicas Cervicales, su Evaluación y Tratamiento. Manual de Colposcopia Clínica. The Partenon Publishing Grup. 2000.
19. El test de Papanicolau, Perea Ortiz, Perea García. Barcelona. Año 2000.
20. Tema: Programa de Pesquisa y Control del Cáncer de Cuello Uterino para el Estado de Yaracuy. 2000 Dispuesto en:
<http://www.tocogineconet.com.ar/publicaciones/progpesquisacacervix.htm>

21. Appleby J. Clin. Med. Nort. Amer. Medidas por adoptar en casos de anormalidades de frotis de PAPS. Texas. USA. Año 1994.
22. Koss L. Virus de Papiloma Humano y Cáncer Genital 1994.
23. Wright J Ferenezzy A. Pruebas Virales para VPH, Mundo Médico Vol. N°7, 1994.
24. Descripción de las Características Poblacionales en los registros del Departamento de Patología del Hospital "César Amador Molina" de Matagalpa 1999. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – León.
25. Oral Contraceptives use and incidence of cervical intraepithelial neoplasia, American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1992.
26. Fundación Nicaragüense Contra el Cáncer (FUNICA), Detección Oportuna Contra el Cáncer en el municipio de Catarina, San Juan de Oriente y Niquinohomo. Managua. 1998.
27. Tema: La prueba de PAP como Método Diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino.
Dispuesto en: <http://www.lalcecrosario.org.ar/pap.htm>
28. Tema: El Cáncer de Cuello Uterino
Dispuesto en: <http://www.tuotromedico.com/temas/cancer-uterino.htm>
28. Tema: Cáncer de Cuello Uterino
Dispuesto en: <http://www.cmhealthcenter.net/temas/cancer-uterino.htm#0>.
29. Pineda E. Y col. Metodología de la investigación, manual para el desarrollo del personal de salud. OPS/OMS. Segunda edición. 1994.
30. La Planificación Sanitaria; Conceptos – Métodos - Estrategias. Raynold Pineault -Corole – Daveliy. Segunda edición 1995.

31. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica.

Dr. Julio Piura López, 1994.

32. H. Castro, J. Castro.

Evaluación de la calidad de atención del programa de detección oportuna del cáncer cérvicouterino en el centro de salud de Sutiava – León. 2003.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. UNAN – León.

33. Op. Cit (véase referencia 2).

34. Op. Cit (véase referencia 20).

35. Tema: Como prevenir Cáncer de Cuello de la Matriz. 1996 – 2002.

Autor: Dr. Paolo Di Castro.

Dispuesto: <http://www.histolab.com.mx/pap.html>

36. M. Alvarado, J. Alvarez, N. Centeno.

Enfrentando el Cáncer de Cuello Uterino: Una Experiencia de Trabajo con Mujeres del Mercado Raúl Cabezas Lacayo – León. UNAN – León.

37. Op. Cit (véase referencia 32)

38 Op. Cit (véase referencia 36)

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA PACIENTE

Por este medio autorizo a los Médicos Carmen Espinoza y Elvin Núñez, para que me realicen toma de citología cervical (PAP), toma de fotografías y encuesta sobre conocimiento y satisfacción del programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino en el Municipio de Villanueva, para la cual me explicaron los objetivos de la realización de la misma y el estudio que están realizando, para lo que firmo voluntariamente, accediendo de esta forma.

Compromiso de los investigadores:

1. Entrega de resultados a exámenes a las Pacientes Involucradas en el Estudio.
2. Seguimiento y gestión a los casos con mayor problema.
3. Educación sobre la importancia de los PAPS como método de diagnóstico precoz del Cáncer Cervico – Uterino (CaCu).

Atte.

Nombre y Firma de la Paciente

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PERSONAL

Por este medio autorizo a los Médicos Infieri Carmen Espinoza y Elvin Núñez, para que me realicen encuestas con preguntas abiertas y cerradas sobre el conocimiento del programa de detección oportuna del CaCu, para la cual me explicaron los objetivos de la realización de la misma y el estudio que se está realizando, para lo que firmo voluntariamente, accediendo de esta forma.

Compromiso de los investigadores:

1. No divulgar los nombres de los encuestados y resultados individuales de dicha encuesta.

Atte.

