

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León  
Facultad de Ciencias Médicas.**



**Enfrentando el Cáncer de Cuello Uterino:  
Experiencia de trabajo con mujeres del Mercado Raúl Cabezas  
Lacayo, en la ciudad de León, 2003-2004.**

**Tesis para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía**

**AUTORES**

**José Antonio Álvarez Pérez.**

**Marisela del Carmen Alvarado Avilés.**

**Noel Antonio Centeno Ruiz.**

**TUTORES**

**Dra. Ofelia Rojas**

**Dr. Arnoldo Toruño**

**Lic. Fidelina Munguía**

**León- Marzo, 2006.**

**¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!**

## RESUMEN

Ante la elevada frecuencia del cáncer de cuello uterino en el Departamento de León y el limitado impacto que han tenido hasta ahora las acciones para reducirla, se realizó un estudio con la finalidad de comprender mejor los factores que afectan negativamente el programa, y de encontrar procedimientos útiles para mejorar la situación.

La experiencia se realizó en el mercado central de León. Se comenzó con una jornada educativa con las mujeres y una encuesta de conocimientos y prácticas. Con las interesadas se acordaron condiciones para la toma de muestras. Fueron examinadas 140 mujeres, por médicas bien entrenadas.

La buena respuesta a la actividad educativa realizada conduce a considerar que la falta de conciencia sobre la importancia del Papanicolaou es un importante factor limitante de la demanda del examen.

La calidad de las muestras fue bastante mejor que las provenientes del trabajo en los centros de salud, en los que el énfasis en metas numéricas y no disponer siempre de citocepillos pudieran explicar las deficiencias observadas.

Se encontró que 26% de las mujeres tenían displasia, y que dos terceras partes de estas habían tenido un Papanicolaou normal en los doce meses previos, lo que podría ser debido a la deficiente calidad de las muestras en los centros de salud. Se descubrieron dos casos de cáncer in situ.

Sumado a la actividad investigativa, el proyecto ofreció estudios complementarios y tratamiento, incluyendo histerectomía a las dos pacientes con cáncer.

**Palabras claves:** Cáncer de cuello uterino, Nicaragua, displasias, Papanicolaou.

## **DEDICATORIA**

“Este trabajo va dedicado a Dios y a María Santísima Virgen por haberme dejado avanzar un escalón más en la vida, a la memoria de mi madre, Emma Esperanza Pérez. que dedicó su vida a sus hijos y fue el pilar fundamental para triunfar en mi carrera de médico; a mi hermana Marcia Marina, quién es y ha sido mi segunda madre y amiga”.

José Antonio Álvarez Pérez.

## **DEDICATORIA**

“A Dios en primer lugar por acompañarme siempre en el camino de la vida, por iluminarme y protegerme; a mis padres que con sus esfuerzos y consejos me han permitido lograr mis sueños de ser una médica; a mis hermanos que son mis mejores amigos y apoyo en mi vida”.

Marisela del Carmen Alvarado Avilés.

## **DEDICATORIA**

“Quiero dedicar mi esfuerzo personal en primer lugar a mi madre Lucía Ruíz (In memoriam), a quién extraño su ausencia, a mi hermana Claudia María Centeno, por su apoyo incondicional para poder alcanzar mi objetivo de ser médico. A mi padre y sobrinos que extrañaron mi separación mientras estudiaba la carrera ”.

Noél Antonio Centeno Ruíz.

## **AGRADECIMIENTO**

**A Dios:** Nuestro Padre celestial por darnos sabiduría, salud y guiarnos por el camino de hacer el bien al prójimo.

**A las mujeres del Mercado "Raúl Cabezas Lacayo":** que participaron en el estudio con interés y le dieron importancia al proyecto constituyéndose en la base fundamental de este trabajo, con el cual hemos reflexionado y da luces para el futuro.

**A nuestros tutores:** que sin su apoyo y dedicación no hubiese sido posible la finalización del estudio:

- Al nuestro amigo, maestro de generaciones, Dr. Uriel Guevara Guerrero (In memoriam), quien con sus sabios conocimientos, dimos los primeros pasos del proyecto
- Dra. Ofelia Guadalupe Rojas Berríos, que se incluye en los proyectos propuestos por los estudiantes tomándolo como parte de su vivencia.
- Dr. Arnoldo Toruño, por su valiosa conducción del trabajo.
- Lic. Fidelina Munguía, por el apoyo incondicional en todo momento del trabajo.

**A Departamento de Patología:** en especial a la cito tecnóloga Lic. Fátima Figueroa, por el apoyo brindado en la lectura de las muestras citológicas.

**A Ginecólogos y residentes:** por la atención a las pacientes durante la intervención del proyecto, principalmente a ellas Dra. Nora Cárdenas de Centeno, Dra. Claudia Alonso, Dra. Verónica P. Delgadillo Dra Dolores Benavides.

**A Sra. Montoya (Central de Equipo y Esterilización):** por facilitarnos y darnos su colaboración con los materiales del proyecto.

**Y a todas aquellas personas:** que de manera desinteresada contribuyeron en la realización del estudio, a quiénes les damos las gracias por su ayuda.

## **INDICE**

<b>CONTENIDOS:</b>	<b>PAGINAS</b>
1. <b>INTRODUCCIÓN:</b>	<b>1</b>
2. <b>ANTECEDENTES:</b>	<b>3</b>
3. <b>OBJETIVOS:</b>	<b>5</b>
4. <b>MARCO TEORICO:</b>	<b>6</b>
5. <b>DISEÑO METODOLÓGICO:</b>	<b>22</b>
6. <b>OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:</b>	<b>29</b>
7. <b>RESULTADOS</b>	<b>31</b>
8. <b>DISCUSION:</b>	<b>41</b>
9. <b>CONCLUSIONES:</b>	<b>45</b>
10. <b>RECOMENDACIONES:</b>	<b>46</b>
11. <b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS:</b>	
▪ Guías de calidad (1 -3)	
▪ Instrumentos de recolección de información (4- 6)	
▪ Matrices de grupos focales (7 -11)	

## 1. INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cérvico Uterino es el segundo cáncer femenino más frecuente en la población mundial. En países desarrollados su incidencia y mortalidad decrecieron de manera significativa en el siglo anterior, atribuido en gran parte a la extensa realización periódica de la citología cérvico - vaginal. En países pobres y/o en vías de desarrollo no se ha observado este descenso, América Latina y el Caribe se han caracterizado por notificar las mayores tasas de incidencia (6,11)

Nicaragua experimenta esta problemática de forma especial, el cáncer de cérvix constituye un importante problema de salud en nuestra población ocupando el primer lugar dentro de las siete primeras causas de muerte por neoplasias malignas desde 1982 a 1991. A pesar de los subregistros, el Ministerio de Salud reportó un promedio de 191 muertes por año a causa del cáncer cervicouterino en el último quinquenio (1993 –1997). Según datos obtenidos en el Departamento de Patología del HEODRA, en una revisión de 10 años (1990-1999) se registraron un total de 3410 casos de cáncer, tanto en hombres como mujeres, de los cuales 1103 correspondían al cáncer de cérvix.

El Ministerio de Salud creó, el programa de Detección Oportuna del Cáncer de Cervix (DOC) concentrando esfuerzos en la educación y propagación del uso de pruebas citológicas cérvico - vaginal, teniendo como principal objetivo es prevenir el desarrollo de cáncer invasor a través del diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad durante estadios preinvasivos cuando la cura es posible en el 100%. Durante el periodo 1995-2000 la cobertura nacional de citología experimentó un lento, pero constante incremento, pasando de 6.25% (1995) a 11% (1999) y finalmente al 10.7% (2000). ( 9 ) En Nicaragua, el uso de una técnica de citología exfoliativa de bajo costo y poco invasiva para la paciente, es un instrumento de suma importancia que podría reducir las tasas de incidencia de cáncer cervical invasor. No obstante la baja cobertura ha determinado que el impacto del programa DOC sea muy bajo. La calidad de la muestra es el factor mas importante para la obtención de lecturas citológicos adecuadas

consideradas por el nuevo Sistema Bethesda. Ya que por medio de las lecturas con muestras citológicas benignas con anterioridad se encuentran en este estudio aplicando técnicas adecuadas en la lesión, surgiendo la necesidad de realizar controles de calidad en los laboratorios de citopatología, que en nuestro medio no se realizan o se efectúan de forma inconstante. ( 8,12,31 ). Si la citología se obtiene apropiadamente, el diagnóstico alcanza una certeza del 90 al 95%, en países como Inglaterra y Perú, quienes han implementado el Esquema de Calidad Externa (ECE) han alcanzado niveles de sensibilidad y especificidad del 96.1% y 91.1% respectivamente.( 6,13).

Las instituciones de salud han realizado en forma rutinaria la citología cervical (Papanicolaou) a las mujeres que asisten a la consulta prenatales o de planificación familiar, sin embargo no se han hecho estudios de evaluación de las pruebas diagnósticas, que favorezca la calidad del servicio que se está ofreciendo a la población, por lo que se hace necesario de que esta prueba constituye una de las bases del programa Detección Oportuna de Cáncer (DOC) de manera que contribuya a reducir la morbimortalidad por cáncer cérvico uterino al detectar lesiones premalignas que cursan asintomáticas para un adecuado tratamiento efectivo y precoz.

Aunque existen normas de prevención y atención del cáncer cervicouterino, es claro la insuficiente divulgación de sus actividades, por lo que se hizo necesario ensayar una experiencia educativa con el propósito de elevarles los conocimientos, actitudes y prácticas de las usuarias del programa.

Se considera importante referir la debilidad de la carencia de una evaluación previa sobre los conocimientos y prácticas sobre el programa DOC, limitaciones en la coordinación con el centro de salud del área para obtener el apoyo de los materiales para la toma de Papanicolaou y recursos humanos e insuficientes datos para hacer comparaciones.

## **2. ANTECEDENTES**

Al desarrollarse en el año de 1941, el método de tinción celular por Papanicolaou, se dispuso de un instrumento para realizar tamizajes de lesiones pre-malignas del cuello uterino. En nuestro país, como en otros países de Centroamérica, a finales de la década del sesenta, se introduce la citología cérvico-vaginal de detección en los servicios de atención integral de la salud de la mujer. La mayoría de las investigaciones que se han hecho sobre calidad del programa se han basado en la asistencia a los mismos, dando por conclusión que cantidad es igual a productividad y entre mayor sea ésta, mayor es la calidad de los mismos.

Desde hace algunos años ha surgido una inquietud en el Departamento de Patología del HEODRA, debido al comportamiento que han tenido los resultados de pruebas citológicas de muchas pacientes, el cual histopatológicamente no es posible, como es el hecho de que una misma paciente que se ha hecho PAPS periódicamente año con año, haya venido presentando como resultado inflamatorio leve - inflamatorio severo, de repente en el último examen reportó cambios cervicales que corresponden a una patología avanzada, no se explica a menos que se piense que alguno de los resultados no es correcto. Otro fenómeno que se ha dado es la creciente incidencia de muestras de poca calidad.

Según Rojas O. (2003) (25) del documento: "Diagnóstico y Manejo de Lesiones Premalignas del Cervix", la calidad de las muestras alcanzó el 1.0% de adecuadas", aunque se ha duplicado la asistencia a los mismos desde hace aproximadamente 10 años.

Actualmente el frotis de Papanicolaou se usa rutinariamente como metas numéricas para la detección citológica precoz del cáncer cervical. De ahí el interés del equipo de trabajo de estudiar: ¿Con que calidad se están tomando las muestras de citología cervical? ¿Cómo cambian los conocimientos, actitudes y prácticas al ensayar una experiencia educativa sobre el programa de Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino en mujeres del Mercado Central Raúl Cabezas Lacayo?

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Lograr una mejor comprensión de los factores que afectan el funcionamiento del programa de detección oportuna del cáncer de cuello uterino, y encontrar procedimientos para mejorarlo, mediante el desarrollo de una experiencia de educación y servicio con mujeres del mercado Raúl Cabezas Lacayo, en la ciudad de León

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Valorar el impacto de actividades educativas.
2. Conocer la situación de las mujeres del mercado en relación a lesiones malignas y premalignas del cuello uterino.
3. Estudiar la calidad de las muestras citológicas.
4. Identificar los conocimientos y prácticas de las mujeres en relación al DOC.

