

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN – LEÓN**



MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

TÍTULO:

**CALIDAD DEL SERVICIO DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL
CÁNCER CERVICOUTERINO EN DOS COMUNIDADES DE LA
DESEMBOCADURA DEL RIO GRANDE, AÑO 2005.**

AUTOR.

BR. JUAN CARLOS CASTRO REYES

TUTORES.

**DRA. WALKIRIA WONG SANCHEZ
ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA**

**DR. ARNOLDO TORUÑO TORUÑO
MSC. EN SALUD PÚBLICA**

LEÓN, 26 DE FEBRERO DEL 2006



DEDICATORIA

Este estudio investigativo es dedicado a Dios, hacedor de todas las cosas, por haberme dado la suficiente sabiduría y entendimiento para cumplir una de las tantas metas trazadas en mi largo caminar.

A mis padres, Silvia Reyes Martínez y Emiliano Antonio Castro Baltodano, que a pesar de las dificultades han sido fuentes de fortaleza, ayuda y comprensión.

A mi hermano, Emiliano Antonio Castro Reyes (qepd) quién siempre deseo que este sueño fuera realidad.

A todas las mujeres, de la mágica y hechicera costa atlántica de Nicaragua por hacer posible la realización de este trabajo.



AGRADECIMIENTOS

A mis tutores; Dra. Walkiria Wong Sánchez y Dr. Arnoldo Toruño, los cuales me brindaron su ayuda y conocimiento para hacer posible la culminación de este estudio.

A mi gran amiga de la costa atlántica, Miss Sharón Clark Mclean. Por su constante ayuda incondicional.

A Miss Carolina Chavarria Francis y Miss Jane Omier Hall. Por sus múltiples consejos que han guiado mis pasos.

A mi novia, Angela Carolina García, quién muy en el fondo desea que sea un profesional de éxito.

Al personal de salud de las unidades de Karawala y Sandy Bay Sirpi. Por su ayuda.



RESUMEN.

El cáncer cervicouterino es considerado un problema de salud pública. Este estudio evaluó la calidad con que se desarrollaba el servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en dos unidades asistenciales del municipio de la Desembocadura del Río Grande (RAAS). Los objetivos del estudio fueron: evaluar la calidad del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino, esto comprende; adecuación de los recursos, procesos y los resultados.

Se realizó un estudio de evaluación de programas, usándose una combinación de métodos y técnicas; encuesta, entrevistas a profundidad a informantes claves, observación y revisión documental. El universo estuvo constituido por mujeres en edades de 25-64 años que tienen o han tenido vida sexual activa y son residentes de las comunidades, se definió arbitrariamente una muestra de 300 mujeres y en cada comunidad se entrevistó a 150 mujeres, seleccionándose las casas mediante muestreo sistemático, la información obtenida se tabuló manualmente..

Los resultados fueron: ambiente inadecuado del proceso técnico, recursos materiales completos, pero en mal estado e insuficientes. Recursos humanos insuficientes y poco capacitados. El proceso; coberturas bajas de citología cervical, entrega tardía de resultados, seguimiento inadecuado de las pacientes. En los resultados; conocimientos y prácticas sobre citología cervical de las usuarias pobres, elevada tasa de mortalidad y alto grado de satisfacción de las usuarias.

Concluyéndose, que el servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino se desarrolla con deficiente calidad. Recomiendo ; mejorar la iluminación para la toma de la muestra, asignar otro recurso humano al servicio, programar en base a cobertura, desarrollar un sistema amplio de información y educación a la población que involucre la participación de la comunidad y envío semanal de muestras.



ÍNDICE

Contenido

	Págs.
1. INTRODUCCIÓN	1
2. ANTECEDENTES	3
3. JUSTIFICACIÓN	5
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
5. OBJETIVOS	7
6. MARCO REFENCIAL	8
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	19
8. RESULTADOS	24
9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	41
10. CONCLUSIONES	44
11. RECOMENDACIONES.....	45
12. REFERENCIAS	46
13. ANEXOS.....	48



I. INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino es considerado un problema de salud pública, ocupa el segundo lugar entre las clases de cáncer más comunes en mujeres de todo el mundo, con un número de nuevos casos anuales que se estima en 471000. Las tasas de incidencia más altas para esta neoplasia están en Latinoamérica, se estima que en esta región una de cada 100 mujeres entre los 35 y 55 años padece de carcinoma cervico-uterino. Mientras en los países desarrollados la incidencia va en descenso 10/100,000 mujeres, en países en vías de desarrollo la incidencia va en aumento 40/100,000 mujeres. Se han adquirido vastos conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad y estados precursores, como la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) o las lesiones intraepiteliales escamosas (LIE). Desde hace mucho tiempo la observación de su relación constante con la actividad sexual parecía señalar que el cáncer de cuello uterino podía ser secuela tardía de una infección de transmisión sexual. En épocas reciente se ha determinado que la infección de ciertos virus genitales de virus del papiloma humano puede desencadenar la serie de acontecimientos que culminan en la neoplasia cervico-uterina, incluido el cáncer. (1,2,3)

Internacionalmente se refiere como edad promedio de aparición de esta neoplasia los grupos de 34-35 años y 44 a 55 años para carcinoma in situ e invasor respectivamente.(2)

En relación a la mortalidad, el cáncer invasor del cuello uterino fue responsable del 18% de las muertes por cáncer en mujeres latinas, el riesgo de fallecer por esta neoplasia es nueve veces mayor en las mujeres de grupo etáreo entre 45 y 64 años y se eleva casi 14 veces en las mayores de 64 años.(2)

Cinco países latinoamericanos ocupan lugar preponderante entre los 10 países a nivel mundial con tasas de incidencia más altas para esta neoplasia. Sin incluir a Chile que reporta tasa de incidencia de 30/100,000 y Guanacaste en Costa Rica que para 1997 fue de 32.5 por 100,000 mujeres. (2)

En Nicaragua la tasa de incidencia de esta patología en los diferentes departamentos ha sufrido cambios, a lo largo de los años, para en el periodo 1972-1982, de acuerdo a investigaciones realizadas por los Doctores Guevara, U Y Membreño, N. Esta fue de 85 por 100,000 y 27.7 por 100,000 mujeres. (2)

Durante los años 1999 al 2002 , según lo reportado por la Dra. Delgadillo B. Quien solamente incluyo pacientes del departamento de León , dicha tasa fue de 35.6 y 39.6 por 100,000 para carcinoma invasor y carcinoma in situ respectivamente. En este mismo estudio se reporta que el carcinoma in situ predomino en el grupo etáreo de 40-49 años para una tasa de 80.7/100,000 y el carcinoma invasor afecto más la edad de 50 a 59 años y su tasa de incidencia fue de 79/100,000 mujeres.(2)



En Nicaragua, el Minsa en el período de 1982 a 1991 reportó 164 muertes lo que es igual a 16.1 muertes por año; en 1999 la misma institución reportó 159 fallecidas por cáncer del cuello uterino. La mortalidad de esta neoplasia en el departamento de Chinandega presento una tasa de 22.5 por 100.000 mujeres.(2,4)

Dada la magnitud del problema en Nicaragua, el ministerio de salud ha planteado dentro de sus estrategias la detección de cáncer cervico Uterino en mujeres de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables, con el propósito de contribuir a mejorar y preservar la salud brindando un enfoque integral y humanizado (1).

La toma de Papanicolauo está jugando un rol relevante en el diagnóstico precoz de patologías a nivel del cuello uterino. Por lo cual es de importancia orientar a la mujer en edad fértil acerca de su importancia con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la mujer. (4)



II. ANTECEDENTES

El cáncer cervicouterino continúa siendo un problema de salud pública, sobre todo en países de América Latina donde se presenta una elevada incidencia; es la segunda malignidad más frecuente en la población femenina mundial. Los servicios de detección temprana han contribuido notablemente a la reducción de la morbimortalidad por esta causa (6). Sin embargo en estudios realizados en Nicaragua, se ha observado que a pesar de los esfuerzos desplegados por el ministerio de salud y algunos sectores de la sociedad civil para promover la realización del Papanicolaou, aun se sigue diagnosticando en etapas tardías.(4)

En el mundo realizado innumerables estudios sobre cáncer cervicouterino que han descrito la epidemiología de esta patología y los conocimientos actitudes y practicas en relación al examen de citología cervical. Sin embargo en Nicaragua son muy pocos los estudios de evaluación que se han realizado al servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino.

En Nicaragua se destacan los siguientes estudios:

- Los Doctores Guevara, U y Membreño, N. Reportaron durante el periodo de 1972-1982 tasas de incidencia de 85 por 100,000 y 27.7 por 100,000.(2)
- En un estudio realizado en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello (HEODRA). Durante 1990-1994 reveló que el 62.3% de las pacientes nunca se había realizado un examen de Papanicolaou , a pesar de que el 90.9% se encontraban en estadios avanzados. (2)
- En 1995 Fonseca, O. y Fonseca, L. reportaron que el 62.3% de un total de 231 pacientes que constituyeron su estudio, no se habían realizado nunca un estudio citológico cervical.(4)
- En relación a la cobertura por estudios citológicos cervicales , a la población femenina de Chinandega , según trabajos de Estrada , fue de 9 y 16% para los años 1997 y 2001 respectivamente.(4)
- En un estudio realizado en León en los años 2001 a 2002 el cual relacionaba los grupos etáreo y examen citológico realizados era notorio que después del grupo etáreo de 20-29 años, a medida que pasa de un grupo a otro de mayor edad, el número de pacientes atendidas va en descenso.(4)
- Durante los años 1999 al 2002, según lo reportado Por la Dra. Delgadillo B. Quien solamente incluyo pacientes del departamento de León, dicha tasa fue de 35.6 y 39.6 por 100,000 mujeres para carcinoma invasor e in situ respectivamente. En este mismo estudio reporta que el carcinoma in situ predomino en el grupo etareo de 40-49 años Para una tasa de 80.7/100,000 y el



carcinoma invasor afecto mas la edad de 50 a 59 años y su tasa de incidencia fue de 79/100,000 mujeres.(4)

- En 2002 Dra. Wong, W. y Hodgson, H. Realizaron un estudio sobre los factores de riesgo asociados a la toma y procesamiento de citología cervical inadecuada en unidades asistenciales de Bluefields concluyendo que las causas más frecuentes de citología cervical inadecuada son; Celularidad escasa, mala fijación y ausencia de células endocervicales y las dos terceras partes del personal que trabaja en los programas manejan la condición básica y la técnica para la toma de citología cervical.(3)

- Dra. García y Dra. Delgado realizaron en el municipio de Siuna y Waspan un estudio el cual concluyó que a menor edad y mayor escolaridad aumenta la realización del examen de Papanicolauo. (8)

- En el año 2004 la Dra. Prado realizó un estudio en el cual evaluó la calidad en que se desarrollaba el servicio de detección oportuna de cáncer cervicouterino en el municipio de San Juan de Cinco Pinos concluyendo que la calidad con que se desarrollaba el servicio era insuficiente. (8)



III. JUSTIFICACIÓN

A pesar de que el conocimiento acerca del Papanicolauo se ha difundido en las mujeres en edad fértil, así como su importancia en la prevención y tratamiento oportuno de alteraciones patológicas a nivel de cuello uterino, los diferentes niveles de atención primaria en salud que ofertan y realizan la toma de muestra cervical para el estudio citológico experimentan una baja cobertura en la práctica del examen de Papanicolauo, por lo que resulta bastante interesante investigar acerca de la calidad de atención que brinda el servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino y los factores asociados que afectan la realización de Papanicolauo en mujeres de edad fértil.

Con este estudio pretendo aportar recomendaciones que sirvan de base para el fortalecimiento del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de atención que brinda este servicio, además de sensibilizar y educar a la población acerca de la práctica de realización del examen de Papanicolauo. y plantear una estrategia coherente que mejore la calidad de la muestra de citología cervical tomada , el transporte , lectura y su entrega.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Con qué calidad se desarrolla el servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en las unidades de salud de Karawala y Sandy Bay Sirpy?



