

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas – León**



**Monografía para optar al título de:
Doctoras en Medicina y Cirugía**

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Autoras:

*Bra. Griselda Zavala Luna
Bra. Brenda Patricia Peralta Baca*

Tutores:

*Dra. Ofelia Rojas¹
Dr. Juan Almendárez²*

León, Agosto del 2005

¹ Doctora en Medicina y Cirugía. Anatomopatóloga. Profesora titular del Departamento de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN - León.

² Doctor en Medicina y Cirugía. Maestro en Salud Pública. Profesor titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de León.

DEDICATORIA

A DIOS: Nuestro padre celestial, quien ha guiado mis pasos y me ha inspirado en estos duros años de formación permitiéndome lograr uno de mis mas grandes sueños, llegar hasta la meta a quien le agradezco todo lo que tengo y ser lo que soy.

A MI MADRE ROSA HAYDEE LUNA RIVERA: Por su apoyo incondicional, sacrificio, paciencia, dedicación, por su amor y ternura por enseñarme el valor de la vida, por ser mi mas grande admiración y por todo su esfuerzo que ha hecho hasta el ultimo día de mi carrera, por todo eso y por todo el amor que le tengo. **“ GRACIAS MAMA. ”**

A MI PADRE HILDEBRANDO ZAVALA ZAPATA.Por su apoyo incondicional y su esfuerzo dedicado durante todos estos años de mi carrera.

A MIS HERMANAS: CÁNDIDA Y ROSA MARIA ZAVALA LUNA.Quienes han sabido comprenderme y me han apoyado cuando mas las he necesitado y con su paciencia y amor me han alentado a continuar.

A MI FUTURO ESPOSO: CESAR A. CARDENAS OROZCO.Por su amor , ternura , comprensión ,apoyo incondicional en este tiempo juntos y por respetarme y dedicarme su tiempo

PENSAMIENTO:Mis pies han seguido sus pisadas; permanecí en su camino sin apartarme de él (salmo 23, versículo 11)

GRISELDA ZAVALA LUNA

DEDICATORIA

Con mucha humildad y respeto dedico:

En primer lugar a **Dios**, quien lleno mi vida de Fe y Esperanza para poder recorrer con ánimo mi camino hacia el futuro.

A mis **Padres** (q.e.p.d.) quienes con cariño y esmero me condujeron por el difícil camino del saber y al no lograr ver cumplida sus metas; a Dios doy gracias por no haberlos defraudado.

A mis **Seres Queridos** que siempre me apoyaron dando animo para forjar mi futuro.

A mi **Esposo** por su amor y cuidados para continuar esforzándome en la culminación de mi carrera.

Brenda Peralta Baca.

OPINIÓN DE LA CATEDRÁTICA GUIA.

El trabajo monográfico presentado por las Bachilleras Griselda Zavala Luna y Brenda Patricia Peralta Baca, para optar al título de Doctoras en Medicina y Cirugía titulado: **DIAGNOSTICO DE SITUACION DE LOS SERVICIOS PUBLICOS PARA LA DETECCION Y ATENCION AL CANCER CERVICO UTERINO EN EL CASCO URBANO DE LA CUIDAD DE LEON, AGOSTO 2005**; es de tipo evaluativo referente a los recursos humanos, como materiales, en el Programa de Detección y Atención del Cáncer del Cuello Uterino; el mismo por su naturaleza tiene pocos antecedentes, esto sumado a la importancia de esta patología en nuestro país y los resultados obtenidos, lo hacen una investigación de interés en el campo de la salud.

Además las autoras cumplieron con los diferentes requisitos tanto en el aspecto ético como los metodológicos.

Los resultados son un aporte valioso para los servicios de salud.

Dra. Ofelia Rojas Berrios.

Patóloga.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios en primer lugar por habernos permitido culminar nuestra meta dándonos sabiduría y fortaleza y guiándonos por el camino correcto a lo largo de nuestra carrera.

En especial a dos personas que desinteresadamente nos dedicaron su invaluable tiempo para la tutoría y asesoramiento de esta tesis aportándonos sus conocimientos y vasta experiencia de guía para llevar a cabo este estudio sin ellos no hubiésemos concluido nuestro estudio:

1) Dra. Ofelia Rojas.