#### **3.3 OBJETIVO ADICIONAL**

Además de los objetivos de investigación, pretendemos dar la oportunidad a las mujeres de realizarse el examen de citología cervical, así como exámenes complementarios (colposcopia, conobiopsia) y tratamiento farmacológico y quirúrgico a quienes lo necesitaran.

## **4. MARCO TEÓRICO**

### **4.1 Programa de Detección Oportuno del Cáncer**

Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por Cáncer Cérvico uterino a través del mejoramiento en la calidad de la atención integral a la mujer normatizando las acciones de Prevención, Detección y Tratamiento Oportuno del Cáncer Cérvico uterino. Trata de brindar al equipo de salud un instrumento que facilite el desarrollo de dichas acciones. Además busca proporcionar elementos técnicos necesarios para el desarrollo de estrategias de prevención del Cáncer Cérvico uterino y facilitar los procesos de capacitación y sensibilización del personal de salud sobre los temas.

### **4.2 Estrategias de intervención**

El programa Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino se fundamenta en estrategias de prevención:

Es el reconocimiento de la problemática del Cáncer Cérvico Uterino por el personal de salud, brindando información sobre el perfil epidemiológico de ésta enfermedad, desarrollando una política coordinada y unificada de capacitación, adiestramiento y motivación permanente que permita realizar sus funciones adecuadamente asumiendo con mayor compromiso, eficiencia y eficacia los retos de aplicar correctamente las Normas de Detección y Atención al Cáncer Cérvico Uterino.

Desarrollar acciones de prevención dirigidas a la población en general y especialmente a las mujeres. Incluye actividades de educación para la salud sobre temas informada sobre los riesgos de padecer la enfermedad, formas de prevenirla, oportunidades de cura, lugares donde pueda acudir en búsqueda de mayor información y de atención, etc.

La Participación Social, constituye uno de los ejes fundamentales orientado a la toma de conciencia por la sociedad sobre su responsabilidad conjunta en la solución de los problemas de salud de la población y en particular del Cáncer Cérvico uterino, a través de su participación activa en las acciones de control de estas enfermedades. (18)

#### **4.3 Detección oportuna, diagnóstico y tratamiento del cáncer cérvico uterino**

En algunos países como Estados Unidos (1968) y el Reino Unido (1988) han desarrollado esquemas de evaluación para garantizar altos niveles de calidad técnica en este campo y contar con personal calificado y experimentado, no así en los países en vías de desarrollo donde sigue ocupando el primer lugar dentro de todos los cánceres en la mujer. Esta variación quizá refleja la presencia de factores de riesgo bien conocidos, el nivel socioeconómico bajo y el grado de organización de los programas de detección temprana.

Las lesiones premalignas no tienen ningún signo ni síntoma clínico; por lo tanto el riesgo de Cáncer cervical aumenta de manera significativa en las mujeres con factores de riesgo así como en las que no se someten a control de rutina para detectar estas lesiones en etapas tempranas.

El objetivo del programa de Detección Oportuna del Cáncer es reducir la mortalidad por medio de la detección precoz a través de la citología, colposcopia y biopsia dirigida . En caso de presentarse una lesión mayor, es una prioridad su manejo y tratamiento según el estadio clínico por lo que debe ser enviada al nivel de atención de salud que corresponda, para una adecuada resolución. (18)

#### **4.4 Monitoreo del programa**

Es de suma importancia la responsabilidad de la aplicación de las NORMAS aquí descritas, de parte de los diferentes Niveles de Atención en Salud, desde el Nivel Central, Directores de SILAIS, Directores de Hospitales, de Centro de Salud, así como los ejecutores directos del Programa, con el objetivo primordial de ofrecer un Diagnóstico Temprano de la enfermedad, así como brindar alternativas de tratamiento oportuno.

Se evaluarán las acciones del programa con base en indicadores de cobertura, proceso y resultado.

En la cobertura hay interés de la detección de primera vez, proporción de mujeres con estudios citológicos anormales (displasias, cáncer y VPH), proporción de estudios confirmados por histopatología, porcentaje de cumplimiento de la frecuencia de PAP.

En el Proceso de la calidad de las muestras, rendimiento del laboratorio de citología, rendimiento de las clínicas de displasias, oportunidad en la entrega de los resultados, oportunidad en el envío de la información.

Se consideró apropiado tener en cuenta lo establecido en Nicaragua, en el artículo 120 de la Ley General de Salud de acuerdo con el artículo 53, corresponde al MINSA como órgano rector del sector salud cumplir y hacer cumplir el sistema de garantía de calidad, el cual tiene como objetivo mejorar los procesos de gestión y de atención en los establecimientos proveedores de salud pública y privado, mediante la óptima utilización de los recursos (10).

#### **4.5 Conocimientos y prácticas sobre el cáncer cérvico uterino en las usuarias**

Para elevar los conocimientos de las mujeres se requiere que tengan información sobre lo que significa el cáncer cérvico uterino, la frecuencia con que se presenta y los factores de riesgo.

Según, Normas de Prevención y atención del cáncer uterino, caracteriza al cáncer como la multiplicación incontrolada y anárquica de las células cervicales, siendo el tipo histológico más frecuente el epidermoide en más del 90.0%, seguido por el adenocarcinoma alrededor del 8.0% y el 2.0% corresponden a otros tipos.

En países desarrollados, la incidencia total del cáncer cervical ha disminuido durante los últimos 30 años gracias a la implementación masiva de población, que contribuyen a una detección y tratamiento precoz de lesiones precursoras. La edad de aparición del cáncer cervical es de 45 años pero puede ocurrir en la segunda década de la vida y ocasionalmente durante el embarazo. Más del 95.0% de las enfermas con carcinoma incipiente del cérvix pueden ser curadas.

Los factores de riesgo principales que pueden favorecer la aparición del cáncer son:

La promiscuidad sexual en ambos miembros de la pareja, antecedentes de infecciones virales (HPV), primer coito antes de los 18 años (independiente), tabaquismo, anticoncepción hormonal, infecciones de transmisión sexual a repetición, multiparidad, primer embarazo a edad muy temprana, raza negra, nivel socio económico bajo, exposición en útero de estrógenos, trauma cervical, inmunodeficiencias, déficit de vitamina "C", "A" y "E". Otras neoplasias ginecológicas (vulva), factores masculino (cáncer de pene, antecedentes de compañeras sexuales con cáncer de cérvix), terapia con dietilrelbexol, no valoración ginecológica, paridad temprana, número de parejas sexuales (independiente), e infección cervical por el virus herpes simple tipo II (18,24).

Para encaminar las prácticas de las mujeres que tengan vida sexual activa, es fundamental que se practiquen de manera periódica la toma de muestra citológica, ya que es el método de elección y la forma más sencilla para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino. Es un examen simple, barato e inocuo.

Es importante que las mujeres mayores de 65 años que no tengan estudios citológicos recientes o mujeres menores de 25 años cuya historia clínica la haga la población de riesgo, deben de realizarse ésta prueba citológica. Una vez que se lo hayan realizado 3 o más exploraciones anuales satisfactorio, con resultado de Papanicolaou normales, puede reducirse la frecuencia de frotis, pero es de suma importancia el criterio médico, tomando en consideración los factores de riesgo individuales.

A pesar de las dificultades con el muestreo y la interpretación, el largo intervalo entre la aparición de lesiones intraepiteliales y el desarrollo del cáncer invasivo provee múltiples oportunidades en detectar e interrumpir la transformación maligna en la mayoría de los pacientes. Según el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Americana de Cáncer, se recomienda la realización anual del Papanicolaou iniciando cuando la mujer alcance los 18 años o inicie relaciones sexuales. Si tres o más resultados anuales consecutivos son normales el test puede ser realizado con menor frecuencia a discreción del médico, en una mujer de bajo riesgo para cáncer cérvico uterino. Es apropiado continuar con Papanicolaou anual en mujeres da alto riesgo. (6,11)

Es conveniente anunciar a las mujeres embarazadas independientes de la edad gestacional que se deben realizar la prueba, entre los materiales apropiados se considera la espátula de Ayre, de cuello corto.

Además, la repetición del examen citológico no debe hacerse antes de tres semanas del primero y debe de transcurrir por lo menos una semana entre el término de un tratamiento vaginal tópico y la toma de la muestra para repetir el examen.

Es importante recordar a las mujeres, que el examen no se debe de realizar cuando esté menstruando, sea portadora de infección vaginal importante (relativa), reciba aplicación de tratamiento o de lavados vaginales 24 horas antes del examen y haya tenido relaciones sexuales 24 horas antes del examen.

#### **4.6 Actividades de Impacto educativo a las usuarias**

Según el Modelo de Atención Integral (MAIS) promovido por el Ministerio de Salud (2003), (16) plantea la necesidad de mejorar los aspectos educativos en la población, de manera que el proyecto analizó una experiencia educativa y práctica en el programa DOC, con el objetivo de provocar cambios en los conocimientos y prácticas de las usuarias. Para ello se recomienda la implementación de diferentes actividades educativas, que despierte la motivación, sensibilización en los grupos. También conviene realizar charlas educativas para ofrecer información sobre el programa, que pueden comprender temas relacionados a la frecuencia del cáncer, aspectos anatómicos y fisiológicos; sus factores de riesgo, los que es conveniente acompañarlos de medios visuales que favorezcan la mayor comprensión, por los aspectos sociales y culturales de la población. Además, pueden implementarse las consejerías, entrevistas individuales y grupos de trabajo o clubes.

#### **4.7 Métodos diagnósticos para detectar cáncer de cuello uterino**

##### **4.7.1 Toma de la muestra de Papanicolaou**

Para comprender los antecedentes a una toma de muestra, históricamente en 1917 según el zoólogo griego George Nicholas Papanicolaou en colaboración con el bioquímico CK. Stockard, desarrolló la prueba del frotis vaginal y un método de tinción de células, el cual fue utilizado por primera vez por E. Shorr a principios de los años 30, para determinar el ciclo estrógeno. Papanicolaou detectó entonces unas células de cáncer cervical. Escribió una monografía ilustrada basada en el estudio de 3,000

mujeres (Diagnóstico uterino por frotis vaginal) junto con Herbert Traut, en 1943, y un Atlas de citología exfoliante en 1954.

Mientras que el búlgaro Aurel Babes en 1927 fue el primero en utilizar muestras de tejido cervicovaginal, como método diagnóstico. Para 1928, Papanicolaou publicó más documentos sobre la precisión de la prueba. En 1948 su último artículo enfatizó la simplicidad, precisión y bajo costo de la prueba.

El término displasia fue enunciado inicialmente por Papanicolaou en 1949; posteriormente Reagan, en 1953, lo introdujo con el objeto de identificar una variedad de lesiones morfológicamente diferente al Carcinoma in Situ y que precedían a su aparición. (23)

Los problemas actuales relacionados con la citología cervical diagnóstica incluyen la captación y certificación, los antecedentes profesionales y problemas técnicos. Los cito tecnólogos son una parte importante, "se trata de personal valioso que merece una preparación adecuada", este debe saber como tomar e interpretar frotis cervicales, preparar un informe descriptivo sobre todos los frotis que resultaron negativos a cambio cancerosos e identificar problemas y frotis anormales para referirlo a una opinión superior, de acuerdo con la práctica del laboratorio.

El personal que debe alcanzar un óptimo grado de certeza diagnóstica debe tener gran motivación, destreza y excelente entrenamiento de manera que entienda y esté perfectamente identificado y orgulloso del trabajo que desempeña por lo que ha de estar vinculado con las actividades académicas, de enseñanza y de educación continua.

Según la serie de desarrollo de recursos humanos de la OPS y criterios internacionales se recomienda que el volumen de trabajo de cada cito tecnólogos sea de 50 – 60 laminillas ginecológicas por jornadas de 8 horas, es importante señalar que este trabajo podría llevarse a cabo siempre y cuando se cuente con personal auxiliar que lleve a

cabo labores de registro, tinción y montaje de laminillas, de no ser así la carga de evaluación y lectura de las laminillas necesariamente disminuye.

En Nicaragua, para obtener la muestra es preciso tener los elementos necesarios para la obtención y fijación de la muestra, para ello:

Se requiere de equipo e insumos necesarios para toma del frotis de Papanicolaou., siendo los siguientes: camilla ginecológica, lámpara cuello de cisne, espéculos de tres tamaños, guantes descartables, hoja de solicitud de citología cervical, fijador en spray o alcohol de 95 grados, láminas porta-objetos, espátulas de madera (Ayre) o citocepillo, porta láminas y torundas de algodón y gasa.