V. OBJETIVOS

⤴ **General**

Evaluar la calidad del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en dos *comunidades* de la Desembocadura del Río Grande, 2005.

⤴ **Específicos**

Se pretende evaluar los siguientes aspectos de la calidad del servicio de detección oportuna del cáncer de cuello uterino:

- Adecuación de sus recursos (estructura)
- Adecuación de sus procesos.
- Sus resultados.



MARCO REFERENCIAL

El sector de la salud en América latina y el caribe ha sido protagonista de una serie de importante de innovaciones que tuvieron repercusiones más allá de la región. Durante la década de los ochenta, se ha configurado en varios países una reforma de los sistemas de salud, con énfasis en las concepciones de salud Integrada e Integral, que valorizan la descentralización de la atención, y de la administración de los sistema; años después se vislumbra la clara intención de promover una reforma que tenga como base los sistemas locales de salud, con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de la atención médica .(9,10)

Casi todos los pacientes y profesionales de la salud saben que la atención médica podría ser mejor, lo que ha llevado a muchos países a lanzar iniciativas de reforma de sus sistemas de salud.

Entre los factores que han contribuido a esta necesidad están:

- ❖ Una mayor concientización por parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud.
- ❖ Mayor atención a la calidad en todas las ramas de la economía, al reconocer que esta es la clave para el éxito a largo plazo.
- ❖ La necesidad de controlar los costos de salud. (9,10)

Hoy día de lo que más se está hablando es sobre la calidad de la atención médica, el cual es un concepto clave para los servicios de salud, y que la Organización Panamericana de la Salud la define como:

- ✓ Un alto nivel de excelencia profesional.
- ✓ Uso eficiente de los recursos.
- ✓ Un mínimo de riesgos para el paciente.
- ✓ Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- ✓ Impacto final en la salud. (8)

Sin embargo, otros autores la han definido la calidad como una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, la cual se puede dividir en dos partes: técnica e interpersonal. (9,10)

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la Salud sin aumentar con ellos sus riesgos. El grado de calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios .(9,10)

El proceso interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares.



Estas normas están reforzadas, en parte , por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. El nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones. (9,10)

El acceso a la atención y el uso subsecuente de los servicios constituye determinantes de la calidad de atención. Igualmente la calidad de la atención y su costo monetario están interrelacionados de diversas maneras. La calidad cuesta dinero; si se suprimen servicios inútiles y se producen servicios más eficientes es posible obtener una calidad más alta por el dinero que ahora se gasta en atención, o lograr la misma calidad a un costo menor . (9,10,11)

Sin embargo la satisfacción del paciente constituye un componente importante de la calidad de la atención, esta se puede considerar un elemento de salud psicológica, lo que hace que el logro de la máxima satisfacción alcanzable sea un objeto de la atención.

La satisfacción del paciente tiene todavía otro papel dentro de la valoración de la calidad .Puede verse como el juicio del paciente sobre la calidad de la atención. Representa la evaluación del paciente acerca de la calidad. La evaluación que hace el paciente, expresada con satisfacción o insatisfacción puede ser notablemente detallada. Podría concernir a los escenarios y amenidades de la atención, a aspectos del tratamiento técnico, a características de la atención interpersonal y a las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas, o sociales de dicho cuidado. (9,10)

La satisfacción del paciente es de fundamental importancia como una medida de la calidad de la atención, porque proporciona información sobre el éxito del proveedor en alcanzar los valores y expectativas del paciente. (9,10)

Unos de los métodos actualmente utilizados para valorar la calidad de atenciones mediante la evaluación , la cual es un proceso que trata de determinar en forma sistemática y objetiva la estructura,el proceso y los resultados de los servicios de salud , los programas , y los planes. La evaluación es un juicio de valor que utiliza diferentes metodología basadas en el método científico. (12)

La evaluación interna (participativa) y externa (con personal fuera del programa) sirve como brújula del plan y sus objetivos, la evaluación no esta destinada a calificar de bueno o malo el trabajo realizado; esta debe entenderse como el análisis del porque no se pudieron alcanzar los objetivos o realizar las actividades. La evaluación se hace para aprender y para mejorar.(12)

Formas de evaluación;

a) Evaluación cuantitativa con indicadores..



Los instrumentos que utiliza la evaluación son los indicadores. Un indicador es una variable que se puede medir. (12)

La descripción de la realidad a través de indicadores y su cambio con el tiempo es un trabajo muy importante y satisfactorio para el médico que trabaja con poblaciones.

b) Evaluación cualitativa.

Los indicadores resumen en forma muy concisa los cambios de los servicios de salud han experimentado o las repercusiones en el programa. No obstante, la elaboración de los indicadores necesita tiempo y dedicación; La interpretación depende hasta cierto grado, del conocimiento de los expertos por lo que es importantes utilizar los métodos cualitativos de la evaluación: observación participante, discusión en grupo, estudios de casos individuales. (12)



Situación Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino.

El cáncer cervicouterino es un problema de salud pública, ocupa el segundo lugar entre las clases de cáncer más comunes en mujeres de todo el mundo. Las tasa de incidencia mas altas notificadas provienen de países en vías de desarrollo (13,14)

Más de 30 mil mujeres latinoamericanas mueren al año por cáncer cervicouterino y se estima que en esta región una de cada 100 mujeres entre los 35 y 55 años padece de carcinoma cervicouterino. A pesar de que puede ser prevenible a través de detección temprana. En Nicaragua es considerado uno de los cánceres más frecuentes y es considerada una de las diez primeras causas de mortalidad de las mujeres nicaragüenses (13).

Internacionalmente se refiere la edad promedio de aparición de esta neoplasia los grupos 34-35 años y 44 a 52 años para carcinoma in situ e invasor respectivamente esto difiere de nuestros datos , quizá se deba a una captación tardía de los casos . La detección precoz y el diagnóstico oportuno permite que más del 95% de las mujeres con carcinoma cervicouterino en fase premaligna puedan ser curadas. (2)

GENERALIDADES ANATOMICAS DEL CERVIX UTERINO.

El útero es un órgano hueco muscular que consta de 3 regiones anatómicas y funcionalmente distintas el cervix, el segmento de inferior y el cuerpo.

El cuello uterino es un segmento cilíndrico y angosto ubicado en la porción inferior del cuerpo uterino, mide de 2 a 4 cm de longitud este a su vez está dividido en endocervix y exocervix el primero, es la porción observable durante la exploración vaginal, revestido por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado, su extensión es desde el orificio externo hasta la flexión en los fondos del saco. Por encima del orificio externo se localiza el endocervix revestido por epitelio cilíndrico (células columnares secretoras de moco). A la unión del epitelio escamoso estratificado con el epitelio cilíndrico se llama unión escamo-cilíndrica o zona de transición. La zona caudal a la unión escamo-cilíndrica donde ocurre la metaplasia se denomina zona de transformación, tiene importancia clínica porque es el lugar de asiento de las lesiones precancerosas y del cáncer cervicouterino (13,14)

CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

Se caracteriza por la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales histológico siendo el tipo más frecuente el Epidermoide en más del 90%, seguido por el Adenocarcinoma en alrededor del 8% y el 2% restante corresponde a otros tipos histológicos. (4)



Es sabido, que el cáncer cervical desde el comienzo revela un crecimiento lento y paulatino antes de completar su desarrollo y proporciona varios años de su evolución en fases premalignas (Intraepitelial, Asintomática). (2)

Frecuencia

Se reporta un número de casos anuales que se estima en 471000. Las tasa más altas están en latinoamérica. Se ha observado que en los países desarrollados la incidencia va en descenso 10/100,000 en comparación con los países en vías de desarrollo donde la incidencia va en aumento 40/100,000. (1,3)

Internacionalmente se refiere como edad promedio de aparición de esta neoplasia los grupos 34-35 años y 44 a 52 años para carcinoma in situ e invasor respectivamente. (2)

Factores de riesgo de cáncer cervicouterino:

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar cáncer del cuello uterino. No obstante, cuando se da el caso no es posible decir con seguridad que un factor de riesgo en particular haya sido la causa.

Por esto, al considerar los factores de riesgo, es útil enfocarse principalmente en los que se pueden cambiar o evitar (tales como fumar y tener conductas sexuales de riesgo), en vez de enfocarse hacia los que no se pueden modificar (Ej. Edad y Antecedentes Familiares). No obstante, la comprensión de los factores de riesgo que no se pueden cambiar también es relevante, porque puede ayudar a convencer a las mujeres que los presentan acerca de la importancia de la prueba de Papanicolauo para la detección del cáncer del cuello uterino en las primeras etapas.(2)

Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo del carcinoma cervical, algunos participan en forma aislada o en conjunto en la inducción de la transformación neoplásica sobre grupos de células susceptibles, otros serían cocarcinógenos y otros mas actuarían activando la multiplicación de células ya alteradas con lo que se obtendría la progresión de la enfermedad.(2)

ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CANCER DE CERVIX UTERINO SE ENCUENTRAN;

Características Sociodemográficas:

Edad: En la actualidad el riesgo de contraer cáncer es muy bajo entre las mujeres jóvenes. Comienza a aparecer en las mujeres entre los 20-30 años. Las lesiones precursoras se presentan a partir de la segunda década. En tanto que el cáncer infiltrante esta apareciendo hacia los 40-45 años de edad. (2)



Condición Socioeconómica Baja: La condición socioeconómica baja es también un factor de riesgo asociado estadísticamente al cáncer de cuello uterino. Muchas personas con bajos ingresos no tienen acceso fácil a servicios adecuados de atención a la salud, incluyendo las pruebas de papanicolaou y el tratamiento de la enfermedad precancerosa del cuello uterino. También por la misma condición socioeconómica pueden presentar conductas sexuales de riesgo. (2)

Alimentación: Una alimentación con poco contenido de frutas, ensaladas y verduras produce deficiencias de folatos Vitaminas A, C y E lo que se ha visto asociado a un aumento de cáncer cervical. (2,4)

Conducta Sexual: El cáncer de cuello uterino así como las lesiones precancerosas que lo preceden, esta asociado a las relaciones sexuales. Así hoy se consideran dentro de sus principales factores de riesgo:

El inicio de relaciones sexuales a temprana edad.
Tener muchas parejas sexuales o parejas promiscuas.
Realizar el acto sexual a cualquier edad, sin protección.

Se cree que la asociación con el número de hijos está ligada a un inicio precoz de la vida sexual. Sin embargo ciertas conductas sexuales aumentan el riesgo de una mujer de contraer una infección de transmisión sexual por Virus de Papiloma Humano, Herpes Virus , VIH y otros tipo de infecciones de transmisión sexual que pueden desarrollar cáncer de cuello uterino. (2)

Agentes Infecciosos:

Infección Cervical por Virus de Papiloma Humano(VPH): Su relación al cáncer de cuello uterino se manifiesta al encontrar por hibridación DNA del Virus del Papiloma Humano (HPV) en el 85% al 100% de pacientes con displasia y cáncer.