2) Dr. Juan Almendarez.

A nuestros maestros por su enseñanza y aprendizaje a lo largo de nuestra carrera por su empeño y dedicación transmitiéndonos sus conocimientos para ser buenos profesionales en el futuro.

A las pacientes, pilar fundamental de nuestro estudio y a todas aquellas personas que de manera desinteresada contribuyeron valiosamente a la realización del mismo.

Br. Griselda Zavala Luna

Br. Brenda Patricia Peralta Baca

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo – evaluativo de corte transversal para Identificar la disponibilidad de recursos humanos, insumos médicos y no médicos, infraestructura, equipo e instrumental y tecnología en las diferentes unidades pública del sector salud, así como sus efectos en la satisfacción de las usuarias en las unidades de salud del casco urbano de la ciudad de León.

Para ello se aplicaron algunas encuestas y guías de observación en Dos puestos de Salud por cada uno de los Centros de Salud, los tres Centros de Salud, el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello”, el laboratorio del departamento de Patología del HEDORA.

Encontramos que el trabajo de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino se impulsa desde el Ministerio de Salud centrado en muchas dificultades que afectan la calidad del mismo como la escasez de técnicos y matearles recursos sustantivos que afectan la percepción del usuario y la calidad de las tomas de las muestras; existen pocos esfuerzos en la capacitación del personal que atiende las acciones del programa; existe una gestión con espacios de actuación hacia la promoción y el desempeño de personal limitada por la carencia de recursos y el poco desarrollo de iniciativas; Inadecuada comunicación entre los dos niveles de atención. Por otro lado la satisfacción de las usuarias es adecuada con ambos niveles de atención, sin embargo Se sugieren mejoras en el trato del personal hospitalario y en los procesos de atención, así como un relanzamiento a la estrategia tomando en cuenta las características y las implicancias de dicho esfuerzo.

Indice

| Contenido | Pagina |
|---------------------------------|---------------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Antecedentes | 4 |
| III. Planteamiento del problema | 6 |
| IV. Justificación | 6 |
| V. Objetivos | 7 |
| VI. Marco Teórico | 8 |
| VII. Diseño Metodológico | 31 |
| VIII. Resultados | 39 |
| IX. Discusión | 57 |
| X. Conclusiones | 60 |
| XI. Recomendaciones | 61 |
| XII. Bibliografía | 62 |
| XIII. Anexos | 66 |

I.- Introducción:

En nuestro país el Cáncer Cervico Uterino continua siendo un problema de Salud Publica, a pesar de que se trata de una enfermedad vulnerable a través de la detección temprana y de tratamiento oportuno de sus lesiones precursoras.

El costo social a consecuencia de esta enfermedad es considerable. Durante el curso de la enfermedad se requiere hospitalizaciones prolongadas con agravantes en el entorno familiar; el diagnóstico de una lesión de alto grado y más aún cáncer invasor en una mujer conlleva a un caos emocional que afecta a ella y su núcleo familiar y éste es más severo cuando la mujer es la cabeza de la familia. Desde el punto de vista económico la mujer aporta mucho a la familia y a la sociedad, si la mujer muere cuando ha alcanzado la experiencia laboral y social, traslada roles y responsabilidades a la generación de relevo, dejando truncado el potencial humano que ella aporta para el desarrollo de la familia y del país, sin dejar atrás la posibilidad de que los hijos menores de 5 años mueran se eleva en un 50% en los países en vías de desarrollo.

La detección del carcinoma in situ, el cual se considera una etapa temprana del carcinoma cervical, ha aumentado en forma importante; este aumento tal vez sea el resultado de la mayor frecuencia con que se realizan estudios citológicos¹. Su calidad debe de asegurarse en los diferentes niveles de atención desde la identificación de la población en riesgo, la calidad de la muestra representada mayoritariamente por muestras inadecuadas, e insatisfactorias, el seguimiento inadecuado de las pacientes con diagnostico de lesiones intra epiteliales de alto grado, y la pobre corresponsabilidad de las pacientes y sus parejas respecto a su patología posiblemente debido a falta de educación acerca de la misma. Siendo necesario que cada uno de estos elementos llene lineamientos de máxima calidad².