Para llevar a cabo la Técnica para la recolección del frotis, se cuenta con una precisión diagnóstica está dada por la correcta obtención, fijación y lectura de la muestra. Para que la muestra sea satisfactoria deben obtenerse células del Exo y Endocérvix. Tomando células de la circunferencia de la unión escamocolumnar o epitelio de transición, sitio donde suele iniciarse el cáncer del cuello uterino. Con la paciente en posición ginecológica, previa explicación del procedimiento: Lavarse las manos y colocarse los guantes. No realizar palpación bimanual antes de la toma de la muestra, Introducir el espéculo sin lubricar en la vagina, De ser necesario, humedecerlo con agua limpia o solución salina, Visualizar el cérvix y fijar el espéculo. Si hay secreciones abundantes, removerlos suavemente con un aplicador de algodón o torunda humedecido antes de tomar la muestra.(11)

En cuanto a la toma de la muestra deben de tomarse de la siguiente manera: tomar la muestra del exocérvix y del endocérvix con espátula de Ayre o Citocepillo rotando todo su alrededor (360 grados), hacer el extendido en el extremo derecho de la lámina portaobjeto con movimientos suaves, en zig-zag y rotatorio, en sentido contrario a las manecillas del reloj. Otro procedimiento es la Triple muestra, consiste en la toma de muestra del fondo de saco vaginal posterior, exocérvix y endocérvix; las dos primeras tomas se realizan con espátula de madera, la tercera con aplicado y se realiza el

extendido de forma horizontal en la misma lámina y en el mismo orden en que fueron tomadas. Se fija la muestra inmediatamente después de la toma. Con fijador a una distancia de 20 – 30 cm de la lámina o con alcohol de 95 grados (con atomizador como si fuese el fijador en spray).

Entre las recomendaciones más sobresalientes a la especuloscopia se observa el cérvix sangrante, lesiones exofíticas, extensas áreas ulceradas, en este caso se requiere una transferencia para valoración por el ginecólogo. Se llenará el formulario de solicitud del examen citológico y los datos requeridos en él, de la forma más clara y completa, especificando el instrumento con que se tomó la muestra; ésta deberá secarse al aire libre, posteriormente envolverse con papel limpio y estéril, Los portaobjetos rotulados debidamente deben enviarse con un formulario de solicitud de examen. El portaobjetos se envía en su porta lámina junto con el formulario, para evitar su daño o pérdida. idealmente deberá llevarse de inmediato o a más tardar dentro de la semana siguiente a la toma para su procesamiento, al laboratorio de patología. No enviar la muestra conjuntamente con muestras para biopsia, debido a que la formalina es muy volátil interfiriendo con la calidad de la muestra del Papanicolaou.

Al Informar e interpretar los resultados del Papanicolaou. El resultado debe entregarse a la usuaria en un período no mayor de un mes; estos basándose en el sistema Bethesda: la solicitud de citología se llena en original y con dos copias. El resultado de la citología se reporta en la misma solicitud. La primera hoja (original) se archiva en el departamento de patología. La segunda hoja (primera copia) se envía al expediente clínico del hospital o unidad de salud de referencia. La tercera hoja (segunda copia) se envía al registro central del programa de prevención y atención al cáncer cervicouterino.

El sistema de clasificación para el cáncer cérvico uterino de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), clasifica la enfermedad basándose en el grado de invasión de la lesión, la que debe de ser determinada por especialistas. (Anexo 1).

Para el estudio histopatológico se fundamenta en la búsqueda de lesiones del cuello uterino, atendiendo a una clasificación ya definida y utilizada por patólogos, que incluye a la valoración del epitelio orientada a detectar los carcinomas escamosos, adenocarcinomas y sus variantes. También diagnostican a los carcinomas epitelial mixto como a los neuroendocrinos y los tumores mesenquimatosos y raros. (Anexo 2)

#### **4.7.2 Colposcopia**

Es un procedimiento basado en un sistema de lentes y una fuente luminosa se observa y estudia detenidamente el epitelio vaginal y la porción exocervical del cuello, permitiendo identificar zonas potencialmente malignas según la existencia de ciertos patrones. Es utilizada como método auxiliar para el diagnóstico del Cáncer cérvico-uterino.

#### **4.7.3 Biopsia selectiva o dirigida**

Es el estudio histopatológico de una muestra tomada con ayuda del Colposcopio, ofreciendo mayor certeza diagnóstica. El diagnóstico clínico debe confirmarse histológicamente por medio de una biopsia cervical. El cuello uterino se visualiza fácilmente con el espéculo y pueden utilizarse instrumentos para biopsia como las pinzas de Kevorkian o de Tischler para tomar una muestra. Si es factible debe obtenerse una pieza de biopsia de la periferia de la lesión, ya que es posible que las muestras tisulares tomadas del centro sólo revelen necrosis. La hemostasia se logra fácilmente en la mayor parte de los casos aplicando solución de Monsel o palitos de nitrato de plata.

#### **4.7.4 Conobiopsia cervical**

Es un procedimiento quirúrgico de utilización tanto diagnóstica como terapéutica. Para fines de diagnóstico puede estar indicada en los siguientes situaciones: pacientes con Displasia de Alto grado (NIC III, Ca. In Situ) y/o: Curetaje endocervical Positivo. Ausencia de correlación entre la Citología, la Colposcopia y la Histología Sospecha de Invasión en la biopsia. Sospecha de Adenocarcinoma In Situ.(18)

#### **4.7.5 Histerectomía**

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en la extirpación del útero con preservación de los anexos, indicada por conización cervical los bordes de la pieza operatoria no están libres de enfermedad o cuando existe una citología cérvico vaginal anormal persistente después de la conización o con la presencia de carcinoma in situ.

#### **4.8 Calidad de la muestra citológica**

Para comprender la calidad de una muestra citológica es necesario el conocimiento Básico del Sistema Bethesda de 1988, (Anexo 3) el cual trata de informar sobre la calidad espécimen. El diagnóstico descriptivo basado en el estudio de la infección que presenta que puede detectarse hongos, bacterias, protozoos, virus u otros; también pueden observar cambios reactivos o reparativos como son las inflamaciones y misceláneos. Además de anomalías de las células epiteliales como son las células escamosas, tanto atípicas de significado indeterminado como lesiones escamosas intraepiteliales (SIL), de bajo y alto grado como neoplasias malignas.

Para llevar a cabo el funcionamiento del programa los recursos humanos requieren de la comprensión de la historia natural del cáncer cérvico uterino principalmente, acá se muestran aspectos muy directamente vinculados al patólogo.

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.

La Metaplasia temprana es estimulada por el pH bajo de la vagina que en presencia de una respuesta normal del huésped continúa 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.

Las lesiones NIC de menor grado, como los condilomas, lo más probable es que no avancen, mientras que las lesiones que contienen grados más intensos de Atipía celular son de mayor riesgo. No todas las lesiones comienzan como condilomas o como NIC I, sino que pueden iniciarse en cualquier punto del espectro, dependiendo del tipo de VPH asociado y de otros factores del huésped. Las tasas de evolución desfavorables no son, en modo alguno, homogéneas y, aunque el tipo de VPH es un posible factor de predicción del comportamiento de una lesión, es difícil adelantar el pronóstico en un paciente determinado. Desde el punto de vista pronóstico, las lesiones que han evolucionado por completo (NIC III ) son las de mayor riesgo. La NIC III se asocia más frecuentemente al cáncer infiltrante cuando este último se identifica. La evolución hacia un carcinoma infiltrante, cuando ocurre, puede tardar en producirse desde unos meses hasta más de 20 años. (24)

Según un estudio realizado en 1969 por Koss, Richart y Barron 50 % de las lesiones intraepiteliales habían progresado a Carcinoma in Situ en un tiempo promedio de 44 meses, a los 85 meses a lesión leve; 58 meses para las lesiones moderadas y 12 meses para las lesiones de displasia grave.

Nasiell y Cols (1983-1986) en 2 estudios que dieron seguimiento durante 12 años a más de 1000 pacientes con lesiones de displasia leve y moderada (NIC I y NIC II) encontraron a las pacientes con displasia leve, el 62 % tenían regresión, el 22% persistían y el 16% progresaban ; mientras que en las displasia moderada , el 54% tenían regresión, 16% persistían y un 30% progresaban hacia la malignidad.(23)

El carcinoma de cérvix se presenta en forma asintomático en estadios tempranos, las pacientes con lesiones intraepiteliales escamosas por lo general no presentan síntomas, cuando los hay suelen deberse a enfermedades ginecológicas asociados. En ésta etapa el diagnóstico se realiza mediante citología cérvico-vaginal. En estudios avanzados el sangrado vaginal anormal (menorragia, metrorragia, sangrado postcoito o sangrado postmenopáusico) es el síntoma o signo más común de cáncer invasor.

Muchas pacientes tienen a menudo flujo abundante y mal oliente, en especial cuando la enfermedad está avanzada, siendo por lo general sanguinolenta, purulenta y no causa prurito.

Puede presentar dispareunias y dolor pélvico. El dolor no es un síntoma habitual en las pacientes con cáncer de cuello, a menos que esté muy avanzada. En estadios más avanzados las pacientes refieren síntomas rectales y vesicales (micción involuntaria o presencia de heces a nivel de vagina, siendo un signo de formación de fístulas). Cuando la enfermedad involucra o intersecta los nervios ciáticos y las paredes laterales de la pelvis, la perforación crónica de los huesos pelvianos que se irradian hacia abajo por la pierna pueden causar dolores insoportables e indican una enfermedad avanzada. En forma similar el edema de las extremidades inferiores muestran la obstrucción por el tumor del drenaje linfático. La ascitis es poco frecuente en el cáncer de cuello. La debilidad, la pérdida de peso y la anemia son características de la última etapa de la enfermedad.

La única manera de diagnosticar cáncer de cuello en sus estadios más precoces es aplicar los procedimientos de diagnósticos especiales en forma rutinaria a grandes grupos de mujeres con síntomas ginecológicos y sin ellos pruebas de citología vaginal en la población femenina adulta.(18)

El carcinoma se disemina por tres mecanismos distintos. Extensión directa. El método de diseminación más común es el crecimiento directo hacia las estructuras continuas, como los tejidos paracervicales y los ligamentos circundantes (uterosacros, cardinales, pubovesical/cervical) también se observa el compromiso de la vagina, el cuerpo uterino, vejiga, recto y tejido parametrial. La Metástasis linfáticas trata de la diseminación secuencial a los ganglios linfáticos paracervicales, parauretrales, parametriales, pelvianos (ilíacos externos, hipogástricos y obturadores), ilíacos comunes, paraaorticos y supraclaviculares; la Metástasis hematogena. La diseminación vascular a localizaciones alejadas es rara, excepto en casos

avanzados.(24) Los sitios de diseminación del cáncer cérvico uterino ocurre en los órganos: Pulmón, hueso, hígado.(24)

Al estudiar la anatomopatología del cáncer cérvico uterino se encuentra que el 90% de las lesiones se originan en la zona de transformación en el exocérvix; el 10% se localiza en el canal endocervical. Las pacientes con cáncer de cuello uterino tienen un riesgo más alto de presentar procesos malignos vulvares, vaginales y anales, quizá como consecuencia de factores etiológicos comunes.

Como regla, las lesiones exocervicales son exofíticas y menos extensas de lo que parecen al principio, mientras que las lesiones endocervicales suelen ser endofíticas, lo que origina un cuello expandido en forma de tonel, y más avanzadas de lo que se aprecia en primera instancia

Carcinoma de células escamosas (85 – 90%). Por lo general, estas lesiones son de células grandes, queratinizantes o no. Las variantes son una verrugosa bien diferenciada de crecimiento lento; localmente invasora y con singular radioresistencia, y una variante de células pequeñas que tiene mal pronóstico.

Adenocarcinoma (8%). Este tipo histológico se divide en varios subtipos: Endocervical, endometriode, adenoma maligno, productos de coloides, adenoquístico, y adenoescamoso y su variante, carcinoma de células hialinas y otros tipos celulares (2%).

### **Conductas a seguir según las normas de prevención y atención del cáncer cérvico uterino:**

Citología normal: Realizar un segundo examen en un año para detectar lesiones nuevas o descartar falsos negativos. Si el resultado del segundo examen es negativo se repetirá la prueba en un año. Si el resultado del tercer examen fuera negativo se

realizarán las pruebas cada tres años según el criterio médico o factores de riesgo de la paciente.