Nombre y Firma del Recurso

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
VILLANUEVA
SOLICITUD PAPS.**

Nombres y Apellidos : _____ **Edad:**

•
Procedencia: _____

Fecha:

•
No. Expediente: _____

Fecha de último PAPS:

•
No. Citología: _____

Fecha de última regla(**FUR**):

•
No. Cédula: _____

Antecedentes Gineco-Obstetra.

Gestas: _____ Paras: _____ Abortos: _____ Cesáreas:

•
IVSA: _____

FUP: _____

Esterilización u otros:

•
Menarca: _____

No.Cpros Sexuales: _____

DIU: _____ G.O: _____

Método Inyectado: _____ Condón:

•
Antecedentes de Ca: _____

Observación:

•
Descripción

Macroscopica:

•
-
•

•

Nombres y Apellidos _

Firma.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Evaluación del programa de detección oportuna del cáncer
cervico uterino 2003. Encuesta a personal de salud.

I - Perfil del personal de salud.

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____.
Tiempo de laborar en la unidad: _____ Sexo: _____.
Profesión: _____ Cargo que desempeña: _____.

II - Qué paciente debe realizarse citología cervical.

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

III – Técnica de para realizar la muestra:

Favor el que considere, llenar con una X.

- Brinda consejería a la paciente sobre el procedimiento a realizarse: _____.
- Considera necesario realizar palpación bimanual antes de la toma: _____.
- Utiliza lubricantes al introducir el espéculo: _____.
- Realiza muestra endo y exocervical: _____, a cual toma primero: _____.
- Fija inmediatamente la muestra: _____, A qué distancia la fija: _____.
- Cuando hay mucha secreción remueve con gasa húmeda: _____.

IV - Equipo necesario para realizar la Citología Cervical:

Favor responda si y no, según sea necesario.

Camilla ginecológica: _____.
Lámpara de cuello de cisne: _____.
Especulo de tres tamaño: _____.
Guantes descartables: _____.
Hoja de solicitud de citología cervical: _____.
Fijador con spray o alcohol al 95%: _____.
Laminas porta - objetos: _____.
Espátula de madera o hisopo de algodón: _____.
Citocepillos: _____.
Solución salina o agua estéril: _____.
Torundas de algodón o gasas estéril: _____.

V – Conteste :

Ha recibido capacitación sobre el tema:_____.

Cada cuánto tiempo: _____.

Imparte charlas educativas a la población._____.

Con qué regularidad?

Cuál es la meta de PAPS a realizar por mes?

Cuánto tiempo posterior a la toma entrega resultados a la paciente?

Se le brinda seguimiento a las pacientes con alteraciones premalignas.

ENCUESTA A USUARIAS DEL PROGRAMA DE CITOLOGÍA CERVICAL.

Nombre de la Usuaría: _____.

Edad: _____.

Localidad: _____.

Escolaridad:

*Analfabeta ___.

*Primaria ___.

*Secundaria ___.

*Superior ___.

Estado civil: Soltera ___.

Casada ___.

Acompañada ___.

Ocupación: Ama de casa ___.

Estudiante ___.

Otros ___.

Preguntas de conocimiento.

1 - Qué es el Papanicolau?

2 - Para qué sirve?

3 - Qué mujeres deben realizárselo?

4 - Sabe de dónde le toman la muestra?

5 - Cada cuanto se lo realiza?

6 - Ha recibido charlas educativas de este examen?

Satisfacción de las usuarias de este servicio.

1 - Cuando se ha realizado este examen le han entregado el resultado?.

Si ___.

No ___.

2 - Cuanto tiempo después: _____.

3 - Si no se lo entregaron, que le explicaron.

4 - Cuándo asiste a la unidad de salud quien le valora su resultado.

Médico Especialista:____. Médico General: ____ Enfermera: ____.

5 – Recibe tratamiento por parte de la unidad de salud.

Si ____ **No**____.

CUESTIONARIO PARA BRIGADISTAS DE SALUD.

1 - Sabe qué es el test de Papanicolau?

2 – Qué utilidad tiene?

3 – Por qué muchas mujeres no acuden al centro de salud a realizarse el examen?

4 – Qué quejas tiene la población del centro de salud.

5 – Brinda charlas el centro de salud a la población.