En este sentido, la definición de *buena calidad* de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. La dificultad estriba principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional entre otros factores³.

Desde el punto de vista del paciente, es conocido por ejemplo, que para algunos una consulta médica de buena calidad debe ser breve y dirigirse directamente al punto problemático, mientras que para otros la entrevista médica sólo será satisfactoria si el médico destina una buena parte de su tiempo a oír los pormenores de la naturaleza, historia y características de los síntomas que aquejan al paciente.

Desde el punto de vista del médico (como exponente principal del proveedor de salud) tampoco existe un patrón estrictamente uniforme de lo que puede considerarse atención médica de buena calidad. Se acepta, por lo menos, que ésta tiene una relación con el estado del conocimiento actual y el empleo de la tecnología correspondiente. Si un médico utiliza un procedimiento anticuado para tratar una dolencia, no podrá decirse que está brindando atención médica de calidad. Tampoco podrá afirmarse esto si procede a indicarle a un paciente una prueba diagnóstica o un tratamiento que no es el reconocido (digamos que por la “comunidad médica”) para la supuesta enfermedad, ni siquiera si el paciente está complacido con el procedimiento empleado. Las tendencias más modernas de la atención sanitaria (la llamada “Medicina Basada en la Evidencia”) abogan porque las prácticas médicas estén profundamente basadas en la evidencia científica de que realmente son las idóneas para cada caso. Sin embargo, muchos alegan que la práctica de una medicina totalmente basada en la evidencia científica podría conducir a una deshumanización de la relación médico paciente, algo que tampoco debería considerarse deseable.

Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia

puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible.

En general cuando nos referimos a un problema tan grave es de interés del Ministerio de Salud la detección precoz como al paciente su salud y el cáncer es un problema de salud muy temido, el proceso de atención en unos momentos se considera una invasión a la privacidad de las personas, sin embargo en otros momentos significa una elevada dosis de ansiedad y temor, elementos que van a privar en una determinada valoración del servicio por parte de las usuarias y en mayor demanda de relaciones interpersonales por parte de los proveedores de servicios de salud.

Nuestro estudio trata de medir la calidad de los servicios del Programa Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino a partir de sus componentes: La estructura (y de ellas lo específicamente lo la disponibilidad de algunos insumos y gerencia del programa), los procesos (en lo relacionado a la toma de las muestras citológicas, aspectos de la gerencia del programa y aprovechamiento de los recursos de laboratorio) y resultados (en lo relativo a satisfacción de usuarias en diferentes momentos de la atención, cobertura) para ello es necesario identificar la disponibilidad de recursos dirigidos al diagnóstico temprano así como de tratamiento oportuno del cáncer cérvico uterino en las unidades de salud, aspectos de su gerencia y satisfacción de las usuarias en el casco urbano de León de tal manera que nos permita formular una propuesta organizativa de los servicios que faciliten el mejoramiento de la calidad del programa.

II.- Antecedentes:

Los tumores del cuello uterino representan, a nivel mundial, cerca de un 10% de los tumores de la mujer. Ocupan el segundo lugar o el tercer lugar en frecuencia, después del cáncer de mama (21% de los casos) y aproximadamente al mismo nivel que los tumores de colon y recto (9,5-10,1% de los casos según estimaciones). En cifras crudas, el cáncer de cérvix representa cerca de 470.000 nuevos casos por año⁴. Sin embargo, el 80% de estos cánceres se diagnostican en países no desarrollados.⁵ En las poblaciones más desarrolladas el número de casos estimado es de 105.000 y en los países en desarrollo las estimaciones se aproximan a los 364.000 casos por año.

El Test de Papanicolaou, o citología cervicovaginal, sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para cribado de lesiones precursoras de Cáncer Cérvico Uterino frente a otras disponibles (inspección visual, colposcopia, cervicografía, técnicas de identificación de HPV)⁶. En los países en que se tienen campañas de detección adecuadas con el estudio citológico cervical, se ha observado una importante disminución de la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino, atribuible a la detección de las lesiones precursoras y preinvasoras, displasias o neoplasias intraepiteliales cervicales en las que el diagnóstico oportuno ofrece la posibilidad de tratamiento exitoso a un menor costo, tanto social como para los servicios de salud⁷.