Estudios epidemiológicos han demostrado que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de displasia y carcinoma invasor del cervix es la infección del Virus del Papiloma Humano. Este es un grupo de más de 80 tipos de virus se clasifican; virus de bajo riesgo (6,11, 41,42,43 y 44), virus de riesgo intermedio (31,33,35,39,51y 52) y virus de riesgo de alto grado (16,18,45 y 56) estos últimos tipos son los que más comúnmente se asocian a displasias y cáncer de cervix.(2)

Virus de Herpes Tipo 2: Se le asignó un papel en la transformación maligna como consecuencia de la cifra de anticuerpos frente al virus que se encuentra en las personas con procesos neoplásicos del cervix. Estudios sero-epidemiológicos han demostrado elevación de títulos de anticuerpos contra el virus hasta el 40% de las mujeres con lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. El virus del Herpes actualmente es implicado en el cáncer de cuello uterino especialmente cuando esta presente en combinación con el HPV, lo cual sucede en el 45% de los casos. (2)



Infecciones por HIV: La infección por virus de inmunodeficiencia humana afecta el sistema inmunológico y hace que las mujeres resulten susceptibles a infecciones con virus del papiloma humano, lo que puede aumentar el riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. El sistema inmunológico es importante para destruir las células cancerosas, así como para retardar su crecimiento y extensión. En las mujeres infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana, un cambio precanceroso del cuello uterino puede evolucionar a un cáncer invasivo con mayor rapidez que lo usual.(2)

Infecciones con Chlamydia Trachomatis: La infección por Chlamydia Trachomatis es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuente. Así mismo ha sido reportado que la infección por Chlamydia Trachomatis aumenta el riesgo de desarrollar cáncer cervical, aunque se necesitan más estudios para confirmar este hallazgo, ya hay razones suficientes para prevenir esta infección y tratarla con antibióticos inmediatamente después del diagnóstico.(2)

Inmunosupresion: En pacientes con inmunosupresión tanto congénita como adquirida, se ha demostrado mayor incidencia de ciertos tumores como el de cervix, y de lesiones precursoras. Se ha demostrado mayor riesgo de desarrollar cáncer de cervix en mujeres que han recibido transplantes de órganos o que están tomando medicamentos inmunosupresores. (2)

Anticoncepción Hormonal: No existe evidencia significativa que relacione el uso de las píldoras con el cáncer cervical. Sin embargo, hay estudios que muestran asociación estadística entre el uso de píldoras anticonceptivas por periodos prolongados y un aumento en el riesgo de cáncer cervicouterino. Se piensa que esto es debido a que estas mujeres son más activas sexualmente, menos proclives al uso de condones y se practican más exámenes de control para recibir la indicación de las píldoras anticonceptivas.(2)

Tabaquismo: Fumar expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros organizo, estas sustancias dañan el DNA de las células del cuello uterino. Además provocan disminución de células de Langerhans y son facilitadores de la acción neoplásicas de agentes virales. Las fumadoras tienen aproximadamente el doble de probabilidades respecto a las no fumadoras de contraer cáncer del cuello uterino. El riesgo se incrementa en función de la calidad y el tiempo de duración de hábito de fumar. (2)

Dietilestilbestrol(DES): Es un medicamento hormonal que fue empleado para algunas mujeres que se pensaba que tenían un mayor riesgo de aborto espontáneo. De cada 1000 mujeres cuyas madres tomaron DES cuando estaban embarazadas de ellas, aproximadamente 1 contraerá adenocarcinoma de células claras o del cuello uterino. Algunos estudios indican que las hijas del DES también tienen un riesgo algo mayor de contraer cáncer de células escamosas del cuello uterino y cambios precancerosas de las células escamosas del cuello uterino.(2)



Antecedentes Familiares: Estudios recientes indican que las mujeres cuyas madres o hermanas han tenido cáncer del cuello uterino tienen mayores probabilidades de contraer la enfermedad. Algunos investigadores sospechan que esta tendencia familiar se deba a una condición hereditaria que aún no ha sido demostrada.(2)

Factores de Servicios: La falta de tamizaje citológico como factor de detección temprana de lesiones premalignas, es asociado a desarrollo de cáncer cervical. (2)

FACTORES PROTECTORES

Los métodos de higiene personal que pueden ayudar a prevenir el cáncer cervical incluyen; la prevención y tratamiento inmediato de las vaginitis y de las cervicitis, además el uso habitual de preservativos son en cierta medida protectores por el mecanismo de barrera y presencia de espermicidas que tienen probable acción antiviral. (2,4)

Otro aspecto importante, lo constituye una dieta balanceada, rica en beta carotenos, vitamina C, E y ácido fólico. (2,4)

HISTORIA NATURAL DEL CÁNCER CÉRVICOUTERINO

El proceso de transición del epitelio columnar a escamoso sucede probablemente durante toda la vida de la mujer pero es más activa después de la pubertad y del primer parto. (4)

La Metaplasia temprana es estimulada por el PH bajo de la vagina que en presencia de una respuesta normal del huésped continua hacia la metaplasia fisiológica y desde luego a un epitelio escamoso nuevo y bien diferenciado considerada como Zona de Transformación Normal. Por el contrario si la respuesta del huésped es anormal por experiencia sexual temprana, infecciones virales o influencia hormonal externa la evolución es hacia una Metaplasia Atípica; la cual tiene dos vías alternas de evolución dependiendo de la respuesta del huésped. Si es adecuada puede no ocurrir progresión de la lesión y permanecer constante durante toda la vida de la paciente, pero si es inadecuada puede progresar desde una displasia hasta un cáncer invasor, necesitando meses o años para que ocurra. (4, 13, 14)

TÉCNICA PARA LA RECOGIDA DEL FROTIS

La precisión diagnóstica está dada por la correcta obtención, fijación y lectura de la muestra.

Para que una muestra sea satisfactoria se requiere de células vivas, metabólicamente activas, tanto del ectocervix como del endocervix. (en ese orden para evitar la desecación del ectocervix) necesaria la presencia de células del exo y endocervix. Consiste en obtener células de la circunferencia de la unión



escamocolumnar o epitelio de transición, que es el sitio donde se inicia el cáncer de cuello uterino. (4)

Técnica:

Explicar el procedimiento.

Posición ginecológica de la paciente.

Lavarse las manos y colocarse los guantes.

No realizar palpación bimanual antes de la toma de la muestra.

Introducir el espejulo sin lubricar en la vagina. De ser necesario, humedecerlo con agua limpia o solución salina.

Visualizar el cervix y fijar el espejulo.

Si se encuentran abundantes secreciones removerlas suavemente con un aplicador de algodón o torunda humedecido antes de tomar la muestra

Tomar muestra endo y exocervical con espátulas de Ayre.

En el endocervix la muestra se puede tomar con cito cepillo.

Haga el extendido delgado.

Si usa fijador en aerosol , primero agite el frasco y rocíe la muestra a una distancia de 25-30 cms.

Enviar la muestra con su porta lamina y hoja de solicitud.(2,4)

Se toman dos muestras de la siguiente manera: Tomar la muestra del exocervix y del endocervix con espátula de Ayre o Cito cepillo rotando todo su alrededor (360 grados), luego realizar extendido en el extremo derecho de la lámina porta objeto con movimientos suaves, en zig - zag y rotatorio. (4)

Otro procedimiento es la triple muestra: del fondo de saco vaginal posterior, exocervix y endocervix; las dos primeras tomas se realizan con espátula de madera, la tercera con aplicador y se realiza el extendido de forma horizontal en la misma lámina y en el mismo orden en que fueron tomados. (4)

La muestra deberá secarse al aire libre y posteriormente envolverse, idealmente deberá llevarse de inmediato o a más tardar dentro de la semana siguiente a la toma para su procesamiento.

Equipo para la muestra de Papanicolaou

Camilla ginecológica.

Lámpara de cuello de cisne.

Espéculos de tres tamaños.

Guantes descartables.

Hoja de solicitud de citología cervical.

Fijador en spray o alcohol de 95%

Laminas porta-objetos.

Espátulas de madera (Ayre) o cito cepillo.



Porta laminas.
Torundas. (2,4)

Condiciones previas para la realización de tomas de muestras citológicas:

- No sangrar.
- Dejar pasar 48 horas después del término de la menstruación
- No administrar medicamentos tópicos, lavado vaginales
- Haber utilizado presarios de anillos en la semana previa.
- No haber sido sometida a ningún tipo de exploración ginecológica o vaginal, ni haber tenido relaciones sexuales en las 48 horas anteriores a la toma de la muestra.(2)

Comunicación de Resultados

- Ser franco y claro en la información.
- Explicar con lenguaje adecuado cualquier duda del reporte que tenga la paciente.
- Hacerle ver la importancia de cumplir con el tratamiento indicado.
- Si amerita biopsia explicar que esperamos de los resultados.
- El tiempo estipulado para la entrega del resultado de citología cervical es de un mes.(2)

Relación entre lesión cervical y cáncer cervicouterino

El cáncer cervicouterino se desarrolla a partir de lesiones precursoras llamadas neoplasias intraepiteliales escamosas (estos son cambios neoplásicos confinados al epitelio superficial sin invasión al estroma). El primer cambio y aparentemente el más precoz consiste en la aparición de células atípicas en las capas basales del epitelio estratificado. A medida que evoluciona, afecta progresivamente más capas hasta que el epitelio sufra una sustitución completa por células atípicas sin diferenciación alguna, hacia la superficie de la mucosa (4,14)

Las lesiones intraepiteliales escamosas son de 2 tipos:

- a. Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado: Corresponde al NIC I / HPV (displasia leve)
- b. Lesión intraepitelial escamosa de alto grado: Corresponde a NICII (displasia moderada) y a NIC III (displasia severa /carcinoma in situ)

Esquema histológico (NICII – NICIII)

Las neoplasias intraepiteliales cervicales (NIC) son cambios confinados al epitelio superficial sin invasión del estroma, los grados incompletos de aberración que afectan menos del grosor total del epitelio plano, es lo que se conoce como displasia.

Se clasifican en 3 tipos:



1. Displasia leve (NICI): Las células con diferenciación alterada (alteración de la relación núcleo citoplasma, el tercio inferior del epitelio es reemplazado por células indiferenciadas inmaduras, con mitosis frecuentes. Cerca del 60% de los casos con NICI regresan a la normalidad con tratamiento, el 20% puede progresar hacia una lesión mayor, y un 20% puede permanecer estacionario.
2. Displasia moderada (NICII): Las células indiferenciadas afectan el tercio medio del estrato epitelial. El 50% de los casos regresa a la normalidad y el otro 50% evoluciona hacia una lesión mayor.
3. Displasia severa (NICII/Carcinoma in situ): Las células indiferenciadas ocupan el tercio superior del epitelio, en el 80 – 100% de los casos progresan a cáncer invasor.

Diseminación metastásica:

El carcinoma se disemina por 3 mecanismos distintos:

1. Extensión directa: El método de diseminación más común es el crecimiento directo hacia las estructuras contiguas, como los tejidos paracervicales y los ligamentos circundantes, también se observa compromiso de la vagina cuerpo uterino, vejiga, recto y tejido parametrial.
2. Metástasis linfática: El cáncer del cuello se disemina de manera secuencial a los ganglios linfáticos paracervicales, parauretrales, parametriales, pelvianos ilíacos comunes y etc.
3. Metástasis hematológica: La diseminación vascular a localizaciones alejada es rara excepto en casos avanzados.

Sitios de diseminación:

Frecuentemente se dan metástasis a órganos como: Pulmón, Hueso e Hígado.

Anatomía patológica:

- a. Localización: El 90% de las lesiones se originan en la zona de transformación y el exocervix el 10% se localiza en el canal endocervical.
- b. Tipo histológicos: Las lesiones endocervicales son exofíticas y menos extensas de lo que parecen al principio, mientras que las lesiones endocervicales suelen ser endofíticas lo que originan un cuello expandido en forma de tonel.
- c. Carcinoma de células escamosas (85 – 90%) es una de las neoplasias más frecuentes, tiene 2 variantes, una verrugosa bien diferenciada de crecimiento



lento localmente invasora y radio resistente y una variante de células pequeñas que tiene mal pronóstico.

- d. Adenocarcinoma (8%) este tipo histológico se divide: Endocervical, endometrioide, adenoma maligno, producto de coloide adenoquistico y adenoescamoso.
- e. Otros tipos celulares (2%)

Método para un diagnóstico precoz

- Examen de Papanicolaou (citología cervical)

La citología cervical continua siendo, el método más idóneo para la detección precoz del cáncer cervicouterino, es una prueba conocida que se caracteriza por ser barata, indolora, sensible y muy específica.

El examen del papanicolauo consta con un 99.8% de especificidad y la sensibilidad del frotis es de casi 85%. Casi el 60% de los frotis falso negativo se deben a un error en la muestra por carencia de suficiente células diagnóstica.



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio: El estudio se llevo a cabo en el Municipio de la Desembocadura de Río Grande. El cual pertenece a la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), localizado a 199 kilómetros por vía acuática al noreste de la ciudad de Bluefields. tiene una extensión territorial de 1,978 kilómetros cuadrados. Con una población total de 4,013 habitantes, una densidad poblacional de 2 habitantes por Km². Atendiendo una población de mujeres en edad fértil de 1,231 y las dos unidades de salud a estudio atienden a 815 mujeres en edad fértil. Cuenta con 6 comunidades: Karawala, Sandy Bay Sirpy, Kara , Walpa, La Barra de Río Grande, La Esperanza, y Guadalupe.