Citología no concluyente o no satisfactoria: Cuando el material no es suficiente o no contiene células endocervicales deberá repetirse la muestra.

Lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIEBG): Realizar exudados y cultivo de secreciones vaginales, dar tratamiento, según etiología, control de citología cervical en 6 meses posterior al tratamiento y seguimiento según citología normal. Referir para colposcopia si el resultado es normal control en 6 meses y seguimiento con citología cervical. Si el resultado de colposcopia reporta solamente LIEBG, realizar colposcopia de control y citología cervical en tres meses.

Reporte citológico anormal: Las pacientes que presenten anomalías clínicas tales como: citología que reporta atipia escamosa o glandular, citología negativa para neoplasia con HPV, citología reporta Lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG), citología reporta carcinoma microinvasor /invasor.

Que sugieran la presencia de cáncer cérvico uterino se les deberá tomar la muestra de citología y referir al ginecólogo para la realización de colposcopia y posteriormente biopsia dirigida.

Manejo del lesiones intraepiteliales de alto grado: Se realiza crioterapia siempre y cuando la lesión sea visible en su totalidad, después de realizar control de citología y/o colposcopia cada 6 meses por un año. Si un reporte de citología es positivo para células malignas proceder a realizar conización cervical; pero si los resultados de citología son negativos, referir al primer nivel de atención. Además, puede aplicarse asa térmica, si el resultado histológico revela márgenes libres de lesión, dar seguimiento a través de la citología cervical como lo es cada: primer año cada tres meses, segundo año cada 6 meses y, a partir del tercer año cada año. Si los bordes tienen presencia de lesión referir a oncología.

## **5. DISEÑO METODOLOGICO**

Estudio cualicuantitativo de Evaluación sobre: Sensibilización, toma de PAP, Encuestas y Grupo focal.

La población del estudio comprendió a las mujeres del Mercado Central Raúl Cabezas Lacayo, ubicada en Primera calle este, barrio el Sagrario, de la ciudad de León, caracterizado por ser un centro que cuenta con una diversidad de personas de sectores como de su actividad económica.

### **5.1 Sensibilización**

Inicialmente se visitó la intendencia para conocer las distintas áreas en que se divide el mercado; así como el número de población femenina trabajadora, que consta de 335 mujeres.

Se invitó para las charlas educativas a las representantes de cada área con el fin de explicarle el propósito de nuestro estudio y así hacerle participe a sus compañeras del día y la hora en que serán impartidas dichas charlas.

En la realización de las charlas educativas (DOC) en cada uno de los sectores se les dio a conocer aspectos generales de:

- Anatomía de órganos genitales femeninos.
- Epidemiología del cáncer cérvico uterino en nuestro país.
- Definición del PAP, generalidades del programa DOC.
- Quienes se deberían de hacer el PAP.
- Indicaciones o requisitos antes de la toma del PAP.
- Presentación de láminas y posters sobre las diferentes formas de invasión y estadios del cáncer cérvico uterino.
- Sintomatología del cáncer cérvico uterino.

Par mayor comprensión de los temas tratados se emplearon afiches, maquetas, rotafolios ilustrados. Se tomaron en cuenta las diferentes inquietudes de las asistentes a las charlas.

Se les explicó que se trataba de un trabajo investigativo cuyos resultados tenía fines educativos y confidenciales además de anunciarle la gratuidad del examen. Los resultados fueron analizados por el Departamento de Patología, tanto por la Patóloga como la Citotecnóloga. Las mujeres llevaron su citocepillo con un costo de ocho córdobas.

Los resultados fueron entregados por clínicos y se programaron citas para la toma de la muestra, según horario que a ellas les convenía; además de cumplir con las recomendaciones indicadas para la toma de PAP.

## **5.2 Toma de Papanicolaou**

Se contó con la participación única de médicas residentes y gineco- obstetras en la toma de la citología cervical.

Para conocer la situación de las mujeres del mercado en relación a lesiones malignas y premalignas del cuello uterino, se llevo a cabo la toma de Papanicolaou, previo a una solicitud escrita al director del HEODRA, para conseguir un espacio para la toma de las muestras y a la vez la entrada de materiales al hospital así como esterilización de espéculos. De igual forma se solicitó al centro de salud Perla Maria Norori, el apoyo de recursos humanos y materiales (espéculos, pinzas) para la toma de la muestra.

Una semana antes del inicio de la toma se pegan papelógrafos y se reparten volantes sobre los criterios que debieron cumplir en el momento del examen citológico.

Se inicia cita por sector para realizar el PAP en el siguiente orden: verdura, refrescos, derivados del maíz, anexo, comida y queso. Los abarrotes, plástico y carnes (cerdo, res, marisco, pollo), a un total de 30 personas por días, distribuidas en dos turnos, 10 por la mañana y 20 mujeres por la tarde.

Se obtuvo materiales (pinzas y espéculos) del centro de salud Sutiava por diligencias de la Patóloga tutora del estudio debido a la falta de disponibilidad del centro de salud, asignado. El resto de los instrumentos (guantes, solución salina, gasas, detergente, cloro, balde para recolectar los espéculos, cepillo, toalla, papel de envolver etc.) fue financiado por los integrantes del proyecto.

Las muestras se tomaron en un período de diez días a partir del 7 Julio, por personal capacitado (Ginecología, Patología) en el área de Ginecología, Emergencia; los datos obtenidos se recolectaron en la ficha de solicitud de estudio citológico elaborada por el MINSA. (Anexo 4), llenándose dicha hoja, seguido de la toma de la muestra citológica por médicas.

Por medio de la especuloscopía se obtuvo descripción del cérvix: aspecto (sano, enrojecido, ectropión, tumoral); secreciones (normal, leucorrea, hemorragia, purulenta); e impresión clínica (normal, inflamación, atrofia, tumor). Con el citocepillo que compraban las mujeres se procedió a la toma de la muestra extrae células del endocérvix, con una rotación de 360° la que posteriormente se extendió en la lámina, luego se utilizó la espátula de ayre para agarrar muestra del exocérvix la que se extendió en la misma lámina y se fijó con citospray a una distancia de 20 – 30 cm.

La muestra fue recepcionada en el Departamento de Patología por la Cito tecnóloga bajo el siguiente protocolo:

- El primer día la recepción de la muestra.
- El segundo día se le coloca el número de registro a la hoja y lámina y se lleva a cabo la tinción método de PAP (Anexo 5).

Posteriormente se hace el estudio con el microscopio haciendo una visión panorámica elevando al máximo el lente a 40X. los resultados son evaluados primeramente por cito tecnólogos, siguiendo así el control de calidad por cada uno de los Patólogos(as) (médicos(as) de base) que conforman el Departamento.

Para el control de calidad se toman en cuenta el 100% de todos los casos positivos y el 10% de los casos negativos.(6,11)

Para elaborar la calidad de las muestras se tomaron en cuenta 3 elementos: la identificación del paciente y de la muestra, valorada desde el punto de vista técnico y su composición celular y la representación en la calidad de tinción.

Por tanto un frotis satisfactorio contará con:

1. Consignación de los datos del paciente en la etiqueta y en el impreso.
2. Un número adecuado de células epiteliales escamosas bien conservadas y fácilmente visibles.
3. Una presentación convincente de la zona de transformación, es decir un mínimo de dos grupos de células endocervicales o de metaplasia escamosa de al menos 5 células cada una. La mera presencia del moco cervical no basta como prueba de que se ha muestreado el endocérvix.

La muestra se considera totalmente insatisfactoria cuando: falta el impreso de solicitud, la preparación no está rotulada o algunos de los datos de fijación son incorrectos y la preparación está rota. Además, cuando la celularidad es muy escasa o existen factores que impidan valorar más del 75% de las células como: sangre, inflamación, mala fijación, extensión gruesa, contaminación o artefacto por desecación.

Para que el laboratorio de citología cumpla con sus objetivos debe contar con una planta física adecuada y con equipo completo y de buena calidad. En este rubro es

muy importante que los microscopios y el equipo funcionen óptimamente y exista mantenimiento preventivo bien establecido y continuo.

En laboratorios que manejan grandes volúmenes de laminillas citológicas se considera que el volumen mínimo de material que se debe manejar es de 25,000 muestra ginecológicas anuales por cada Citotéclogo (a) ,ya que solamente con este acerbo se asegura que los patólogos y cito tecnólogos estén expuestos a la observación e identificación de todo tipo de lesiones y así garantice que este personal esté en contacto continuamente con la vasta patología cervical.

En relación con la necesidad de que el suministro de requerimientos técnicos y material de consumo sea oportuno y constante, es necesario enfatizarla, ya que la falla en el aprovisionamiento del material de consumo diario, puede hacer fracasar todo el esfuerzo dirigido a realizar un buen programa.

Los sistemas de registros y archivos deben estar preferentemente computarizados, con el objeto de garantizar un control y seguimiento rápido y adecuado de los casos.(6,10,11,23)

### **5.3 Encuesta**

Con el objetivo de identificar los conocimientos y las practicas, se realizó una entrevista, apoyado en un cuestionario basados en aspectos del programa DOC, (Anexo 6) aplicado a todas las mujeres mayores de 25 años de edad, trabajadoras del Mercado, previa consentimiento informado; quienes son un total de 335 mujeres, posteriormente de la sensibilización.

En cuanto a la información obtenida, se procesó en Epi Info versión 6.0 los datos se analizaron y se representaron en cuadros y la preguntas cualitativas se organizaron en patrones de respuestas.

#### **5.4 Grupo focal**

Se propuso realizar la técnica de grupo focal con el objetivo de valorar los conocimientos, las prácticas y las respuestas de las charlas brindadas por equipo de investigación.

Para llevarlo a cabo se forman dos grupo focal a las que incluyen mujeres de 25 años o más, los grupos se organizarán de 8 mujeres cada uno: 1) mujeres que tenían más de cuatro años de haberse realizado el PAP o nunca se lo hayan hecho. 2) Mujeres que se realizaron la prueba de PAP durante el proyecto. En la segunda semana de Agosto del presente año fue realizado un día el grupo 1 y otro día el grupo 2.

Se elaboró una guía de trabajo orientado a saber sobre el programa DOC,(Anexo 7) la importancia de la toma de las muestras, sus objetivos, los beneficios, los factores que les imposibilita la realización de las actividades El equipo de investigación tuvo el cuidado de realizar una prueba piloto y de someterse a un ejercicio previo modelando un grupo focal, considerando aspectos organizativos nombrando un animador, el escribiente y el responsable de los materiales y los datos se grabaron.

Desde que se realizaron los grupos focales se empezaron analizar los datos, pero se siguió el siguiente orden: las ideas y palabras se mantuvieron como las expresaron la fuente de información, empleo de las citas textuales en el proceso de la recolección de los datos y actividades de categorización.

La utilización de tres etapas en el proceso general de análisis: se redujo los datos, separando las unidades, en base a criterios temáticos y conversacionales y se hizo una síntesis y agrupamientos. Se emplearon matrices de trabajo la primera comprende la de síntesis de grupos focales de las que se realizaron el PAP, y las que hace 5 años o nunca se lo han realizado; escribiendo textualmente las respuestas de las 8 mujeres de cada grupo. (Anexo 8, matriz I). La segunda matriz es la de resumen de los grupos,

la cual se tomó como la respuesta más acertada. (Anexo 9, matriz II). La tercera matriz en la cual se ilustran los problemas, las posibles causas y las soluciones propuestas, para la realización de las actividades del DOC tanto para el Centro de Salud Perla María Norori y los ONG. (Anexo 10, matriz III)

La obtención de resultados y conclusiones están enfocados en el análisis, una vez dispuestos los datos ordenados, se juntaron, confrontándolos y se relacionaron en los formatos de matrices de trabajo y de resumen (Anexo 11, Matriz IV), considerando los fragmentos del texto, citas, frases, etc. colocando en las columnas las categorías y unidades, y en las filas las situaciones o casos lo que permitió confrontar el problema (3,4)

## **6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

- 6.1 Respuesta a la educación y sensibilización relacionadas al DOC: interesa conocer la participación de las mujeres en el proyecto, posterior a la educación que se les brindo. Esto se logro a través de la asistencia registrada durante el periodo de toma de muestras y el interés que demostraron.
- 6.2 Situación del cuello uterino: será determinado a través de la especuloscopia y el examen citológico.
  - 6.2.1 Por medio de la especuloscopia obtendremos la descripción del cérvix: aspecto(sano, enrojecido, ectropión, tumoral); secreciones (normal, leucorrea, hemorragia, purulenta); e impresión clínica (normal, inflamación, atrofia, tumor).
  - 6.2.2 En el examen citológico se utilizara el Sistema Bethesda que corresponde a los resultados de la lectura de la muestra citológica que describe los hallazgos : Negativa de células malignas(Inflamación, Gardnerella vaginal, Cándida especies (sp), Herpes virus, abundantes bacterias cocoides, Tricomonas vaginales, Atrofia, Cambios regenerativos); Atipia escamosa; Atipia Glandular Reactiva; Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado (cambios celulares de Papiloma Virus y Displasia Leve ); Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado ( Displasia Moderada y Displasia Severa ).LIEAG asociado a HPV; Carcinoma de Células Escamosas Invasor .