Las tasas de incidencia de Cáncer Cérvico Uterino varían de un país a otro y aun en diferentes áreas de un mismo país, y la incidencia más alta de esta patología esta en Latinoamérica, se estima que una de cada 100 mujeres entre los 35-55 años padece Carcinoma Cérvico Uterino. En Nicaragua el Ministerio de Salud para 1982-1991 refleja en el país un total de 1,600 muertes por Cáncer de cérvix es decir 160 muertes anuales.⁸

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Durante el año 2002 se registraron 213 defunciones por esta causa. El 45% ocurrió en mujeres con edades de 20 a 34 años. Los SILAIS con mayor incidencia de muertes por causa de Cáncer de Cérvix durante los años 2000-2004 fueron: Managua, León, Chinandega, Chontales, Masaya, Matagalpa y Rivas. La cobertura de citologías vaginales promedio en el Ministerio de Salud durante los últimos tres años ha sido del 10%.⁹

Según el reporte del Centro Nacional de Radioterapia en el año 2003 se detectaron 309 pacientes con Cáncer de Cérvix, pero en el año 2004 se incremento el tratamiento de quimioterapia atendándose 724 casos.¹⁰

Durante los años de 1999-2002, en un estudio realizado por la Doctora Delgadillo B., en pacientes del Departamento de León, reportó que la tasa de incidencia para carcinoma invasor fue del 35.6% por 100,000 mujeres y para carcinoma in situ fue de 39.6% por 100,000 mujeres. Así mismo en el Departamento de Chinandega la incidencia reportada para carcinoma invasor en los años 1999-2000 y 2001 fue de 18.5, 10.5 y 28.5 por 100,000 y para el carcinoma in situ en el mismo periodo fue de 2.1, 8,4 y 14.2 por 100,000 respectivamente.(Oviedo y Brenes).¹¹

Aunque carecemos de un adecuado registro de cáncer a nivel nacional, existe un registro histopatológico en la ciudad de León en el Departamento de Patología del HEODRA que inicia en 1987-1999. A partir del año 2000 se realizan esfuerzos para mejorar dicho sistema, tratando de llevarlo a nivel nacional en base a las pacientes diagnosticada en el departamento.¹²

Si bien los estudios realizados y los registros existentes nos indican de la magnitud del problema, los estudios alrededor de la calidad que se han realizado no son suficientes para valorar la situación del programa ni para orientar cambios sustanciales, por lo que se hace necesario realizar un estudio sobre la situación del programa en lo referentes a su estructura, específicamente en lo relacionado a la oferta de servicios en todos los niveles.

III.- Planteamiento del problema:

¿Cuál es la situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León?

En lo relacionado a:

- ✓ La disponibilidad de recursos humanos, insumos médicos y no médicos, la Infraestructura, equipos e instrumental.
- ✓ La toma, referencia y manejo de las muestras citológicas
- ✓ La satisfacción de usuarias en diferentes momentos del proceso de atención
- ✓ La gerencia del programa

IV.- Justificación:

Los resultados del presente estudio identificarán las principales fortalezas y dificultades del programa “Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino” en aspectos que podrían mejorarse mediante diseños de procesos organizacionales. Mejorando la calidad del programa en cuanto a su eficiencia y eficacia.

V.- Objetivos:

Objetivo general:

Identificar la disponibilidad de recursos humanos, insumos médicos y no médicos, infraestructura, equipo e instrumental y tecnología en las diferentes unidades pública del sector salud, así como sus efectos en la satisfacción de las usuarias en las unidades de salud del casco urbano de la ciudad de León.

Objetivos específicos:

- 1) Elaborar un diagnóstico acerca de la disponibilidad de recursos humanos calificados, insumos médicos y no médicos, infraestructura, equipo, instrumental y tecnología para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del Cáncer Cervico Uterino en las diferentes unidades de salud.
- 2) Valorar la gerencia y organización de la red de servicios mediante la descripción de los aspectos gerenciales del sistema de salud a fin de facilitar los procesos del diagnóstico temprano así como del tratamiento oportuno.
- 3) Establecer el nivel de satisfacción que tienen las usuarias con los procedimientos realizados en cada una de las etapas del seguimiento del Cáncer de Cérvix.