En el municipio predominan los siguientes grupos étnicos: Ulwah (Sumo), Miskitos, Créole y Tuaschka. Se hablan los siguientes idiomas; Ulwah, Miskito, Créole y una minoría español.

Limites geográficos:

Al Norte : Municipio de Prinzapolka (RAAN)
Al Sur : Municipio de Laguna de Perlas.
Al Este : Océano Atlántico (Mar Caribe)
Al Oeste : Municipio de la Cruz de Río Grande y El Tortuguero.

De estas comunidades, se tomaron dos para realizar el estudio, por ser las más pobladas y accesibles:

Karawala: Es la cabecera municipal cuenta con una población de 1,150 habitantes. Con una población de mujeres en edad fértil de 350 mujeres. En relación a la disposición de servicios básico , el abastecimiento de agua se realiza en su mayoría con pozos excavados artesanalmente, solamente en Karawala se cuenta con energía eléctrica por un periodo de tres horas ya que se dispone de una planta eléctrica con sistema de distribución hacia las viviendas y alumbrado publico. La disposición de excretas es a través de letrinas. Se cuenta con un centro de salud con cama.

Sandy Bay Sirpy: Es una comunidad costera localizada hacia el oeste de la cabecera municipal (Karawala). Con una población de 1,459 habitantes. Población de mujeres en edad fértil de 465 mujeres. No se cuenta con energía eléctrica, el abastecimiento de agua potable es a través de pozos excavados artesanalmente, la disposición de excretas es a través de letrina, se cuenta con un puesto de salud.

Vías de comunicación: la comunicación entre las comunidades y Bluefields es por vía acuática.



Comunicaciones: no se cuenta con sistema de telecomunicaciones, la comunicación se realiza a través de radio comunicador(honda corta)

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de evaluación de servicio, usando una combinación de métodos y técnicas:

- Encuestas
- Entrevistas a profundidad a informantes claves.
- Observación
- Revisión Documental

Encuesta: mediante la encuesta se obtuvo información sobre cobertura del servicio, para corroborarla con datos del centro de salud; grado de satisfacción de las usuarias en relación al servicio; conocimientos, actitudes y prácticas en relación al Papanicolauo.

- Se entrevistaron a todas las mujeres en edades comprendidas entre los 25 y 64 años, residentes de las comunidades en estudio y que tienen o hayan tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida.
- Se definió arbitrariamente un tamaño de la muestra de 300 mujeres, en base a las posibilidades de recursos económicos y tiempo. En cada una de las dos comunidades se entrevistó a 150 mujeres. Dentro de una comunidad se seleccionaron las casas mediante muestreo sistemático. Con este fin, se calculo el intervalo de selección, dividiendo el número de casas entre 150. Dentro de cada casa se entrevistó a una mujer, que fue seleccionada al azar, por sorteo.
- **Instrumento:** Las preguntas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de las mujeres se tomaron de un cuestionario diseñado en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNAN-León⁽²⁴⁾, haciéndole algunas modificaciones. El resto de preguntas, destinadas a conocer el grado de satisfacción, fueron preparadas por el autor del estudio, y ofrecen la oportunidad de expresar grados de satisfacción. (Ver anexo 1).
- **Recolección de datos:** Estuvo a cargo del autor del estudio.

Entrevistas a profundidad a informantes claves: Se usó para obtener información sobre grado de adecuación de los recursos disponibles, cumplimiento de las normas del servicio mediante auto evaluación, factores que influyen sobre el desarrollo del servicio, y sobre las estrategias y procedimientos utilizados para la educación de la población (Ver anexo 3)

Se tomaron como informantes claves:

- La directora del centro de salud de Karawala
- La responsable del programa en el municipio.
- La jefa de enfermería
- Usuaría del programa.



Observación: Nos permitió conocer el proceso de atención, infraestructura de la unidad de salud y equipamiento para el servicio (Ver anexo 2)

Revisión Documental: Tiene como finalidad obtener datos sobre morbilidad de cáncer de cuello uterino en los últimos cinco años, mortalidad por esta causa en el mismo periodo, reportes del laboratorio de citología sobre diagnósticos y calidad de la muestras tomadas, y número de citologías de mujeres examinadas.

Procesamiento y análisis de la información: Los datos de la encuesta fueron tabulados manualmente, por carecer de electricidad la mayor parte del tiempo, y por haber sólo una computadora en todo el municipio, propiedad de la Alcaldía.

Para analizar las variables objeto de estudio se realizó distribución de frecuencias y porcentajes.

La información obtenida a partir de las entrevistas a informantes claves se analizó mediante matrices, según los diferentes aspectos a estudiar por este medio.

Aspectos Éticos: Se pidió consentimientos a todas las mujeres que se le aplicó la encuesta solicitándole su participación y aclarándoles el objetivo de la misma.



Operacionalización de las variables

Variables	Indicadores
<p>Calidad</p> <p>Adecuación de los recursos</p>	<p>■ Basado en recursos, procesos y resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de los ambientes para la atención de las pacientes (espacio, privacidad, iluminación, ventilación, limpieza del local, etc.) • Mobiliario disponible (sillas para las pacientes, armario para expedientes, etc) • Número y estado del instrumental (lámpara, mesas de litotomía, espejos, etc.) • Disponibilidad de materiales (láminas, cito spray, espátulas de Ayre, aplicadores) • Recursos humanos dedicados al programa: cantidad y competencia.
<p>Adecuación de los procesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura del programa, total y por grupos de edad. • Cumplimiento de normas del programa • Tiempo de espera • Estrategias y procedimientos para promover la práctica del PAP • Resultados obtenidos por el centro de salud como porcentaje de las muestras enviadas. • Porcentaje de mujeres que obtienen el resultado de sus exámenes. • Tiempo de espera del resultado • Porcentaje de muestras adecuadas • Porcentaje de pacientes que reciben seguimiento apropiado. • Forma de trato que reciben las pacientes
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia del cáncer Cervico-uterino. • Distribución porcentual de los casos entre in situ e invasores. • Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino



VIII. RESULTADOS

A. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas.

Fueron entrevistadas mujeres en un rango de edad entre los 25 y 64 años, encontrándose que el grupo de 30 a 39 años era el más numeroso. Un 51.8% de ellas tenía escolaridad primaria (Cuadro 1).

Cuadro 1: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según edad y escolaridad. Desembocadura del Río Grande, 2005

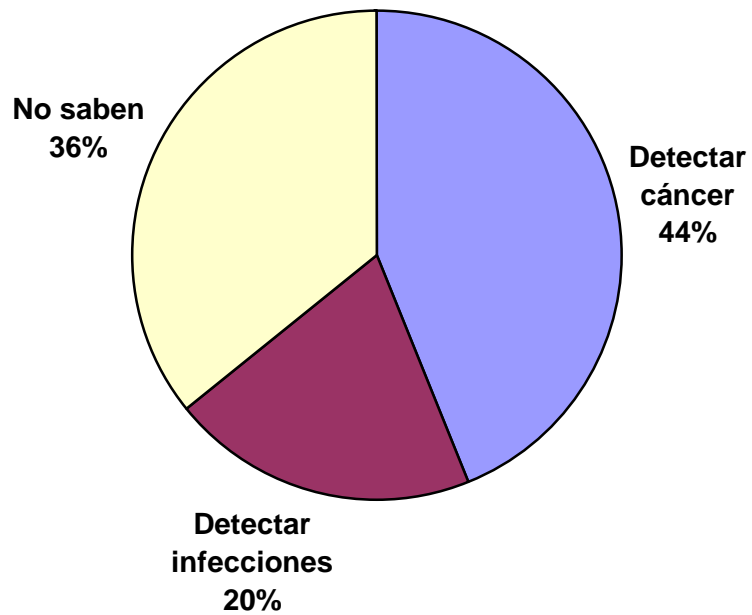
Variable	Número	%
Edad		
25-29	46	15.3
30-39	109	36.3
40-49	71	23.6
50-59	48	16.0
60-64	26	8.8
Escolaridad		
Ninguna	99	33.0
Primaria	155	51.8
Secundaria a más	46	15.2
Total	300	100.0

Conocimientos sobre utilidad del Papanicolaou.

El 44% de las mujeres dijeron que el examen de Papanicolaou tiene como finalidad la detección del cáncer cervicouterino (Gráfico 1).



Grafico 1: Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según sus creencias sobre la finalidad del examen de Papanicolauo, Desembocadura del Río Grande, 2005 (n=300)



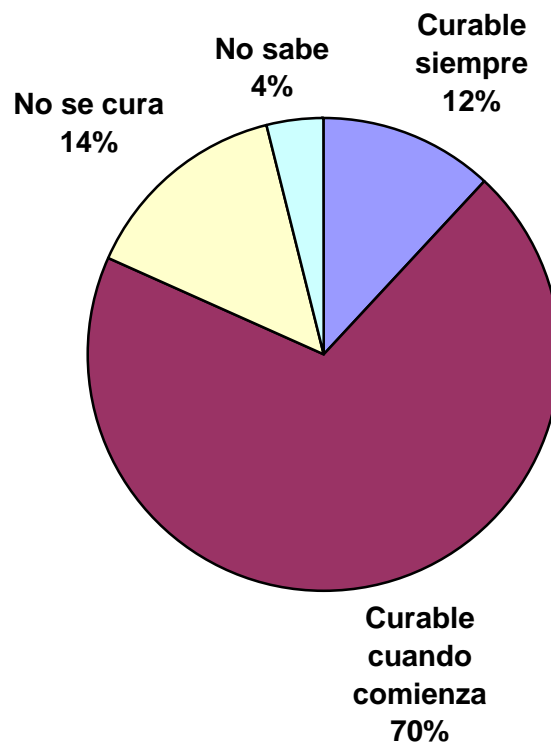


Conocimientos sobre la curabilidad del cáncer de cuello uterino

El 70% de las mujeres considera que el cáncer de cuello uterino es curable cuando se encuentra en etapa temprana (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución porcentual de las mujeres según sus creencias sobre las posibilidades de curación del cáncer cervicouterino, Desembocadura del Río Grande, 2005

(n=300)



Conocimiento de la existencia del servicio de detección oportuna del cáncer

Un 71.3% de las mujeres tenían conocimientos sobre la existencia del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en las unidades de salud de su comunidad.



Conocimientos sobre manifestaciones clínicas de la enfermedad

Una franca minoría de las mujeres pudo mencionar manifestaciones clínicas del cáncer de cuello uterino, como puede verse en el cuadro 2. Al respecto cabe mencionar que sólo el 21% de las mujeres dijo haber recibido información al respecto en las unidades de salud.

Cuadro 2: Porcentaje de mujeres que mencionaron determinadas manifestaciones clínicas del cáncer cervicouterino. Desembocadura del Río Grande, 2005.

Manifestaciones Clínicas	% (n=300)
Sangrado Transvaginal	10.0
Dolor pélvico	8.3
Secreciones fétidas	3.3
No mencionan ninguno	78.3

Nota: Algunas mujeres mencionaron más de una manifestación clínica.

Conocimientos de factores de riesgo

El 58.7% de las mujeres no sabe los factores de riesgo del cáncer cervicouterino. Los factores más conocidos fueron la elevada paridad y las múltiples parejas sexuales (cuadro 3).

Cuadro 3: Número y porcentaje de las mujeres entrevistadas que mencionaron determinados factores de riesgo del cáncer cervicouterino, Desembocadura del Río Grande, 2005

Factores de riesgo	% (n=300)
Elevada paridad	19.9
Múltiples parejas sexuales	19.6
Pareja sexual de riesgo	2.4
Inicio de vida sexual a temprana edad	1.0
Infecciones de transmisión sexual	1.3
Mujeres mayores de 35 años	3.0
No mencionaron ninguno	58.7

Nota: Algunas mujeres mencionaron más de un factor de riesgo.



Fuentes de información

El 62.3% de las mujeres refirieron como principal fuente de información al personal de salud (Cuadro 4).