### 6.3 Calidad de la Muestra :

Para evaluarla se tomara en cuenta la experiencia del personal que tomo la muestra, los materiales (citocepillo, citoespray, espéculos, lámina, espátula de ayre, los procedimientos y las condiciones de la mujer a la hora de la toma.

Además se aplicara control de calidad a cada muestra por el Departamento de Patología.

- 6.4 Conocimientos y Prácticas acerca del programa DOC: trata de conocer el grado de información que las trabajadoras del mercado manejan, acerca del programa, a través de la realización, primeramente de una encuesta aplicada a todas las mujeres mayores de 25 años independientemente de que hayan participado o no en el proyecto, y luego se llevara a cabo el grupo focal.

## 7. RESULTADOS

### 7.1 Respuesta a las actividades de motivación y educación.

De las 335 mujeres invitadas a las charlas sobre cáncer de cuello uterino, asistieron 280, que representan un 83.6%. Las asistentes mostraron elevado interés y participación en estas actividades educativas, particularmente en lo relativo a la anatomía y fisiología de los órganos reproductores, y en la discusión de los datos estadísticos presentados sobre la frecuencia del cáncer cervicouterino en el departamento de León.

Un aspecto importante de señalar es que las observaciones y sugerencias presentadas por las mujeres para proceder a realizarse el examen fueron tomadas en cuenta por el equipo investigador. Así, la solicitud de disponer de un lugar apropiado, fuera del mercado, fue atendida al conseguirse un cubículo en la emergencia del Hospital Escuela; las tomas de muestra fueron establecidas en el horario que cada grupo proponía, aunque siempre dentro del horario regular de atención de los servicios de salud; se atendió la solicitud de que las muestras fueran tomadas por médicas (mujeres), y la actividad se organizó de manera que no les tomara mucho tiempo, tal a como lo estaban solicitando.

De las asistentes a las charlas, un 64.8% se inscribieron para la toma de la muestra, incluyendo un 13.1% de mujeres que, siendo mayores de 60 años, nunca se lo habían realizado. Estas últimas señoras adujeron que nadie les había explicado antes sobre el examen, como razón para no habérselo practicado. Entre las razones aducidas a la falta de inscripción las mujeres expresaron que era por tener un examen reciente, otras no le dieron importancia al proyecto.

La mitad de la población inscrita participó en la toma de la muestra, mientras que la otra mitad les coincidió con el inicio de su período menstrual, o bien tuvieron

dificultades para asistir a la actividad ante el inconveniente de no tener quien cuidara su puesto de venta; a una parte se les olvidó y otras que tuvieron exámenes previos bajo tratamiento vaginal.

## **7.2 Resultados de encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas relativas al Pap**

### **7.2.1 Conocimientos**

La mayoría de las mujeres saben que el estudio citológico cervical sirve para detectar el cáncer Cérvico uterino, como puede verse en el cuadro 1.

**Cuadro 1: Distribución de las mujeres, según sus conocimientos sobre la utilidad del examen de Papanicolaou, Mercado “Raúl Cabezas Lacayo”, León, 2003.**

<b>Utilidad del examen PAP</b>	<b>% (n=335)</b>
Detecta cáncer cérvico-uterino	63.3
Detecta infecciones de transmisión sexual:	30.1
No sabía nada	6.6
Total	100.0

### **7.2.2 Práctica del examen**

El 86.9% de las mujeres reportó que se han realizado el Papanicolaou alguna vez en la vida. Un poco menos de la mitad se lo realizaron en los últimos 12 meses (cuadro 2)

**Cuadro 2 Distribución de las mujeres, según realización del examen de citología cervical. Mercado "Raúl Cabezas Lacayo", León, 2003.**

<b>Práctica del examen</b>	<b>% (n=335)</b>
En los últimos 12 meses	49.8
Entre 13 y 24 meses:	7.5
Entre 25 y 59 meses	13.7
5 años o más	15.8
Nunca se lo han hecho	13.1
Total	100.0

### **7.2.3 Razones para no haberse realizado el examen**

De las mujeres que nunca se han realizado el examen de Papanicolaou, un 30% dio como razón el hecho de no considerarlo importante; un 20% fue por falta de tiempo. Otras razones mencionadas con menor frecuencia fueron: vergüenza, desconocer de su existencia, temor a que le produjera dolor, y por considerar que era caro.

## **7.3 Resultados de grupos focales**

A fin de explorar los conocimientos y prácticas de las mujeres en relación al DOC, organizadas en dos grupos focales integrado por 16 personas de las cuales cada grupo se formó por 8 personas que se habían realizado el PAP anual y otro grupo focal que no se había realizado el PAP hace 5 años o que nunca se lo había realizado.

### **7.3.1 Conocimientos sobre la prueba de PAP**

En el grupo de mujeres que no se han realizado el Pap, los conocimientos sobre el examen son débiles e imprecisos; una minoría mencionó la detección del cáncer,

como lo muestran las frases siguientes:

- *"Para detectar enfermedades"*
- *"Es un examen que se hacen todas las mujeres".*
- *"Para ver si hay infección, cuántos hijos tuvo, si hay tumor o cáncer".*
- *"Para ver cómo está el útero y las ITS".*

Algunas señoras mayores dijeron que era para mujeres "vagas" o "prostitutas", como lo muestran las frases siguientes:

- *"Mujeres vagas, prostitutas que han parido y no se cuidan".*
- *"Mujeres que tiene marido".*

No había claridad sobre el órgano examinado, y así mencionaban:

- *"De la vagina".*
- *"De los órganos internos".*
- *"No sé".*

El grupo de mujeres que se han realizado el examen estaba claramente en ventaja en conocimientos en relación al otro grupo, aunque no se pueda decir que sus conocimientos fueran excelentes:

- *"Para ver si existe ITS y cáncer".*
- *"Para detectar cualquier inflamación o cualquier tipo de cáncer".*
- *"Detecta el cáncer, ITS y el estado del cuello del útero".*

En este grupo, buena parte pudo señalar con precisión el lugar de donde se toma la muestra para el examen, pero algunas no mostraron suficiente claridad:

- *"Del cuello de la matriz".*
- *"Toman secreciones que la mujer produce".*

### **7.3.2 Grado de satisfacción con la atención ofrecida en el presente proyecto.**

Todas las mujeres expresaron sentirse satisfechas con la atención recibida en el presente proyecto. Les pareció adecuado el ambiente en que se les tomó la muestra, que era un cubículo de la emergencia del Hospital. A todas les pareció útil el proyecto. Sin excepción, valoraron positivamente el trato recibido, que fue calificado por algunas como excelente y muy profesional. Al pedirles que señalaran lo que más les había gustado, mencionaron la amabilidad con que fueron tratadas, la rapidez en la atención y en la entrega de los resultados, así como el hecho de que hayan sido examinadas por médicos mujeres. No encontraron ningún aspecto de la atención que valoraran negativamente. Al respecto dijeron:

- *"Nos sentimos agradecidas y satisfechas".*
- *"Es importante y humano lo que hicieron".*
- *"Fue algo muy positivo y queremos que se siga dando cada año".*

### **7.3.3 Factores restrictivos sobre la práctica del PAP**

En el grupo que no se ha hecho nunca el examen, o que tenían más de cinco años de habérselo realizado, al preguntarles sus razones para esta conducta, encontramos que sus respuestas reflejan falta de comprensión de la importancia del examen, y la ausencia de una cultura de prevención, que posiblemente las induce a acudir donde un médico sólo cuando estén enfermas. Al respecto dijeron:

- *"No es importante".*
- *"Nunca he ido a un médico"*

A la par de no tener clara la utilidad e importancia del examen, dos factores que las desaniman son el tiempo y los gastos que implica. Probablemente consideran como gastos el pago al médico en una clínica privada, el costo del examen en estas condiciones, y el costo del tiempo que deben de invertir:

- *"Es caro y no tengo tiempo", "No tengo tiempo, pero es importante"*

## **7.4 Resultados de los exámenes de citología cervical, practicados a 140 mujeres.**

### **7.4.1 Edad de las mujeres examinadas**

La mediana de edad de las mujeres fue de 40 años, siendo la edad mínima de 16 y la máxima de 75. (Cuadro 3)

**Cuadro 3: Distribución de las mujeres, según edad**

Edad	% (n=140)
≤ 24	8.5
25 – 29	6.4
30 - 34	17.8
35 -.39	15.1
40 - 44	14.3
45 – 49	13.6
≥ 50	24.3
Total	100.0

### **7.4.2 Antecedentes gineco-obstétricos**

De las 140 mujeres examinadas en el presente proyecto, el 58.5% iniciaron su vida sexual antes de los 19 años, y un 48.7% tenían un PAP anterior. De estas últimas, el 50.0% desconocían sus resultados. (cuadro 4).

**Cuadro 4: Porcentaje de mujeres con determinados antecedentes gineco-obstétricos. Mercado "Raúl Cabezas Lacayo", León, 2003.**

<b>Antecedentes</b>	<b>% (n=140)</b>
Múltipara	45.0
Aborto	24.3
Cesárea	12.1
Inicio de relaciones sexuales $\leq$ 18 años	58.5
Histerectomía	11.4

#### 7.4.3 Historia de exámenes de Papanicolaou

Un 85% de las mujeres reportaron haberse hecho anteriormente el examen de Papanicolaou, como puede verse en el cuadro 5:

**Cuadro 5: Distribución de las mujeres, según realización del examen de Papanicolaou en el pasado. Mercado "Raúl Cabezas Lacayo", León, 2003**

<b>Práctica del examen</b>	<b>% (n=140)</b>
$\leq$ 1 año	41.4
> 1 año	43.6
Nunca antes	15.0
Total	100.0

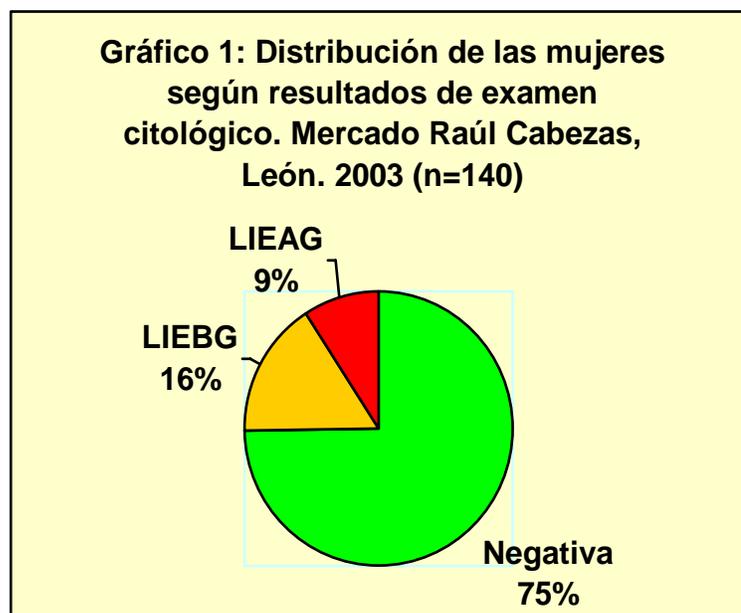
#### 7.4.4 Descripción del cérvix

De las 140 mujeres, examinadas, 124 tenían su útero; las restantes 16 habían sido histerectomizadas, sin saberse las causas. De las primeras, en cuanto al

aspecto del cuello, el 47.6% lo tenían enrojecido, y 46.0% lo tenían de aspecto normal. El 59.7% presentaron leucorrea. En cuanto a impresión clínica, en un 49.2% se encontraba inflamación. A las pacientes hysterectomizadas se les tomó muestra de la cúpula vaginal.