VI.- Marco Teórico

3.1. Definición:

Los carcinomas cervicales invasores son el estadio final de un espectro continuo de alteraciones epiteliales, en las que un estadio da lugar al siguiente de manera imperceptible. La evolución a cáncer invasor, a partir de la lesión inicial, puede durar hasta 20 años y no todas las mujeres que presentan las lesiones precursoras desarrollan la forma invasora de esta enfermedad. La lenta evolución de la enfermedad y la accesibilidad de células del cérvix para su estudio permiten tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente¹³. Siendo la más importante la educación acerca del problema por parte de la población, personal y autoridades de salud.

3.2. Historia Natural de la Enfermedad:

El Cáncer Cérvico Uterino, es el resultado de un proceso dinámico que se inicia, probablemente a partir de una infección viral, aunada a factores de riesgo, pasando por una etapa preinvasora. Este proceso es asintomático y de evolución muy lenta, lo que permite diagnosticar y tratar oportunamente este padecimiento. El Cáncer Cérvico Uterino tiene una evolución bien identificada, con la presencia de lesiones precursoras denominadas "Displasias", las cuales se clasifican en leves, moderadas y severas, según la gravedad de las alteraciones. Estudios previos han demostrado que el tiempo que transcurre entre una displasia leve hasta un cáncer invasor es de 10 a 20 años, lo cual permite a través de la detección temprana interrumpir el curso de la enfermedad.

Los Carcinomas Cervicales y Endometriales son los tipos de cáncer del aparato genital femenino más comunes y constituyen aproximadamente del ocho al nueve por ciento de todas las enfermedades malignas que se diagnostican en los Estados Unidos de América. En el mundo, la enfermedad es más común en la mujer latinoamericana y menos común en las mujeres judías y europeas y más prevalente en mujeres de bajo nivel socioeconómico.¹⁴

3.3. Estadios o etapas del Cáncer Cervicouterino:

Las siguientes etapas se usan en la clasificación del Cáncer Cervico Uterino:

- ❖ **Estadio 0 o carcinoma in situ.** El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.

- ❖ **Estadio I.** El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.
 - **I-a:** una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.

 - **I-b:** una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.

- ❖ **Estadio II.** El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.
 - **II-a:** el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.

 - **II-b:** el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.

- ❖ **Estadio III.** El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).

- ❖ **Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
 - **IV-a:** Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)

 - **IV-b:** Diseminación a órganos dístales como los pulmones.

- ❖ **Recurrente.** Enfermedad recurrente (**recidiva**) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.

3.4. Métodos actuales para su detección:

Uno de los avances más importantes en el tratamiento de la neoplasia de cérvix ha sido la identificación de las lesiones precursoras, las cuales han sido objeto de diferentes clasificaciones. La primera clasificación se realizó en 1930 y se designó con el término de displasia. De acuerdo a su gravedad se denominaba: leve, moderada o severa. En 1968 se acuñó el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC), con diferentes

grados: NIC I, NIC II, NIC III o carcinoma in situ. En estas dos últimas clasificaciones el porcentaje de epitelio involucrado en la lesión define el grado de la misma, correspondien

| Cuadro 1 | | |
|---|----------------|---------------------------|
| Sistemas de clasificación de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino. | | |
| Sistema Bethesda | Richart | OMS |
| LEIBG | IPVH | |
| | NIC I | Displasia leve |
| LEIAG | NIC II | Displasia moderada |
| | NIC III | Displasia severa o |
| | | Carcinoma in situ |
| ASCUS | | |

do la displasia leve al NIC 1, la moderada al NIC II y la severa al NIC III.

La clasificación más reciente es la desarrollada en 1988-2001 y se conoce como el Sistema Bethesda. Con ella se originó el concepto de lesiones escamosas intraepiteliales, subdividiéndose en lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LEIBG) y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (LIEGA).

En las LEIBG quedan incluidas las infecciones por papiloma virus humano (PVH) y la displasia leve o NIC I. Las displasias moderada y severa o NIC II-III quedan agrupadas en las LEIAG (4). Las equivalencias de los tres sistemas de clasificación se observan en la cuadro 1ⁱ.