Cuadro 4: Distribución porcentual de las mujeres según fuentes de información sobre cáncer cervicouterino, Desembocadura del Río Grande, 2005

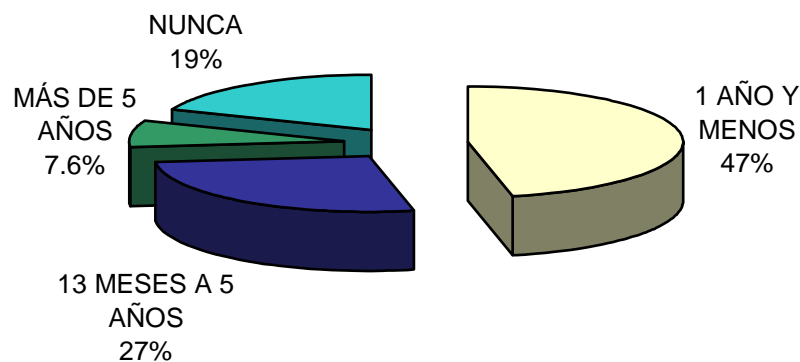
Fuentes de Información	Número	%
Personal de salud	70	23.3
Médico	117	39.0
Otros (vecinos, medios de comunicación)	87	29.0
Ninguno	26	8.7
Total	300	100.0

Prácticas relativas al examen de Papanicolauo

El 19% de las mujeres nunca se ha realizado el examen de Papanicolauo, y el 47% de las mujeres refirieron habérselo realizado en los últimos doce meses (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución porcentual de las mujeres según su realización del examen de Papanicolauo. Desembocadura del Río Grande. 2005

(n=300)





Motivos para realizarse el examen de Papanicolauo

De las 243 mujeres que se han hecho el examen de Papanicolauo, el 51.4% se lo realizó porque se lo ordenaron al acudir a la unidad de salud, y el restante 48.6% porque ellas lo solicitaron.

Razones para no haberse realizado el examen.

De las mujeres que no se han realizado el examen, el 80.7% expuso como principal razón el no considerarlo importante (Cuadro 5).

Cuadro 5: Distribución porcentual de las mujeres que no se han realizado nunca el examen de Papanicolauo según razones para no habérselo realizado, Desembocadura del Río Grande, 2005

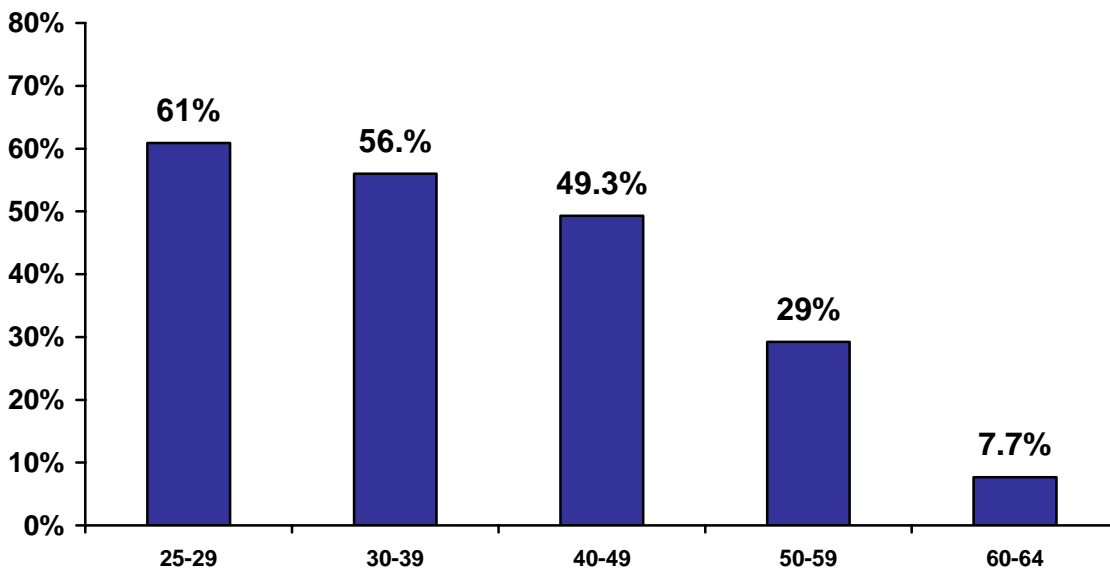
Razones	Número	%
No considera importante el examen	46	80.7
Se siente sana	8	14.0
Por pena	3	5.3
Total	57	100.0



Realización del examen de Papanicolauo en el último año, según edad.

Observamos que, a medida que la edad aumenta, se reduce el porcentaje de mujeres que dijeron haberse realizado el examen de Papanicolauo durante los últimos doce meses (Gráfico 4).

Gráfico 4: Porcentaje de mujeres que se realizaron el examen de Papanicolauo en el último año según edad, Desembocadura del Río Grande, 2005

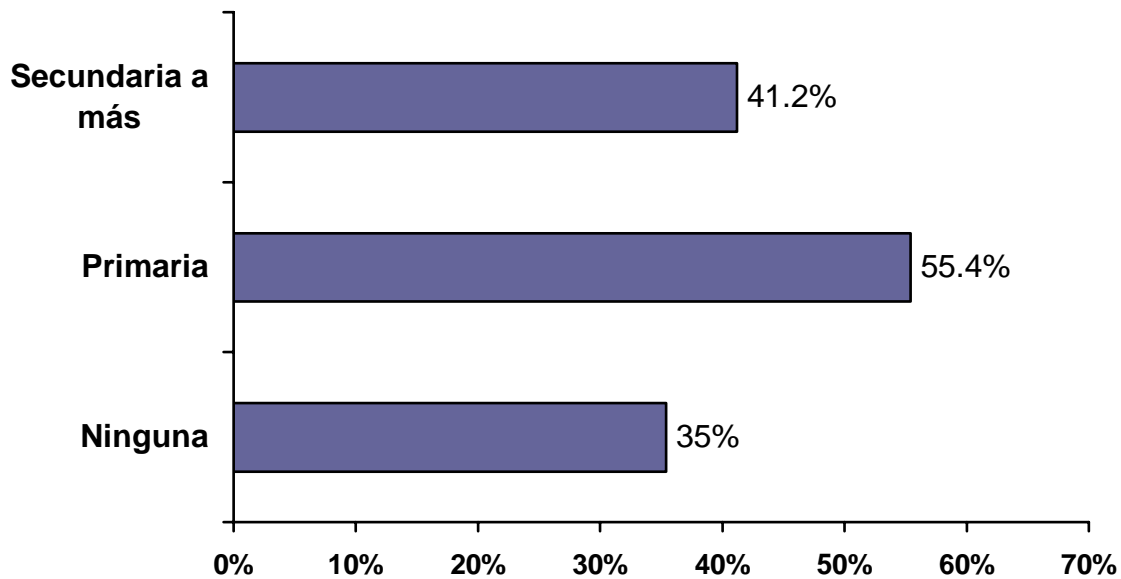




Realización del examen de Papanicolauo, según escolaridad.

Las mujeres que no fueron a la escuela son las que menos se hacen el examen de Papanicolauo (Gráfico 5).

Gráfico 5: Porcentaje de mujeres que se realizaron el examen de Papanicolauo en el último año, según escolaridad. Desembocadura del Río Grande. 2005





Tiempo transcurrido desde la toma de la muestra hasta la entrega del resultado de Papanicolauo.

El 52.4% de las mujeres que se realizaron el examen de Papanicolauo esperaron más de tres meses para obtener su resultado (Cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución porcentual de las mujeres que se han realizado el examen de Papanicolauo, según el tiempo que transcurrió desde la toma de la muestra hasta que recibieron los resultados, Desembocadura del Río Grande, 2005

Tiempo	Número	%
Menos de un mes	16	11.2
1-3 meses	52	36.4
Mas de tres meses	75	52.4
Total	143	100.0

Nota: El total de mujeres que se realizaron el examen de Papanicolauo según encuesta fue de 243 mujeres, pero solo 143 mujeres recibieron su resultado.

Lugar de realización del examen de Papanicolaou

El 88% de las mujeres reportó haberse realizado el examen de Papanicolauo en la unidad de salud de su comunidad; un 5 %, en el hospital, y el restante 7% se lo hizo en clínicas privadas.



Satisfacción de las usuarias del servicio

El 98% califica como buena o excelente la atención que recibieron, y casi la totalidad consideró que contaron con privacidad al momento de la toma de la muestra. El 72% refiere que espera más de 15 minutos para que se le practique el examen. Un 94% manifestó haber tenido la oportunidad de explicar los motivos de consulta al momento del examen (Cuadro 7)

Cuadro 7: Distribución porcentual de las usuarias del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en los últimos doce meses, según valoración de la atención recibida, Desembocadura del Río Grande, 2005

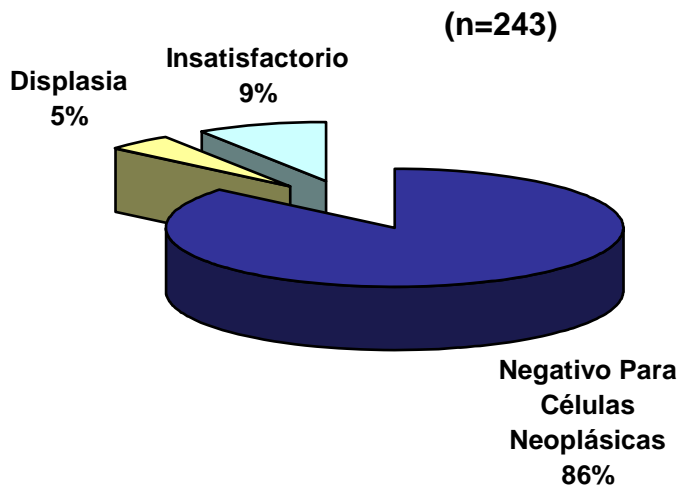
Variable	Número	%
Forma de atención		
Excelente	54	39.0
Buena	82	59.0
Regular	4	2.0
Privacidad en sala del procedimiento		
Si	137	98.0
No	3	2.0
Tiempo de espera		
Menos de 15 minutos	39	28.0
Mayor de 15 minutos	101	72.0
Oportunidad de explicar los motivos de consulta		
Si	132	94.0
No	8	6.0
<i>Total</i>	140	100.0



Resultados de la citología cervical

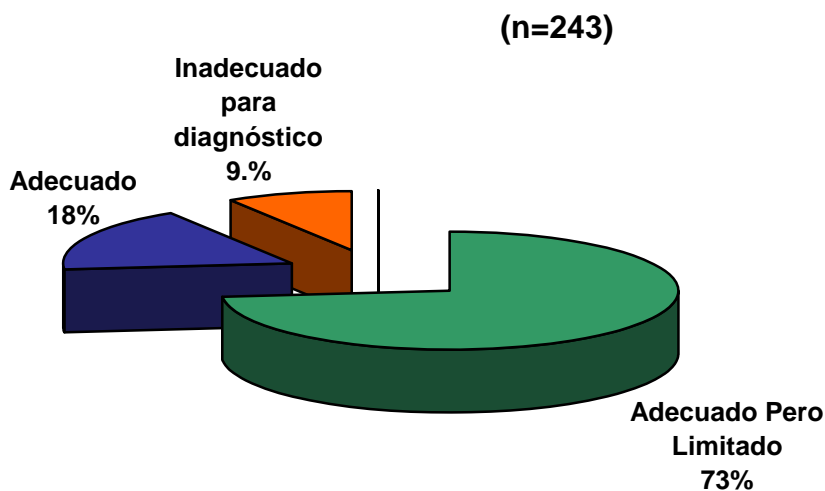
El 5% de las muestras de citología cervical tuvieron como resultado una displasia (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribución porcentual de los resultados de citología cervical. Desembocadura del Río Grande, 2005



El 73% de las muestras de citología cervical fueron adecuadas pero limitadas (Gráfico 7).

Gráfico 7: Muestra de citología cervical según calidad de la muestra. Desembocadura del Río Grande, 2005





B. Resultados de la revisión documental

Lesiones premalignas y malignas registradas en los últimos cinco años.