#### 7.4.5 Resultados del examen citológico

El 25.0 % de las mujeres tenían lesiones premalignas, como puede verse en el gráfico 1.



En las 94 mujeres que no tenían lesiones premalignas, el 87.0% presentaron células inflamatorias, incluyendo un 41% que tenían abundantes bacterias cocoides. Un 47.4% tenían atipia escamosa, y 8.4% tenían atipia glandular.

Las 23 mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) se distribuían de la siguiente manera:

- 10 eran displasias leves/NIC I solamente
- 4 correspondían a VPH solamente
- 9 tenían ambas condiciones.

De 13 mujeres con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEAG), 8 correspondían a displasia moderada y 5 a displasia severa

Dos mujeres tenían HPV. De las 5 mujeres con LIEAG, una tenía 23, 33 y 39 años respectivamente y dos eran mayores de 50 años.

Casi dos tercios de las pacientes con displasia de cualquier grado tenían un PAP normal en los últimos doce meses, como puede verse en el cuadro 6.

**Cuadro 6: Distribución de mujeres con displasia, según meses transcurridos desde un Papanicolaou anterior normal. Mercado "Raúl Cabezas Lacayo", León, 2003**

<b>MESES</b>	<b>LIEBG</b>	<b>LIEAG</b>
< 3	7	1
3 – 6	3	2
7 - 12	5	3
13 - 24	2	2
> 24	2	5
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>13</b>

Nota: 4 pacientes con LIEBG no tenían PAP anterior

### **7.5 Calidad de las muestras**

El 36% de las muestras fueron clasificadas como adecuadas; el 60% como adecuadas pero limitadas, y 4% como inadecuadas.

## 7.6 Seguimiento a las mujeres con enfermedades y lesiones

En el presente proyecto se practicó examen de citología cervical a 140 mujeres del mercado. De ellas, 11 fueron examinadas por colposcopia y a 4 se les tomó conobiopsia. Es importante señalar que dos mujeres en quienes se encontró cáncer in situ fueron intervenidas quirúrgicamente, practicándoseles histerectomía. En el cuadro 7 puede verse mayor información sobre el seguimiento brindado a las mujeres examinadas.

**Cuadro 7. Exámenes complementarios y tratamientos brindados a las mujeres que se realizaron el Pap. Mercado Raúl Cabezas, León, 2003.**

Recomendaciones de diagnóstico y/o tratamiento	Casos	Mujeres tratadas	Seguimiento a mujeres
Colposcopia:	20	11	Conización (n=4)
Conobiopsia:	18	4	Histerectomía (n=2)
PAP en 3 meses:	27	27	- Referida al C/S
PAP en 6 meses	20	20	- Referida al C/S
PAP postratamiento:	27	27	- Referida al C/S
PAP en un año:	28	28	- Referida al C/S
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>117</b>	

## **8. DISCUSION**

### **8.1 Valoración del impacto de actividades educativas**

En general, se puede considerar que las actividades de información y motivación desarrolladas con las mujeres del Mercado tuvieron un impacto positivo: la gran mayoría acudió a las charlas, dos tercios de las que asistieron a las mismas se anotaron para ser examinadas y, lo que es muy importante, se realizaron el examen mujeres que nunca se lo habían hecho. Al respecto, cabe señalar que algunas de estas señoras claramente expresaron que nunca se lo habían hecho porque nadie les había explicado sobre su importancia. La principal lección aprendida de esta experiencia es que si alguien se toma el trabajo de conversar con las mujeres sobre este examen, habrá una buena proporción de ellas que tomarán la decisión de hacérselo. Cabe enfatizar que ocurrió una verdadera conversación, donde no sólo se les ofreció a las mujeres información sobre todo lo concerniente al cáncer y a su identificación, sino que ellas tuvieron la oportunidad de señalar sus expectativas sobre el lugar del examen, el horario, sobre el tiempo que debían invertir para tomárselo y sus preferencias sobre el sexo de las personas que debían de tomarles las muestras. Atenderles sus solicitudes seguramente contribuyó a que se obtuvieran buenos resultados.

Entre las mujeres que no se realizaron el examen, buena parte fue porque se lo habían hecho recientemente, o porque no estaban en condiciones apropiadas para tomárselo. Aparte de estos factores, la baja escolaridad, los bajos ingresos, y cuestiones culturales parecen haber influido negativamente sobre la toma del examen. Posteriormente, superado estas limitantes, acudieron de manera voluntaria para participar del estudio.

## **8.2 Conocimientos y prácticas de las mujeres en relación al DOC**

El dato de que sólo el 63% de las mujeres del mercado pudo mencionar la detección del cáncer como una finalidad del examen de Papanicolaou puede interpretarse como una insuficiente claridad al respecto. Sin embargo, en la realidad, esta cifra es superior a la de 39.6% encontrada en un estudio en cuatro departamentos de Nicaragua, y de 54% en la comarca de Los Lecheguagos (1)

Aparte de lo anterior, es importante notar que entre mujeres que se han realizado el examen existen mejores conocimientos sobre el cáncer de cuello uterino y sobre el examen para detectarlo, según se pudo observar en los grupos focales. Es razonable considerar que existe una relación de causa a efecto entre el conocimiento y la práctica del mismo. Esta relación también era encontrada en el estudio sobre salud reproductiva en cuatro departamentos de Nicaragua, antes señalado.

## **8.3 Lesiones malignas y premalignas del cuello uterino**

En el presente estudio, el 86.9% de las mujeres reportaron haberse realizado el examen de Papanicolaou alguna vez en la vida. Esta cifra es superior a la encontrada en la Encuesta de Salud Familiar realizada en 1992 -1993 (9), que era de 43.0%, y mayor también que el obtenido en la encuesta de salud reproductiva en cuatro departamentos de Nicaragua, realizada en el 2005 (30), que era de 73% de las mujeres que habían tenido relaciones sexuales. Por otro lado, la mitad de las mujeres manifestaron haberse hecho el examen en los últimos doce meses, siendo esta cifra muy superior a la de 17.7% en la Encuesta de Salud familiar, y cercana a la cifra de 49.4% en la encuesta de salud reproductiva antes mencionada.

Un dato muy llamativo del estudio es que en la tercera parte de las mujeres se encontraron lesiones premalignas o malignas. Esta proporción parece ser muy alta,

pero desafortunadamente no fue posible tener un acceso a los archivos de patología del HEODRA para establecer comparaciones, en vista de la huelga del personal de salud, y en la revisión bibliográfica sólo encontramos datos sobre frecuencia del cáncer.

Llama mucho la atención el dato de que casi dos tercios de las pacientes con displasia tenían un Papanicolaou normal en los últimos doce meses, y que de las 13 pacientes con LIEAG, tres tenían un Pap normal en los últimos 6 meses. Siendo que estos procesos evolucionan lentamente, la explicación que encontramos es que el uso de los equipos adecuados, preparación de la paciente y de una técnica cuidadosa de toma de la muestra, como ocurrió en el presente estudio, permite detectar un mayor número de lesiones.

#### **8.4 Calidad de las muestras citológicas**

La calidad de las muestras en el presente estudio fue bastante mejor que la observada en los exámenes que se realizan de rutina en el Departamento de Patología del HEODRA, como puede verse en el cuadro 8. El estudio tomó en cuenta las Normas de Prevención y atención del Cáncer cérvico uterino 2000 (18) establecidas para la toma de muestra de Papanicolaou y no metas de productividad que es el interés del primer nivel de atención. Además, el poco entrenamiento y disponibilidad del personal de salud, trae como consecuencias toma de muestra insatisfactoria, agravado con la carencia de técnicas y materiales adecuados tales como el uso del citocepillo, citospray lo que conlleva a un proceso de diagnóstico no confiable. Hay que considerar los esfuerzos que el Departamento de Patología ha venido realizando al implementar modificación en la técnica a pesar de tratar de ajustarse a los reactivos con que se cuenta.

Vale hacer notar que todas las muestras enviadas y recibidas en el laboratorio, fueron procesadas en un periodo no mayor de 48 horas, lo cual influye en la calidad de la muestra, contrario a lo que se hace con las muestras provenientes de los centros y puestos de salud, las que usualmente se reciben y procesan después de 15 días de haberla tomado la muestra.( 18 )

**Cuadro 8. Distribución porcentual de las muestras según su calidad, en dependencia de su procedencia**

Calidad	Procedencia de las muestras	
	Rutina del HEODRA (%)	Presente proyecto (%)
Adecuada	1	36
Adecuada pero limitada	83	60
Inadecuada	16	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

### 8.5 Seguimiento a las mujeres con enfermedades y lesiones

Al implementarse un objetivo adicional a las 140 mujeres que se les tomó muestras de Papanicolaou, brindándosele los resultados de la citología, y según estos, una respuesta médica y quirúrgica, que consistió en colposcopia, conobiopsia, histerectomía y Papanicolaou postratamiento. A todas las mujeres se les citó a control médico e inasistieron 23 entre sus razones por falta de tiempo, dinero, cambio de domicilio, asistencia a médico privado y falta de importancia e interés a la actividad.

## **9. CONCLUSIONES**

Con esta experiencia de trabajo aprendimos que con actividades de información y motivación, complementadas con el ofrecimiento de oportunidades de concertación con las mujeres sobre las condiciones para que se les tome las muestras, resulta en un incremento en la demanda del examen.

La limitada calidad de las muestras que se examinan rutinariamente en el Departamento de Patología, provenientes en su mayoría de los centros de salud, puede estar ocultando lesión intraepitelial o maligna. En nuestro estudio, en el que se tuvo mucho cuidado de cumplir con las normas de atención y prevención del cáncer cervicouterino para la realización del examen, obtuvimos una prevalencia de lesiones premalignas bastante alta: 25.7%, de las cuales dos tercios de las mujeres con este tipo de lesiones tenían un Papanicolaou normal en los doce meses previos.

Nuestro proyecto, además de obtener conocimientos, permitió ofrecer seguimiento con exámenes complementarios a las mujeres que lo necesitaban, así como el tratamiento que requerían, incluyendo histerectomía a dos de ellas en quienes se descubrió un carcinoma in situ.

## **10. RECOMENDACIONES**

- Siendo que las actividades de información, y la plática con las mujeres sobre las condiciones para la realización del examen dan resultados positivos, hay que encontrar procedimientos para hacer llegar esta información y plática a las mujeres en comunidades dispersas, principalmente en el área rural. Las dificultades en ese tipo de comunidades serán mucho mayores que las encontradas en la presente experiencia, donde las mujeres estaban concentradas en un solo lugar, el Mercado Raúl Cabezas Lacayo, pero es evidente que si nos limitamos a atender a las mujeres que llegan a los centros de salud, la incidencia de este cáncer tardará más tiempo en descender.
- Es preciso que se revise la forma de trabajo en los centros de salud. Poner tanta atención a conseguir metas numéricas puede estar induciendo a que se descuide el cumplimiento de las normas del programa, además de que se esté otorgando importancia secundaria a las coberturas y al enfoque de riesgo. Al MINSA le toca asegurar una adecuada capacitación en las normas del servicio de detección oportuna del cáncer, así como las condiciones y materiales necesarios, incluyendo la dotación de citocepillo.
- Conviene estudiar a mayor profundidad el problema detectado en el presente estudio, de que buen número de mujeres con lesiones premalignas habían tenido un resultado normal en exámenes de Papanicolaou realizados recientemente, a veces en un período menor de seis meses.

## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Altamirano, R. Alonso M. Rojas O, Toruño A y Munguía F. Valoración de una intervención destinada a mejorar los conocimientos actitudes y prácticas de la población en relación al cáncer de cuello uterino, basado en trabajo voluntario de estudiantes de secundaria en la comunidad de Lechecuagos .León. 2004.
2. Amador L.C. Detección de cáncer cervicouterino mediante citología en las mujeres que asistieron a consulta en las diferentes unidades de salud UNAN-León, 2000.
3. Argimon J.M Novak J. W. Clasificación de los tipos de estudio. 2da Ed Barcelona: Harcourt, 1999: 15 -18.
4. Argimon J.M., Jiménez J. Artículo original (II). Material y métodos. Atención primaria 1998.
5. Berek J. Ginecología de Novak. México DF. Editorial México 2003, 13va edición.
6. Bibbo M. Comprehensive Cytopathology W.B. Saunders Company 1991. Págs. 85-231.
7. Delgadillo B. Cáncer cervicouterino en el Departamento de León, Tesis Monográfica. UNAN -León. Nicaragua 2003.
8. Doyma A. Cancer of the uterine cervix. New England Journal of Medicine. Vol 18, April 1996.
9. Encuesta sobre Salud Familiar, Managua, Nicaragua 1992-1993. Cuadro:12 -5, Págs. 294.
10. Gómez J.M. Concordancia entre el diagnóstico citológico e histológico de condiloma y carcinoma de cérvix en el HEODRA 1991-1993. Tesis de Especialista en Patología, UNAN-León. 1994.
11. Keebler C.A. Manual of Cytotechnology 6th. ed. American Society of Clinical Pathologists Press Chicago 1985. Págs. 2-6.
12. Masayoshi T. Citología del cáncer. 2da. ed. Panamericana S.A. 1985. Págs. 161-242.
13. Micol S. Citología cervical en el Perú. Sociedad Peruana de Citología 2000.

14. Ministerio de Salud y GTZ. Gerencia de calidad, promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención, modelo de autoaprendizaje. 2001.
15. Ministerio de Salud. Ley General de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud. Managua, Nicaragua. 2004.
16. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en salud (MAIS). Documento preliminar. 2004.
17. Moya D. Cambios citológicos del cérvix y factores asociados en mujeres en edad fértil . puerta cabeza RAAN , Julio 1997- Dic. 1998.
18. Normas del MINSA. Atención integral a la mujer y al niño. Programa de prevención oportuna del cáncer cervicouterino.
19. Novak J. W. Tratado de Ginecología. XII edi. México. Interamerica. 1995.
20. Pairnuti S. False – Negative Papanicolaou smears from women with cancerous and precancerous lesion of the uterine cervix. Acta Cytologica. 1991. 35.
21. Papanicolaou, G.N.; Traut H.F. The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol. 1941. 42:193.
22. Piura J. Introducción a la metodología de investigación científica 2da edición 1995, centro de investigación y estudios de la salud.
23. Reagaw.J. W. Manual of Cytotechnology National Comite for Cancers in the Medical Laboratory. Third edition, 1967, 9650 rockrille pike, Bethesda Maryland.
24. Robinss J. Tratado de Patología. 2da Edición. México. Interamericana, 1985.
25. Rojas O.G. Diagnóstico y manejo de lesiones premalignas del cérvix, curso precongreso 16 y 17 de Junio 2003. León Nicaragua.
26. Salgado N. Evaluación de la calidad de las lecturas citológicas en el diagnóstico de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, HEODRA. León 2000 - 2001. UNAN – León. Nicaragua. 2003.
27. Salinas X. Valoración de la citología y de la colposcopia en el diagnóstico de neoplasia intraepitelial del cuello uterino , durante el periodo 2000- 2003 en el HEODRA –LEON Marzo 2004.

28. Salomón D. –Nayar R. Sistema Bethesda para informar la citología cervical, definiciones, criterios y notas aclaratorias. 1era edición Buenos Aires. Journal 2005.
29. Takahashi M. Atlas a color Citología del cáncer, 2da edición Abril 1982. Editorial Panamericana, Buenos Aires Argentina.
30. Toruño A. y Almendárez T. Situación de la Salud Reproductiva en 4 departamentos de Nicaragua. 2005. Departamento de Salud Pública. UNAN – León. 2005.
31. Viguer, J. M. Laboratorio y atlas de citología. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1995. Págs. 31-56.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**GUÍA PARA LA ESTADIFICACIÓN CLÍNICA**

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 1994)

**ESTADIFICACIÓN CLÍNICA**

Estadio "0": Carcinoma en situs (carcinoma preinvasivo)

Estadio "1": Carcinoma limitado al cuello uterino (extensión al cuello uterino debe de ser despreciada).

I a 1 ⇨ Invasión temprana al estroma (menor de 3 mm y de 7 mm de extensión horizontal)

I a 2 ⇨ Invasión al estroma con una profundidad mayor de 3 mm pero inferior a 5 mm con extensión horizontal de 7 mm.

I b ⇨ Lesiones del cuello uterino dividida así:

Ib1 ⇨ Lesión menor de 4 cm.

Ib 2 ⇨ Lesión mayor de 4 cm.

Estadio "2": El carcinoma se extiende fuera del cuello sin llegar a la pared pélvica y/o vagina sin llegar al tercio inferior.

II a ⇨ Con invasión vaginal (sin invasión parametrial)

II b ⇨ Con invasión parametrial

Estadio "3": El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica y al tercio inferior de la vagina y causa hidronefrosis o no función del riñón.

III a ⇨ Con invasión al tercio inferior de la vagina sin extensión a la pared pélvica.

III b ⇨ El carcinoma se extiende a la pared pélvica y causa hidronefrosis o no función del riñón.

Estadio "4" El tumor se ha extendido por fuera de la pelvis y a órganos vecinos.

IV a ⇨ Invasión o mucosa vesical o rectal o extensión más allá de la pelvis verdadera.

IV b ⇨ Metástasis a distancia (5.15)

**ANEXO 2**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**GUÍA PARA LA ESTADIFICACIÓN HISTOLOGICA**

**TIPO HISTOPATOLÓGICO**

**A. Epitelio:**

1. Carcinoma escamoso:
  - Cáncer microinvasor.
  - Cáncer invasor: Células queratinizadas, células no queratinizadas, células grandes y células pequeñas.
  
2. Adenocarcinoma:
  - Adenocarcinoma endocervical típico o clásico.
  - Adenocarcinoma endometroide..
  - Adenocarcinoma de células claras (túbulos quísticos y papilares).
  - Adenocarcinoma mucinoso (coloide intestinal).
  
3. Variante específico de adenocarcinoma:
  - Adenoma maligno.
  - Cáncer adenoide quístico.
  - Cáncer nefronífrico.
  
4. Carcinoma epitelial mixto:
  - Cáncer adenoescamoso.
  - Cáncer Glassy Cell.
  - Cáncer mucoepidermoide.
  - Cáncer dual primario.
  
5. Carcinoma neuroendocrino:
  - Carcinoide.
  - Cáncer de células pequeñas.

**B. Tumores mesenquimatoso:**

- Sarcomas.
- Adenosarcoma.
- Carcinosarcoma.
- Leiomiosarcoma.

**C. Tumores raros:**

- Melanoma.
- Coriocarcinoma primario.
- Tumores metastásicos(4,5,15)

**ANEXO 3**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**SISTEMA BETHESDA DE 1988 PARA REPORTE DEL DIAGNOSTICO DE LA  
CITOLOGIA CERVICOVAGINAL**

1. INFORME DE LA CALIDAD DEL ESPÉCIMEN

1. 1 Satisfactorio para la interpretación

1.2 Menos que óptimo

1.3 Insatisfactorio

Explicación para las muestras “Menos que óptimas” / “insatisfactorias”:

Celularidad escasa, mala fijación o preservación, presencia de material extraño (por ejemplo lubricante), parcial o completamente cubierto por inflamación, Parcial o completamente cubierto por sangre, excesiva citólisis o autólisis, ausencia de componentes endocervicales en mujer premenopáusica que tiene cérvix, no representativo del sitio anatómico, otros.

2. Categorización general: dentro de límites normales y, otros. Lea diagnóstico descriptivo. Complemente con acciones recomendadas.

3. Diagnóstico descriptivo:

3.1 Infección:

3.1.1 Hongos: organismos morfológicamente consistentes con *Candida* Sp. Y otros.

3.1.2 Bacterias: microorganismos morfológicamente consistentes con *Gardnerella* Sp. Microorganismos morfológicamente consistente con *Actinomyces* Sp. Cambios celulares sugestivos de infección por *Chlamydia* Sp. Sujeto a estudio confirmatorio. Otros.

3.1.3 Protozoos: *Trichomonas vaginalis* y Otros.

- 3.1.4 Viral: cambios celulares asociados a citomegalovirus. Cambios celulares asociados con virus del Herpes simple y Otros.
- 4. Cambios reactivos o reparativos:
  - 4.1 Inflamación: cambios celulares asociados y cervicitis folicular.
  - 4.2 Misceláneos: efectos de Terapia. Radiación ionizante. Quimioterapia. Efectos de dispositivos mecánicos (DIU). Efectos de exposición a estrógenos no esteroides (ej. Diethylstilbestrol). Otros.
- 5. Anormalidades de las células epiteliales
  - 5.1 Células escamosas.
    - 5.1.1 Células escamosas atípicas de significado indeterminado (recomendado seguimiento y/o realizar otro tipo de investigación).
    - 5.1.2 Lesión escamosa intraepiteliales (SIL): (comentar la presencia de cambios celulares asociados a VPH si es aplicable)
      - 5.1.2.1 Lesión Escamosa Intraepitelial de bajo grado, incluyendo: cambios celulares asociados a VPH. Displasia leve/Neoplasia Intraepitelial cervical grado I (NICI).
      - 5.1.2.2 Lesión escamosa intraepitelial de alto grado, incluyendo: Displasia Moderada/NIC II. Displasia severa/NIC III. Carcinoma In Situ/NIC III.
      - 5.1.2.3 Carcinoma de células escamosas: Células glandulares.
      - 5.1.2.4 Presencia de células endometriales en una de las siguientes circunstancias: fuera del período menstrual de la mujer. En una mujer postmenopáusica. Historia menstrual no asequible.
      - 5.1.2.5 Células glandulares atípicas de significado indeterminado (recomendado seguimiento y/o realizar otro tipo de investigación). Endometrial, Endocervical, Sin otra especificación.

5.1.2.6 Adenocarcinoma: especificar el probable sitio de origen: Endocervical, endometrial, extrauterino. Sin otra especificación.

5.1.2.7 Otra neoplasia maligna epitelial.

5.2 Neoplasia maligna epitelial (especificar)

6. Evaluación hormonal (aplicada solo a los extendidos vaginales): patrón hormonal compatible con la edad e historia, Patrón hormonal incompatible con la edad e historia. Especificar. Evaluación hormonal no posible. Espécimen cervical, Inflamación, Historia insuficiente del paciente. Otros. (5 ,6,8).

## ANEXO 4



**MINISTERIO DE SALUD**  
 Dirección General de Servicios de Salud  
 Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia



### SOLICITUD DE CITOLOGIA CERVICAL

Unidad de Salud: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Dirección exacta: \_\_\_\_\_

#### ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS

Gestas: \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_

FUR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Embarazo Actual: \_\_\_\_\_ Semanas de gestación: \_\_\_\_\_

Uso de método anticonceptivo \_\_\_\_\_ cuál \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_

PAP anterior \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

Biopsia anterior \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Resultado \_\_\_\_\_

#### DESCRIPCIÓN DEL CERVIX

ASPECTO	SECRECIÓN	IMPRESIÓN CLÍNICA
<input type="checkbox"/> Sano	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Enrojecido	<input type="checkbox"/> Leucorrea	<input type="checkbox"/> Inflamación
<input type="checkbox"/> Ectropión	<input type="checkbox"/> Hemorrágica	<input type="checkbox"/> Atrofia
<input type="checkbox"/> Tumoral	<input type="checkbox"/> Purulenta	<input type="checkbox"/> Tumor

Otros datos clínicos \_\_\_\_\_

Nombre de la examinadora \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frotis inadecuado por:<br><input type="checkbox"/> Frotis adecuado, pero limitado por<br><input type="checkbox"/> Frotis adecuado | <input type="checkbox"/> Hemorragia<br><input type="checkbox"/> Celularidad escasa<br><input type="checkbox"/> Abundantes polimorfonucleares<br><input type="checkbox"/> Mala fijación<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>Extensión incorrecta</b><br><input type="checkbox"/> Ausencia de células endocervicales |
|--|--|

#### NEGATIVA DE CELULAS MALIGNAS

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inflamación<br><input type="checkbox"/> Gardnerella vaginal<br><input type="checkbox"/> Candida sp<br><input type="checkbox"/> Herpes virus | <input type="checkbox"/> Abundantes bacterias cocoides<br><input type="checkbox"/> Tricomonas vaginales<br><input type="checkbox"/> Atrofia<br><input type="checkbox"/> Cambios regenerativos |
|--|---|