El Sistema Bethesda contempla una nueva categoría, las células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS). Estas células no satisfacen los criterios de las LEIBG; sin embargo, presentan anomalías menores que anteriormente se clasificaban como atípicas. El significado que estas células tienen en el desarrollo de la patología cervical, aún no es claro¹⁵.

3.4.1 Citología.

La citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou, también conocida como PAP, es la prueba más ampliamente utilizada para la detección oportuna de CaCu. El fundamento de esta técnica tiene sustento en dos conceptos: la diferenciación escamosa de las células cervico vaginales y los cambios morfológicos celulares que ocurren en estas células cuando hay patología. Esta técnica está basada en el estudio de las características morfológicas del núcleo, citoplasma y relación núcleo-citoplasma de las células que son tomadas del endo y ecto cérvix y de la unión escamocolumnar o epitelio de transición que es el sitio donde se inicia el Cáncer de Cuello Uterino¹⁶.

Para que el Programa Nacional de Detección Oportuna del Cáncer (PNDOC) pueda cumplir con su objetivo, disminuir la morbi-mortalidad del CaCu, se requiere que todos los siguientes factores se cumplan:

1. Conocimiento y aceptación del programa por las mujeres. Esto implica que las mujeres acudan según las normas a realizarse la prueba y no esperen a tener

ⁱ LEIBG: Lesión intraepitelial de bajo grado; LEIAG: Lesión intraepitelial de alto grado; ASCUS: Células escamosas atípicas de significado indeterminado; IPVH: Infección papilomavirus humano; NIC: Neoplasia cervical intraepitelial

sintomatología, ya que en esos casos, el objetivo del programa que es prevención se ha perdido.

2. Toma de muestra adecuada: Este factor es de gran importancia, por lo que se hace necesario que el personal encargado de tomar las pruebas realizar el extendido y la fijación inmediata estén capacitado adecuadamente para que la muestra contenga la cantidad y calidad de células suficientes para poder ser valorada, al igual que tiene que contar con el equipo y facilidades en buenas condiciones, de no ser así los resultados de la prueba no son confiables¹⁷.
3. Realizar tinción de calidad con reactivos vigentes, para evitar la aparición de artificios que pudieran interferir con las lecturas.
4. Interpretación adecuada de las laminillas por personal que esté en constante capacitación y que siga un control de calidad.

A nivel mundial se ha podido determinar, que dos terceras partes de los falsos negativos son resultados de errores en la calidad de las muestras y la otra tercera parte es resultado de errores en la interpretación. Esto ha llevado al desarrollo de nuevas técnicas en países desarrollados, cuyo objeto es mejorar la calidad de la muestra y disminuir los errores de interpretación con el fin de reducir los falsos negativos. Sin embargo el MINSA rector de la salud en Nicaragua no cuenta con dichas técnicas por ser un país en desarrollo.

3.4.1. a. El ThinPrep o Thin-layer: es una nueva tecnología para el procesamiento de muestras, las cuales son colectadas como una citología convencional usando un cepillo cervical o espátula de plástico. Inmediatamente son depositadas en una solución fijadora, lo cual dispersa las células para posteriormente colectarlas selectivamente en un filtro y transferirlas a una laminilla para continuar con el procedimiento. Cuando se elabora el frotis con este procedimiento se eliminan elementos inflamatorios, moco y

sangre. Este método mejora la calidad de los frotis, lo que conlleva a la disminución de errores en la lectura¹⁸.

3.4.1.b. El PAPNET es un procedimiento que se implementó para disminuir los errores en la lectura de las laminillas. Con esta técnica el diagnóstico inicial es realizado por computadora; comparándose las células de las laminillas con 128 imágenes de células o grupos de células con características de anormalidad que se tienen almacenadas en la memoria. Se identifica alguna imagen de anormalidad las laminillas son revisadas por un Cito tecnólogo(a) o Patólogo(a) para definir el diagnóstico. Este método disminuye las variaciones de interpretación que surgen de la subjetividad del profesional encargado de realizar la lectura, lo que conduce a disminuir la variabilidad Inter.-laboratorio, aumentando la certeza del diagnóstico¹⁹.