En los últimos cinco años se encontraron resultados de 1,267 exámenes de citología cervical. De ellos, 29 (2.3%) correspondieron a casos de displasia. De manera específica, las lesiones fueron:

- NIC1/HPV : 19
- NIC2: 2
- NIC3/Ca in situ: 4
- Ca invasor: 4

Comprobación entre la información que brindaron las mujeres y las que hay en el cuaderno de registro.

De 118 mujeres que manifestaron haberse realizado el examen de Papanicolauo en el centro de salud durante los últimos 12 meses, solo 56 fueron encontradas en los registros de las unidades de salud. Ante esta discordancia, se procedió a examinar lo sucedido con 10 mujeres que estaban en esta situación, encontrándose que, en realidad, se habían hecho el examen hacía más de un año (Cuadro 8).

Cuadro 8: Mujeres en quienes se confirmó la realización del examen de Papanicolauo como porcentaje de las mujeres que reportaron haberse realizado en los últimos doce meses, Desembocadura del Río Grande, 2005

Localidades	Según encuesta	Comprobado en el cuaderno de registro	%
Karawala	72	32	44.0
Sandy Bay Sirpi	46	24	52.0
Total	118	56	47.0

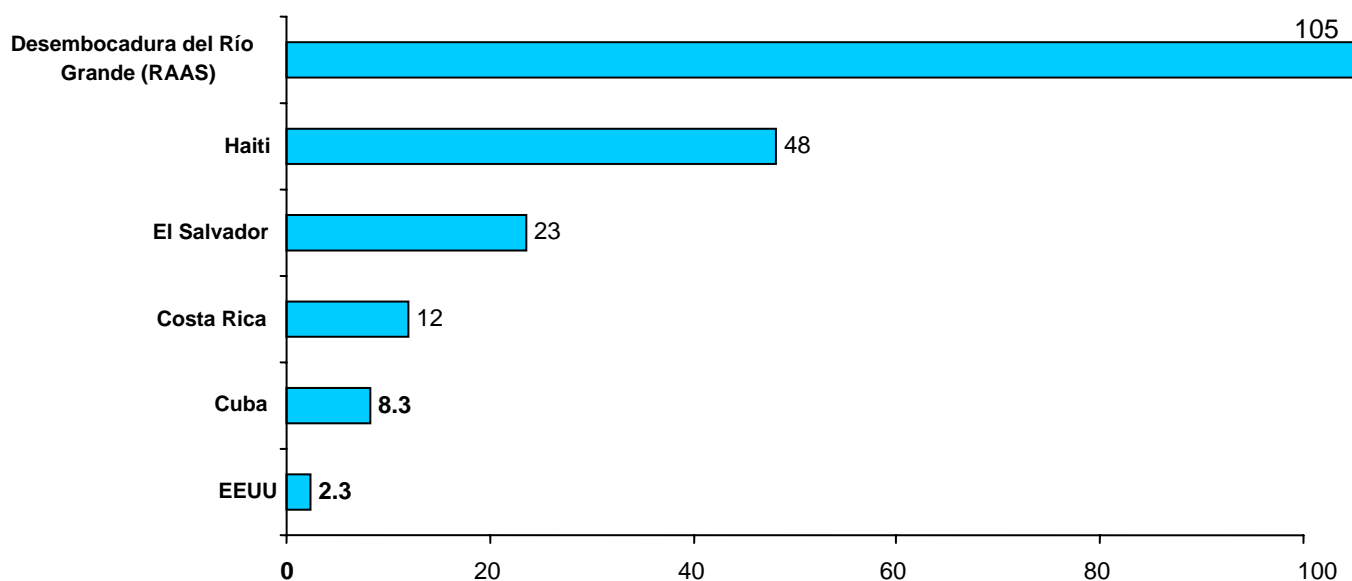
Nota: El total de mujeres que se realizaron el examen de Papanicolauo en el último año según encuesta fue de 140 mujeres, pero de ellas solo el 118 fueron al centro de salud.



Tasa de mortalidad del cáncer cervicouterino

La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino encontrada en el municipio de la Desembocadura del Río Grande, de 105 por 100,000 mujeres mayores de 20 años, es bastante mayor que la reportada para los países del continente americano (Gráfico 8).

Gráfico 8: Tasas de Mortalidad por cáncer cervicouterino en Desembocadura del Río Grande y países seleccionados.



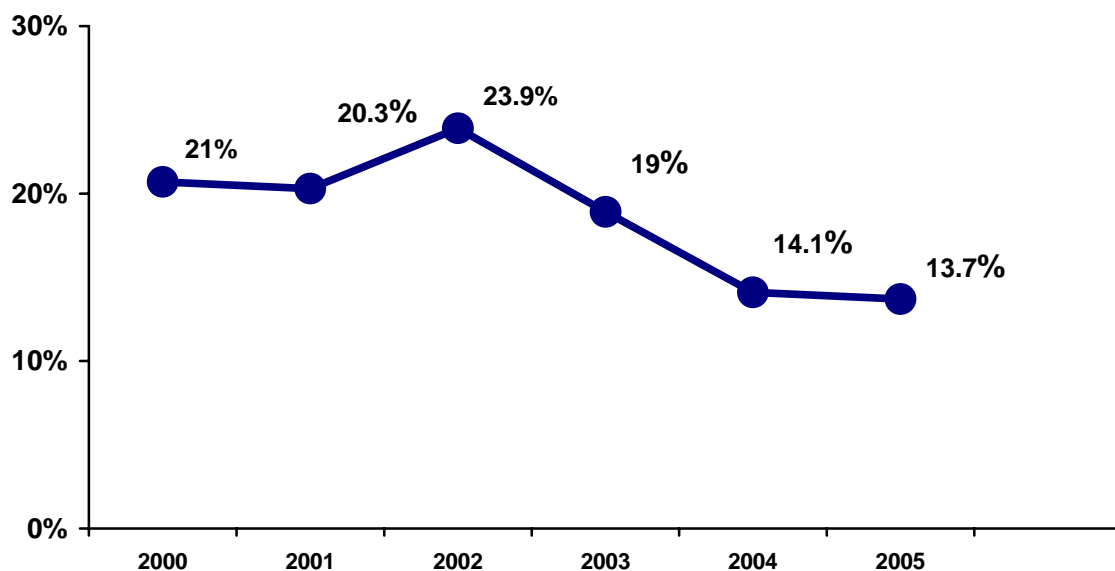
Fuente: OPS/OMS, para datos diferentes a los de la Desembocadura del Río Grande.



Evolución de la cobertura con examen de Papanicolauo en los últimos cinco años.

Se ha estimado la cobertura del Papanicolauo mediante la razón entre el número de Papanicolauo y las mujeres en edad fértil. Se observa que en los últimos cinco años la cobertura ha venido disminuyendo (Gráfico 10).

Gráfico 10: Cobertura de Papanicolauo, Desembocadura del Río Grande, 2000-2005





C. Resultados de las entrevistas a informantes claves.

De la entrevista que se realizó a los informantes claves se logró obtener la siguiente información:

En relación a la adecuación de los recursos disponibles las personas entrevistadas coinciden en asegurar que los recursos humanos son insuficientes y están poco capacitados. Como lo expresan: **“De parte de la institución no hemos recibido ninguna capacitación y consideramos que el personal no es suficiente”**. En efecto, las enfermeras reportaron que su principal fuente de información la ha constituido el médico en servicio social, que tiene a su cargo la educación continua del personal de salud.

Consideran que el equipamiento está completo, aunque admiten que algunos equipos son de mala calidad, como las laminillas; otros están en mal estado, como la lámpara de cuello de cisne, y algunos son insuficientes, como la hoja de solicitud de citología. Como lo expresan: **“Todo el equipamiento esta completo tenemos problemas con las laminillas necesitamos lámparas para la iluminación del área e instalación de energía eléctrica”**

Además la sala donde se realiza el procedimiento está destinada para la atención de otros programas de la unidad, incluyendo su uso como sala de labor y parto, como sucede en Sandy Bay Sirpy.

En lo que corresponde al cumplimiento de las normas del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino, las personas entrevistados consideran que se cumplen. Como lo expresan: **“Creo que si se cumplen, hay que dar seguimiento a los resultados”**. Aunque no hay agua por tubería, dicen que las normas de asepsia y antisepsia se cumplen al colocar los espéculos después de su uso en agua clorada, luego en solución Savlon, después son lavados y luego esterilizados en una hoyo de presión. El protocolo de atención que se utiliza incluye actividades tendientes a concientizar a las mujeres sobre la importancia del Papanicolauo, el proceso técnico y factores de riesgo de cáncer cervicouterino.

Cabe señalar que la realización del examen se realiza en cualquier momento, sin tener restricciones de horario. Como lo expresan: **“No existe horario establecido en el momento que lo solicitan se le realiza”**.

En relación al tiempo de espera de los resultados, los informantes claves coinciden en que es muy prolongado, y esto favorece que las pacientes que viven en comunidades alejadas no retiren sus resultados. Se piensa que este retraso también afecta la calidad de la muestra. Es importante señalar que el procedimiento rutinario es ir concentrando las muestras en las unidades de salud hasta que tiene un determinado número, lo que



sucede en un plazo de dos a tres semanas. Como lo expresan: **“consideramos que el tiempo de espera es muy dilatado, las pacientes se cansan de preguntar sobre su resultado y al no tener respuesta pierden el interés por conocer sobre su resultado”**.

Los sistemas de referencias y contrarreferencias no están funcionando adecuadamente, ya que las pacientes con resultados alterados son referidas a la unidad de segundo nivel de atención, y no se recibe una contrarreferencia donde se exponga que procedimiento o exámenes que se realizaron a la paciente, cuál es el diagnóstico final, y qué seguimiento debe de dársele en la comunidad. Como lo expresan: **“Consideramos que el sistema de referencias y contrarreferencias no funciona bien, de las pacientes que referimos no recibimos contrarreferencia por lo que desconocemos el seguimiento que tenemos que darles a estas pacientes en la comunidad”**.

Los informantes claves coinciden en asegurar que los principales factores que están influyendo para la no realización del examen son: la entrega tardía de los resultados, falta de información sobre el cáncer cervicouterino, pena al ser examinada y temor de saber que tiene la enfermedad. Como lo expresan: **“Los factores que afectan son: la entrega tarde del resultado, poca educación de las pacientes, la pena y el temor de recibir un mal resultado”**.

Las estrategias implementadas para educar a las usuarias incluye charlas en la sala de espera, colocación de afiches y conserjería.

No se tiene ninguna participación de la red comunitaria en la promoción y desarrollo de este servicio. Como lo expresan: **“No hay participación de la red comunitaria”**.



D. RESULTADOS DE LA OBSERVACIÓN.

En el ambiente donde funciona el servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino se realizan también otras actividades.

Con los equipos y materiales que se cuentan son: camilla ginecológica, 100 laminillas para frotis, hoja de solicitud de citología cervical, espéculos metálicos de diferentes tamaños, cito-spray al 95%, lámpara de cuello de cisne en mal estado y espátulas de Ayre e hisopos. Cabe recordar que las unidades de salud carecen de luz eléctrica.

En relación al proceso técnico de la toma de la muestra de Papanicolauo, los informantes claves conocen cuales son los requisitos y las fases que conlleva el proceso, pero en la práctica no se cumplen, ya que se aprovecha la llegada de las mujeres a la unidad para tomarles las muestras, aunque en ese momento no cumplan con los requisitos.

Según observación personal, las encargadas del servicio en cada unidad de salud llenan la hoja de citología cervical y le explican a la paciente sobre el procedimiento y colocación para el examen. No se realiza el lavado de manos. Se colocan los guantes. Introducen el espéculo sin humedecerlo, visualizan el cervix sin ayuda de lámpara de cuello de cisne; fijan el espéculo, toman la muestra del exocervix y luego del endocervix con espátulas de Ayre e hisopos, respectivamente. Se realiza el frotis, se fija la muestra a cualquier distancia y de forma tardía; luego se deja secar al aire libre, para posteriormente envolverse en hojas de papel y adjuntarlo a la hoja de solicitud de citología, y se deposita en una caja donde pueden transcurrir mas de 15 días para su envío.