ATIPIA ESCAMOSA

ATIPIA GLANDULAR REACTIVA

#### LESION ESCAMOSA INTRA EPITELIAL DE BAJO GRADO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambios celulares de Papiloma virus (condiloma) | <input type="checkbox"/> Displasia leve / NIC I |
|--|---|

#### LESION ESCAMOSA INTRA EPITELIAL DE ALTO GRADO

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Displasia moderada / NIC II | <input type="checkbox"/> Displasia severa / NIC III / carcinoma in situ |
|--|---|

#### CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS INVASOR

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Atipia glandular de bajo grado | <input type="checkbox"/> Atipia glandular de alto grado |
|---|---|

Comentarios \_\_\_\_\_

#### RECOMENDACIONES:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Repetir PAP urgente | <input type="checkbox"/> PAP de control en 3 meses   | <input type="checkbox"/> Control post tratamiento |
| <input type="checkbox"/> Hacer colposcopia   | <input type="checkbox"/> Hacer curetaje endocervical | <input type="checkbox"/> Hacer biopsia dirigida   |

## ANEXO 5

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

#### FLUJOGRAMA

PASOS	METODO DE PAPANICOLAOU RAPIDO
1.	Resección de la muestra con hoja de solicitud de citología cervical.
2.	Registro del paciente en libro y etiquetación de éste. P = PAP, 05=años y numeración de acuerdo a la posición que ocupa en el número de registro.
3.	Fijación de la muestra durante 10 minutos con alcohol al 95.0%.
4.	Hidratación con agua estéril o del chorro.
5.	Reactivo con hematosilina de Harris 1.5 a 3 minutos.
6.	Lavar con agua pero no totalmente.
7.	Deshidratación de la muestra, sumergido en alcohol al 95.0%
8.	OG-6 (Orange 6) para teñir células de 3 a 10 minutos.
9.	Enjuagar con alcohol al 95.0% en dos cubetas.
10.	E-A -50.0% (Eosina asur) de 3 a 5 minutos. Tiñe células superficiales e intermedias.
11.	Enjuague con alcohol al 95.0%.
12.	Secar a temperatura ambiente.
13.	Montaje.
14.	El portaobjeto con la muestra se sumerge en Xilol
15.	Se coloca dos gotas de bálsamo de Canadá, luego se coloca el cubreobjeto.
16.	Se seca en el ambiente y en una superficie plana.
17.	Las láminas se ordenan por un tiempo de 5 años. Y las hojas de resultados de citología una se le entrega al paciente y la otra se deja archivada.

**ANEXO 6**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**UNAN-LEÓN**

Evaluación de los Conocimientos y Prácticas acerca de las actividades del Programa de Detección Oportuna del Cáncer (DOC) en mujeres del Mercado Central Raúl Cabeza L.

Somos estudiantes del VI año de Medicina preocupados por la salud y el bienestar de ustedes , por lo que pedimos su apoyo al contestar las siguientes preguntas con el objetivo de evaluar las actividades del DOC .

ENCUESTA No \_\_\_\_\_ FECHA \_\_/\_\_/\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Area: Verdura, refresco, derivados del maíz\_\_(1); Anexo\_\_(2);Carnes\_\_( 3)  
Abarrote\_\_(4); Plástico\_\_(5); Comida y Queso\_(6)

1. ¿Se ha hecho alguna vez el PAP ?

Si \_\_\_ (1) pasar a la pregunta 2.

No \_\_\_ (2) pasar a la pregunta 4.

2. ¿Cuándo fue la última vez que se lo realizó?\_\_\_\_\_

3. ¿Sabe para qué sirve el PAP ?

a) Detecta Cáncer Cérvico uterino: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

b) Detecta infecciones de transmisión sexual: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

c) No sabía nada: SI\_\_(1) NO\_\_(2).

d) Estado del cuello uterino: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

4. ¿ Por qué no se lo ha hecho ?

a) No es importante: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

b) Es caro: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

c) No tengo tiempo: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

d) No sabia que había que hacérselo: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

e) Pienso que es doloroso: SI\_\_(1) NO\_\_(2)

ENCUESTADOR \_\_\_\_\_

Gracias por depositar su confianza en nosotros

**ANEXO 7**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**UNAN-LEÓN**  
**Grupo focal**

Valorar los conocimientos practicas y respuestas de las mujeres del mercado central sobre las actividades del programa de Detección Oportuna del cancer cervico uterino - León

1. Instrucciones:

Venimos de parte de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua , somos estudiantes del VI año de Medicina preocupados por la salud y el bienestar de ustedes, para invitarlas a participar en un grupo que organizaremos con ustedes a fin de dialogar acerca de un tema de interés para todas, como es el Cáncer Cérvico uterino y su Detección oportuna. Les vamos hacer unas cuantas preguntas en la que todas ustedes pueden participar, sin temor a expresar su opinión. Les vamos a dar algunas indicaciones y vamos hacer algunas dinámicas para mantener su atención.

**2. Conocimientos sobre PAP: ¿Sabén ustedes qué es la prueba del Papanicolaou (PAP)?**. Podrían explicarnos, con sus propias palabras ¿Para qué sirve la prueba?. ¿Conocen de dónde les toman la muestra el médico?.¿Qué es lo que toma el médico como muestra?.¿A quiénes piensan ustedes que le debe tomar el PAP?

**3. Prácticas sobre PAP: ¿Se han hecho la prueba alguna vez?, ¿Cuándo fue la última vez que se la realizó?**. Cuéntenos, ¿Por qué no se la ha querido hacer la prueba de Pap?. ¿Qué tan satisfechas se sienten del Proyecto que llevamos a cabo nosotros como estudiantes de Medicina?. ¿Creen que le sirvió de algo?. ¿Cómo vio que estaba el lugar donde la atendieron?. ¿Las trataron bien?. ¿Qué es lo que más les gustó a ustedes del servicio?. Ahora, quieren explicar, ¿Porqué les gustó? ¿Qué es lo que menos les gustó del servicio?. ¿Porqué les disgustó?.

**ANEXO 8**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**UNAN-LEÓN**

**MATRIZ I** — Resumen de los Datos de los Grupos Focales

<b>Categorías y sus unidades</b>	<b>Grupo focal que se realiza el PAP anual</b>	<b>Grupo focal que no se ha realizado el PAP hace 5 años o que nunca se lo haya realizado</b>
<b>Conocimiento sobre PAP</b>  a) ¿Que es el PAP?		
b) ¿Para que sirve.		
c) ¿De donde se toma la muestra?		
d)¿Qué se toma de muestra?		
e) ¿ A quien se le toma		
<b>Prácticas sobre PAP</b>  ¿Se ha realizado el PAP?		
g) ¿ Cuando fue la ultima vez?		

**ANEXO 9**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**UNAN-LEÓN**

**MATRIZ II** — Síntesis de los grupos focales de las mujeres que se realizan el PAP anualmente y las que no o hace 5 años que se lo realiza

Categorías y sus unidades	Grupo focal que se realiza el PAP anual	Grupo focal que no se ha realizado el PAP hace 5 años o que nunca se lo haya realizado
<b>Conocimiento sobre PAP</b>		
a) Sabe que es el PAP?		
b) ¿Para qué sirve.		
c) ¿De dónde se toma la muestra?		
d) ¿Qué se toma de muestra?		
e) ¿ A quién se le toma		

<b>Prácticas sobre PAP</b> f) Sabe que es el PAP?		
g) ¿Cuándo fue la última vez que se tomaron la muestra?		
h) ¿Por qué no se ha hecho el PAP?		
i) ¿Sirvió de algo para las Mujeres?		

j) ¿Sirvió de algo el proyecto?		
k) ¿Cómo le pareció el lugar?		
l) ¿El trato fue bueno?		
m) ¿Qué es lo que más le gustó?		
n) ¿Por qué le gustó?		
o) ¿Qué es lo que menos le gustó?		
p) ¿Por qué le disgustó?		
h) ¿Por qué no se ha hecho el PAP?		
i) SPM		
j) ¿Le Sirvió de algo el proyecto?		
k) ¿Cómo estaba el lugar?		
l)¿Cómo la Trataron?		
m) ¿Que es lo que más le gusto?		
n)¿Por qué le gustó?		

**ANEXO 10**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**UNAN-LEÓN**

**MATRIZ III** — Para confrontar los problemas, posibles causas y soluciones propuestas para las mujeres del mercado central para la realización de las actividades del programa de detección oportuna del cáncer.

<b>Problemas</b>	<b>Posibles causas</b>	<b>Soluciones propuestas</b>
	-	

**ANEXO 11**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
**UNAN-LEÓN**

**RESUMEN DE LAS MATRICES\_(IV)**

<b>Categorías y sus unidades</b>	<b>Grupo focal que se realiza el PAP anual</b>	<b>Total</b>	<b>Grupo focal que no se ha realizado el PAP hace 5 años o que nunca se lo haya realizado</b>	<b>Total</b>
<b>Conocimiento sobre PAP</b> a) Sabe PAP	Examen que se hace a cualquier mujer para detectar problemas del útero	1	No sabe	4
	Evita ITS, detectarlas y prevenir cualquier infección.	3	Para detectar enfermedades	1
	Es un examen importante si ha tenido marido e hijos.	1	Es un examen que se hace todas las mujeres	1
	-Detecta el cáncer, ITS y el estado del cuello del útero.	3	Es un examen ginecológico	2
<b>b) pasirve</b>	Detectar ITS	1	Para darnos cuenta si hay tumores y quistes en el ovario.	1
	Es específico para detectar el cáncer.	3	Para ver cómo está el útero y las ITS.	2
	Examen para detectar hongos, úlceras en el cuello del útero.	1	Cáncer	2
	Para prevenir cualquier enfermedad	2	Infecciones	1
			SIDA	2
<b>c) Demuestra</b>	Del cuello de la matriz	5	Del útero	2
	De secreciones vaginales	2	De la vagina	1
	Residuos de la mujer	1	No sé	3
			De los órganos internos.	1
			De las trompas	1

<b>Categorías y sus unidades</b>	<b>Grupo focal que se realiza el PAP anual</b>	<b>Total</b>	<b>Grupo focal que no se ha realizado el PAP hace 5 años o que nunca se lo haya realizado</b>	<b>Total</b>
<b>d) Qmuestra</b>	Secreción o moco	6	Moco	4
	Células del cuello de la matriz	2	Pedacito del útero	3
			No se	1
<b>e) AQPAP</b>	Mujeres casadas	2	Mujeres vagas, prostitutas	3
	Mujeres mayores de 40 años	1	Todas las mujeres	1
	Mujeres EN edad reproductiva	1	Mujeres casadas	2
	Mujeres aunque no tengan marido	1	Mujeres con secreciones	1
	Mujeres que tengan hijo	1	Mujeres con hijos	1°

<b>Prácticas sobre PAPf)</b>				
<b>F) ShPAP</b>	Sí	8	Sí	5
			No	3
<b>g) Cufueu</b>	Hace 1 mes	6	Nunca	3
	Hace 3 mes	1	Hace 5 años	1
	12 meses	1	Hace 7 años	1
			Hace 10 años	1
			Hace 15 años	1
			Hace 20 años	1
<b>h) XQNPAP</b>	Por Menstruación	1	Es caro	4
			No es importante	2
			No visito médico	1
			Sólo para vagas y protitutas	1
<b>i) SPM</b>	Fue beneficioso	8	No le dí importancia	2
			Es benmficioso	3
			No sabe	3
<b>j) SirAl</b>	Si	8	No sé	1
			Por consultra	1
			Nos toman importancia	1
			No estaba	1
			Si	4
<b>k) Clugar</b>	Estaba adecuado	8	Esta adecuado	1
			Era en emergencia	1
			No sé	6
<b>l) TratoB</b>	Bie	4	Bien	2
	Muy amables	1	No sé	6
	Excelente	2		
	Muy profesionales	1		
<b>m) +gustó</b>	El buen trato y el interés	4	El interés y la importancia que les dieron	2

	Amabilidad	3	No sé	6
	Estimulación hacia nosotras	1		
<b>n) Xqlegustó</b>	Atención rápida	4	No sé	3
	Toma de muestras por mujeres	2	No opino	2
	Resultados entregados por médicos	1	Interés que les brindaron	2
	Los resultados se entregaron de forma rápida	1	Buen trato	1
<b>o) &lt;gustó</b>	Nos gustó todo	8	No opino	7
			No sé	1
<b>p) Xqdig</b>	No hubo respuesta	8	No hubo respuesta	8