Se verificó que en la sala de espera no se imparten charlas, ni existen afiches alusivos al tema. En el programa se brinda información a las usuarias de forma rápida e informal, debido a que el recurso asignado es único y atiende varios programas simultáneamente.



X. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

A. Adecuación de los recursos

El estudio realizado revela que la mayoría de los recursos materiales necesarios están existentes, sin embargo algunos no están en buenas condiciones y otros son insuficientes. Los recursos humanos son insuficientes y están poco capacitados. El proceso técnico no es lo suficientemente adecuado. Ya que al momento de realizar el examen se hace uso de la luz natural lo que facilita que la muestra no sea tomada adecuadamente. No se cuenta con abastecimiento de agua por tubería y se carece de energía eléctrica.

B. Adecuación de los procesos

Nos encontramos con coberturas de citología cervical que han venido disminuyendo durante los últimos cinco años. Esta situación ha sido influenciada por el tiempo de espera de los resultados, el cual es muy prolongado lo que facilita que las pacientes que habitan en comunidades alejadas no sean informadas sobre su resultado. Creando falta de motivación para la práctica del examen. Sin embargo esto coincide con un estudio realizado a usuarias del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en unidades asistenciales de la ciudad de Bluefields, en el cual 9 de cada 10 usuarias reciben sus resultados de citología cervical en un periodo que oscila de 2 hasta 6 meses.

No existe cumplimiento de las normas del servicio debido a que: se toma la muestra aunque la paciente no cumplan con los requisitos, el ambiente es limitado y no es lo suficientemente adecuado y la entrega de los resultados no se realiza conforme al tiempo establecido por las normas.

Más de la mitad de las mujeres esperan un tiempo mayor de 15 minutos para que se les practique el examen. Siendo esta la principal queja que exponen las usuarias acerca de la atención en el servicio.

La información que se brinda a las usuarias del servicio es limitada, ya que la información aportada es de carácter rápido e informal. En sala de espera no se imparten charlas educativas, ni existen afiches alusivos. Lo que pone de manifiesto que la falta de conocimiento de las usuarias es debido a la escasa educación que reciben. Es importante señalar que las actividades de sensibilización y educación rinden resultados positivos y aumenta la práctica del examen.



C. Adecuación de los resultados

La mayoría de las mujeres, tienen conocimiento sobre la existencia del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino en su comunidad. Más de la mitad de las mujeres desconocen los factores de riesgo del cáncer cervicouterino, a pesar de esto el nivel de conocimiento sobre curabilidad del cáncer cervicouterino es adecuado, ya que consideran que es curable en etapas tempranas.

Menos de la mitad de las mujeres saben que la finalidad del examen de Papanicolaou es la detección del cáncer cervicouterino.

La mayoría de las mujeres desconocen las manifestaciones clínica del cáncer cervicouterino y afirman no haber recibido ninguna información al respecto.

Casi la mitad de las mujeres se han practicado el examen de Papanicolaou en los últimos doce meses.

Al relacionar el grupo etáreo y examen citológico realizado en el ultimo año, se observa que el grupo etáreo que mas se realiza el examen citológico es el de 25-29 años a medida que la edad aumenta la práctica del exámen disminuye; vale recordar que el cáncer cervical tiene mayor tasa de incidencia en los grupos de 40 años a más. Esto se correlaciona con lo encontrado en varios estudios que mencionan que el estudio citológico disminuye a medida que aumenta la edad. Lo que pone en evidencia que los grupos de riesgo para cáncer cervical, están teniendo poca practica en la realización.

Las mujeres con mejor nivel de escolaridad tiene mayor práctica del examen citológico realizado, se observa que ha mayor escolaridad aumenta la realización del estudio citológico. Coincidiendo con lo que reporta la literatura de que a mayor escolaridad, mayor frecuencia de realización del examen.

La mitad de las mujeres que se han realizado el examen de Papanicolaou fue porque se lo ordenaron al acudir a la unidad de salud por otros motivos y las que manifestaron no habérselo realizado expusieron como principal razón no considerarlo importante. Lo que revela la falta de motivación de las usuarias para la práctica del examen esto debido a falta de sensibilización y educación hacia las usuarias.

La mayoría de las mujeres se practican el examen en la unidad de salud de su comunidad, siendo esta la principal proveedora de este servicio.

Según el reporte de los resultados de citología cervical el 5% correspondió a displasia lo que representa una prevalencia baja en comparación con otros departamentos del país como León que reportó una prevalencia de displasia del 17% para el año 2005. Esta baja prevalencia en el área del estudio quizá es atribuido a la mala calidad de las muestras de citología cervical que son enviadas para su lectura. Se nos informo que la



mayoría de las muestras tienen mala fijación, escasa celularidad, contaminantes ambientales lo que dificulta una adecuada interpretación y un diagnóstico correcto.

En relación a la calidad de la muestra el 73.2% es adecuado pero limitado en estos limitados pueden existir casos de células que tengan características atípicas y no se pueden clasificar debido a la presencia de sangre o las células están encubierta por una reacción inflamatoria.

La principal fuente de información para estas mujeres la constituyo el personal de salud.

Al conocer el grado de satisfacción de las usuarias del servicio la mayoría, califica como buena o excelente la atención recibida. Esto de acuerdo con lo encontrado en una encuesta y estudio realizado en Cinco Pinos (Chinandega) donde las usuarias del servicio manifestaron sentirse satisfechas con la atención brindada.

Además consideran que el proceso técnico del examen fue realizado con privacidad. Y ellas explicaron los motivos de consulta al momento del examen.

De 118 mujeres que manifestaron haberse realizado el examen de Papanicolauo en el centro de salud durante los últimos 12 meses, solo 56 fueron encontradas en los registros de las unidades de salud. Ante esta discordancia, se procedió a examinar lo sucedido con 10 mujeres que estaban en esta situación, encontrándose que, en realidad, se habían hecho el examen hacía más de un año

Según la distribución de la morbilidad y mortalidad en los últimos 5 años (2000-2005). Se encontró con la ocurrencia de 4 casos de cáncer Cervicouterino según la encuesta realizada, pero estos casos no están reportados en la unidad de salud , ni en el Programa de Atención Integral a la Mujer , Niñez y Adolescencia. Sin embargo el comportamiento de la mortalidad fue significativo, ocurrieron 4 muertes por esta causa, para este mismo período, para una tasa de mortalidad de 105 x 100,000 mujeres mayores de 20 años la cual es bastante elevada en comparación con lo reportado en otros países del continente americano.

En los últimos cinco años se encontraron resultados de 1,267 exámenes de citología cervical. De ellos, 29 (2.3%) correspondieron a casos de displasia. Todos referidos a la unidad de segundo nivel, solamente a 2 casos se les realizo colposcopia y de estos solo un caso contaba con su resultado.

Lo que demuestra que el servicio ha tenido un impacto casi nulo, porque no se están detectando a tiempo los casos de cáncer cervicouterino, ni existe un seguimiento adecuado a las pacientes.



XI. CONCLUSIONES.

Los servicios de detección oportuna del cáncer cervicouterino de las unidades de salud del municipio de la Desembocadura del Río Grande se desarrollan con deficiente calidad.

En efecto, la falta de luz eléctrica en las dos unidades de salud dificulta tener una buena iluminación para la toma de las muestras. Agregado a lo anterior, la carencia de agua por tubería dificulta el lavado de manos e instrumentos. En los ambientes donde funcionan los servicios de detección oportuna del cáncer cervicouterino se desarrollan otras actividades. El equipamiento está completo, pero algunos equipos están en mal estado y otros son de mala calidad e insuficientes.

En cuanto a los procesos involucrados en la detección oportuna del cáncer de cuello uterino, se tiene el problema de que la cobertura de citología cervical, además de ser baja, ha venido disminuyendo en los últimos años. Aunque el proceso mismo de toma las muestras parece desarrollarse de manera adecuada, con frecuencia falta el lavado de manos, algunas mujeres son examinadas sin llenar los requisitos para el examen y la pobre iluminación dificulta una buena visualización del cervix. A pesar de las dificultades con el agua, se cumplen las normas de antisepsia, aunque con tecnología adecuada al medio. Hay mucho retraso en la entrega de los resultados. Las actividades de información y educación hacia las usuarias son mínimas, y confinadas dentro de las unidades de salud. A la mayoría de pacientes con resultado alterado (29 casos) y que se les indicó colposcopia se desconocía el manejo que recibió y De estos solamente a dos casos se le realizó colposcopia, encontrándose solamente el resultado de uno de los casos. En general el seguimiento de las pacientes es deficiente.

Los resultados obtenidos por el servicio son muy pobres: la mortalidad por cáncer de cervix (105 por 100,000) es extraordinariamente elevada, en comparación con otros lugares de Nicaragua, y con la situación observada en el Continente Americano. La frecuencia del cáncer es muy alta, a pesar de las evidentes dificultades en identificar a las mujeres enfermas.

Los conocimientos y prácticas sobre citología cervical en las usuarias del servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino son deficientes.

Un aspecto positivo del servicio es que las mujeres califican como buena o excelente la atención que reciben.



XII. RECOMENDACIONES.

1. Instalar paneles solares para suministro de energía eléctrica para las unidades de salud, de manera de disponer de mejor iluminación para la toma de la muestra.
2. Asignar otro recurso humano al servicio de detección oportuna del cáncer cervicouterino.
3. Programación en base a cobertura, y no en base a número de exámenes. Priorizar a las de mayor riesgo.
4. Capacitar y actualizar al personal de salud involucrado en la toma de la muestra de citología cervical de manera teórica y práctica.
5. Desarrollar un sistema más amplio de información y educación basado en la red comunitaria con el objetivo de mejorar los conocimientos y prácticas de las mujeres en relación a la prevención del cáncer Cervicouterino.
6. Enviar semanalmente los exámenes de citología cervical tomados para evitar la contaminación de la muestra y su mala calidad.



REFERENCIAS

1. Revista Panamericana de Salud Pública. "Neoplasia de Cuello Uterino en Costa Rica. Vol. I, No. 6, Junio 1997
2. Unan-León. Diagnóstico y Manejo de Lesiones Premalignas del Cervix. 2003, León Nicaragua.
3. Wong, w y Hogson, H "Factores Asociados a la toma y procesamiento de citología cervical inadecuada en Unidades asistenciales de la ciudad de Bluefields. 2002 Bluefields – Raas.
4. Ministerio de Salud. "Normas de Atención del Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cervicouterino", 2002
5. Moya, Álvarez. Deysilia. "Cambios citológicos del cérvix y factores asociados en mujeres en edad fértil". Puerto Cabezas, RAAN Jul 1997 – Dic. 1998. León, Nicaragua (UNAN – LEÓN) Monografía (Dr. Médico y Cirujano).
6. Herrera , Vallejos. Raquel. " Calidad y Cobertura del CPN EN LA CIUDAD DE Matagalpa." 1995. León , Nicaragua. (Unan – León). Monografía (Dr. En medicina y Cirugía).
7. Pichardo, Hernández. Pedro. "Calidad de la atención del programa de Tuberculosis" en Centro de Ciudad Darío - Matagalpa". 1992. León, Nicaragua. Monografía (Dr. Médico y Cirujano).
8. Prado Vargas, Carolina Isabel." Evaluación de la calidad con que se desarrolla el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino en el municipio de san Juan de cinco pinos , Chinandega.2004, Monografía (Dr. En medicina y cirugía
9. Donabedian , Avedis. " La calidad de la Atención Medica ; Definición y métodos de evaluación" EE.UU. 1984 , Editorial "La prensa medica mexicana"
10. Donabedian , Avedis." Garantía y Monitoria de la calidad de la atención medica" primera edición , 1990 , Instituto Nacional de Salud Publica. impreso en México.
11. OPS." Gerencia de Calidad " Volumen III .1996 . Paltex.



12. Roeger, Axel y Luna, Ronaldo. "Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos". II Edición, 1992. Editorial Pax – México. México.
13. Vílchez, José Eduardo. "Factores predisponentes al cáncer cervicouterino en pacientes atendidos en el Centro de Salud Condega de Dic. 87 – Ene 88. 1988. León, Nicaragua. Monografía (Dr. Médico y Cirujano).
14. Latino, Gaitàn. José y Hernández, B. Patricio." Detección precoz del cáncer cervicouterino a través del Papanicolaou en mujeres en edad fértil del municipio de San Juan de oriente durante el período de Abril – septiembre de 1997. León, Nicaragua. Monografía (Dr. en medicina y cirugía).
15. Hernández, Alcántara Antonio."Ginecología y Obstetricia". Temas actuales. Vol. I, Interamericana, 1984.
16. Perea, Ortiz. J, A. folleto"El test de Papanicolaou". Madrid, España 2002.
17. Amador, Luis. Y Téllez, Berrios. Rubén "Detección de cáncer cervicouterino mediante citología en las mujeres que asistieron a consulta en las diferentes unidades de salud del SILAIS – Matagalpa en el período comprendido de Enero-Diciembre. 1999. Monografía (Dr. En medicina y cirugía).
18. Amador, Salgado. Luis "Detección de cáncer cervicouterino mediante citología en las mujeres que asistieron a consulta. 2000. León, Nicaragua. Monografía (Dr. Médico y Cirujano)
19. Blandino, Meneses. Carlos. "Manejo del cáncer del cérvix en el HEODRA Ene 1989 – Ago 1990". 1991. León, Nicaragua. (Unan – León) Tesis (Dr. Especialista en ginecología y obstetricia).
20. Mejía, Mandujano. Gabriel. Carcinoma "In situ" del cérvix uterino en el hospital Bertha Calderón. 1986. Managua, Nicaragua. (UNAN – MANAGUA). TESIS (Dr. Especialista en Ginecología y Obstetricia).
21. OMS. "Programas de detección del cáncer cervicouterino". Ginebra 1993.
22. Pérez, Johnmell y Solórzano, M. "Valoración de la calidad de atención del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino en el puesto de salud William Rodríguez". León, Nicaragua. 2005.
23. Alvarado, Marisela y Centeno, Noel."Enfrentando el cáncer del cuello uterino; una experiencia de trabajo con mujeres del mercado Raúl Cabezas Lacayo". León, Nicaragua. 2003.
24. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Cuestionario de Actitudes y Prácticas. 2005. UNAN-LEÓN



25. OPS/OMS “Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe”. Washington, D.C. 2004.

ANEXOS

**CALIDAD DEL SERVICIO DE DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO –
UTERINO EN DOS COMUNIDADES DE LA DESEMBOCADURA DEL RÍO
GRANDE, AÑO 2005**

1) No. Ficha: _____ 2) Fecha: __/__/__
3) Localidad: Karawala __ (1) Sandy Bay __ (2)

I - Datos Generales:

4) Edad cumplida ____ 6) Escolaridad: Analfabeta_ (1)
Alfabetada_ (2)
5) Estado civil: Casada _ (1) Primaria_ (3)
Acompañada_ (2) Secundaria_ (4)
Soltera _ (3) Técnico__ (5)
Otros _ (4) Universitaria_ (6)
7) Ocupación: Ama de casa_ (1)
Obrera__ (2) Profesional_ (3)

II - Conocimientos:

- 8) ¿Ha oído hablar del cáncer de la matriz?
Sí _ (1) pasar a la pregunta 9
No _ (2) pasar a la pregunta 10
- 9) ¿Quién le ha brindado información sobre Ca de matriz?
Personal de salud _ (1)
Médico _ (2)
- 10) ¿Sabía que en el C/S o P/S de esta comunidad funciona un programa para diagnosticar oportunamente el Ca de la matriz?
Sí _ (1)
No _ (2)
- 11) ¿Cuáles mujeres tienen mayor peligro de enfermar del Ca de la matriz? Espere respuesta espontánea.
a) Las que tienen muchos hijos: Sí _ (1) No _ (2)
b) Las que tienen o han tenido varios compañeros: Sí _ (1) No _ (2)
c) Cuando el marido tiene varias mujeres: Sí _ (1) No _ (2)
d) Las que tuvieron marido cuando estaban muy chavalas: Sí _ (1) No _ (2)
e) Las que han padecido de cresta de gallo (condilomatosis): Sí _ (1) No _ (2)
f) Mujeres mayores de 35 años de edad: Sí _ (1) No _ (2)
- 12) ¿Es curable el Ca de la matriz? Léale las opciones:
a) Sí, siempre se puede curar _ (1)
b) Sí, pero solo cuando el Ca esta comenzando _ (2)
c) No, el Ca no se cura _ (3)
d) No sabe _ (4)

- 13) ¿Sabe para qué sirve el examen de Papanicolaou? Espere respuesta espontánea.
 Sí _ (1) siga con la pregunta 14
 No _ (2) pasar a la pregunta 15
- 14) ¿Para qué sirve el PAP? Espere respuesta espontánea.
 a) Detectar lesiones precancerosas: Sí _ (1) No _ (2)
 b) Detectar cáncer de la matriz: Sí _ (1) No _ (2)
 c) Otras: _____ especificar _____

III. Actividades y Prácticas

- 15) ¿Se ha hecho alguna vez el examen de PAP?
 Sí _ (1) siga con la pregunta 16
 No _ (2) pasar a la pregunta 23
- 16) Hace cuánto tiempo se hizo PAP? Léale las opciones:
 a) Alguna vez en la vida _ (1)
 b) Hace un año _ (2)
 c) Hace menos de un año _ (3)
 c) No recuerda _ (4)
- 17) ¿A dónde se lo hizo la última vez?
 a) Hospital ____ (1)
 b) C/S o P/S ____ (2)
- 18) ¿Por qué se realizó el examen de PAP? Léale las opciones:
 a) Usted llegó solicitando el examen: Sí ____ (1) No ____ (2)
 b) Se lo hicieron cuando llegó a consulta o a control: Sí ____ (1) No ____ (2)
- 19) ¿Tuvo el resultado del examen?
 Sí ____ (1) pasar a las preguntas 21 y 22
 No ____ (2) siga con la pregunta 20, luego a la 24
- 20) ¿Por qué no obtuvo el resultado del examen? Léale las opciones:
 a) Usted no lo llegó a retirar ____ (1)
 b) Donde se lo realizó no se lo han entregado ____ (2)
- 21) ¿Cuánto tiempo espero para recibir el resultado?
 a) 1 mes ____ (1)
 b) 3 meses ____ (2)
 c) más de 3 meses ____ (3)
- 22) ¿Qué le salió en el examen? (pedir el reporte del PAP)
 a) Normal ____ (1)
 b) Inflamación ____ (2)
 c) Displasia ____ (3)
 d) Cáncer ____ (4)

e) No sabe ____ (5)

23) Si no se ha realizado nunca el PAP ¿Cuál fue el motivo? Espere respuesta espontánea.

- a) Se le ha olvidado ____ (1)
- b) Falta de tiempo ____ (2)
- c) No considera importante el examen ____ (3)
- d) El marido no quiere ____ (4)
- e) En donde se lo haría le queda muy largo ____ (5)
- f) Tiene mala imagen de las unidades de salud ____ (6)
- g) Otras ____ (7) especificar _____

24) ¿El personal de salud le ha orientado sobre los signos y síntomas de alarma del Ca de la matriz?

Sí ____ (1) siga con la pregunta 25 No ____ (2) pasar a la pregunta 26

25) ¿Cuáles son esos signos y síntomas? Espere respuesta espontánea.

- a) Sangrado vaginal fuera de la regla ____ (1)
- b) Dolor pélvico sin causa aparente ____ (2)
- d) Salida de líquido o secreciones fétidas por sus partes ____ (3)
- e)

IV. Calidad de la atención

26) ¿Cómo considera la atención que recibió en las unidades de salud?

- a) Excelente __ (1)
- b) Buena __ (2)
- c) Regular __ (3)
- d) Mala __ (4)

27) ¿Considera que tuvo privacidad al momento de ser atendida?

Sí __ (1) No __ (2)

28) ¿Quién le realizó el examen de PAP?

- a) Médico __ (1)
- b) Enfermera __ (2)
- c) Auxiliar de enfermería __ (3)
- d) Otros __ (4) especificar _____

29) ¿Cuánto tiempo espero para ser atendida? _____ Minutos

30) ¿Cree que tuvo oportunidad de explicar todos los motivos de consulta?

Sí __ (1) No __ (2)

31) Calidad de la muestra del PÁP. (Pida el resultado del PAP)

- a) Frotis adecuado ____ (1)
- b) Frotis inadecuado ____ (2)

GRACIAS.

GUÍA DE OBSERVACIÓN

1. Recursos

A. Recursos físicos

	Sí ()	No ()	#	¿Cuántos?
1. Hay consultorios para atención individual.	Sí ()	No ()	#	_____
2. Cada consultorio tiene lavamanos funcional.	Sí ()	No ()	#	_____
3. Hay sala de espera	Sí ()	No ()	#	_____
4. Hay medios adecuados para charlas educativas	Sí ()	No ()	#	_____
5. Existe local adecuado para almacenar expediente	Sí ()	No ()	#	_____
6. La Iluminación es suficiente para realizar toma de PAP	Sí ()	No ()	#	_____
7. Existe privacidad en cada consultorio	Sí ()	No ()	#	_____

B. Recursos materiales

1. La sala de espera cuenta con sillas/bancas	Sí ()	No ()	#	_____
2. Mesa de litotomía en buenas condiciones	Sí ()	No ()	#	_____
3. Suficientes espéculos estériles	Sí ()	No ()	#	_____
4. Lámpara con cuello de cisne.	Sí ()	No ()	#	_____
5. Suficientes guantes estériles	Sí ()	No ()	#	_____
6. Recipientes adecuados para depositar desechos	Sí ()	No ()	#	_____
7. Suficientes láminas para extendido de muestras	Sí ()	No ()	#	_____
8. Spray para fijar muestras	Sí ()	No ()	#	_____
9. Hoja de solicitud de citologías	Sí ()	No ()	#	_____
10. Espátula de madera	Sí ()	No ()	#	_____
11. Porta láminas	Sí ()	No ()	#	_____
12. Torundas	Sí ()	No ()	#	_____

C. Recursos humanos

1. Número de personas que atienden el programa	#	_____
2. Número de personas atendidas al día	#	_____
3. Número de personas atendidas al mes	#	_____
4. Número de médicos especialistas.	#	_____
5. Número de médicos generales	#	_____
6. Número de enfermeras	#	_____
7. Número de auxiliares	#	_____

ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES

(Guía de Entrevista)

1. Edad: _____ 2. Cargo: _____
3. Profesión: _____ 4. Años de servicio: _____

1. Adecuación de los recursos disponible.

¿Cómo valora la capacitación que ha recibido en relación al programa de detección oportuna de cáncer cervicouterino?

¿Cómo valora los recursos humanos en el programa?.

¿Qué opinión tiene en relación al equipamiento y mobiliario que se emplea para la realización del examen de papanicolaou?

2. Cumplimiento de normas del programa y factores que lo afectan.

¿En que medida considera que se cumplen con las normas del programa?.

¿Cuál es el protocolo de atención que se les realiza a las mujeres que llegan solicitando este examen?.

¿Cómo se están cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia para este examen?.

¿Cuál es el horario que se ha establecido para la realización de este examen?.

¿Qué piensa del tiempo que pasa desde que se toman las muestras hasta que las pacientes reciben sus resultados ?

¿Cómo esta funcionando el sistema de refencia y contrarreferencias de pacientes dentro del programa?

¿Cuáles factores considera que influyen para que las mujeres no se estén realizando el papanicolaou

2.Estrategia implementadas para educar a la población.

¿Cuáles son las estrategias que actualmente realizando en el municipio para educar a las mujeres?

¿En que medida es adecuada la información que se da a las mujeres en relación al cáncer cervicouterino?.

¿Cuáles son las orientaciones que se les ha brindado a las mujeres sobre responsabilidades en el auto cuidado de su salud?

¿Qué se ha realizado con la red comunitaria , en los últimos años en relación a este tema?.