3.4.1.c. El AutoPap 300QC es un sistema computacional que utiliza un scanner de alta resolución diseñado para el estudio de frotis cervicovaginales teñidos con Papanicolaou. Este sistema es capaz de leer 280 preparaciones de una sola vez. Las imágenes obtenidas por medio de un microscopio, son interpretadas por un software que clasifica las imágenes en una escala de 0-1.0 de acuerdo a características de densidad celular y de la forma de las mismas. De esa manera, las laminillas son divididas en dos categorías: “revisar” y “no revisar”. Las clasificadas como “revisar” deberán ser examinadas por personal calificado para definir el diagnóstico, y las clasificadas como “no revisar” pueden ser almacenadas inmediatamente. Este sistema no puede utilizarse con preparaciones líquidas ni en pacientes de alto riesgo.

Para poder utilizar los dos últimos sistemas antes mencionados se requiere que las muestras se elaboren en monocapa y con coloraciones estandarizadas, además de usarse equipo costoso. Lo anterior las hace inaccesibles a los países en desarrollo que son los que presentan índices más altos de mortalidad por CaCu, además de no estar exentas de falsos negativos.

3.4.2. Colposcopia.

La colposcopia es el estudio del cérvix a través de un microscopio, para observar detalles del epitelio y vasos sanguíneos. Antes de iniciar el estudio, es necesaria la aplicación de ácido acético al 3 ó 5% para ayudar a discriminar el epitelio normal del anormal²⁰. El ácido acético es aplicado directamente en el cérvix con torundas de algodón.

En los epitelios dañados hay un aumento de la permeabilidad de la membrana celular, lo que permite que el ácido penetre y cause aglutinación de proteínas, fenómeno responsable del color blanco que toma el epitelio enfermo. Inicialmente el cérvix debe ser observado a través de un lente de bajo poder para identificar el color en su conjunto y de encontrar zonas con coloración anormal, reconocerlas y situarlas topográficamente. Los cambios en el color de epitelio se clasifican en leucoplasias y epitelio aceto blanco, con varios grados de intensidad, dependiendo de la gravedad de la lesión²¹.

Posteriormente se debe progresar hacia un mayor aumento para examinar el patrón vascular; cuyo estudio es fundamental en esta prueba. El uso del filtro verde es de gran ayuda para la visualización de la angioarquitectura, ya que los vasos sanguíneos se ven negros y son fácilmente reconocidos contra el fondo rosado del epitelio. Cambios en los vasos sanguíneos dan como resultado imágenes de puntilleo, mosaico y vasos anormales²².

La valoración colposcópica permite identificar cualquier lesión del cérvix y emitir un diagnóstico con cierto grado de certeza. Existen algunos criterios que permiten establecer si la colposcopia ha sido satisfactoria: la visualización total de la zona de transición y la identificación de los límites de la lesión. Si ambas premisas se cumplen se puede decir que la prueba ha sido satisfactoria. Variaciones y gradaciones de los cambios de coloración de epitelio y del patrón vascular previamente mencionados pueden ser agrupadas en índices colposcópicos que son guías para el diagnóstico²³.

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

En el cáncer micro invasor la lesión presenta un borde elevado y superficie irregular; los vasos sanguíneos tienen alteraciones en la forma, tamaño, calibre, dirección y arreglo. Todas las características descritas previamente se acentúan al progresar la lesión²⁴.

La colposcopia es considerada una técnica más sensible, menos específica y de mayor costo que la citología para la detección de enfermedad cervical preinvasiva e invasiva. Su utilización puede reducir significativamente los porcentajes de falsos negativos de la citología.

Diversos estudios han reportado una sensibilidad para las lesiones premalignas entre el 80 y 90% y una especificidad de 50%; sin embargo, estos valores se incrementan considerablemente (por arriba del 90%) en cáncer invasor²⁵.

Una de las mayores desventajas es su baja especificidad, lo que provoca la presencia de falsos positivos, ya que algunas de las lesiones blancas presentes durante el examen colposcópico, son indicativas de cervicitis crónicas, que pueden ser confundidas con lesiones producidas por PVH o Neoplasia Intraepitelial Cervical.

Como todo método, la colposcopia tiene limitaciones; una de ellas es la edad de las pacientes, ya que en las mujeres posmenopáusicas la unión escamocolumnar tiende a introducirse en el canal endocervical, haciendo difícil su valoración, ocasionando un 6% de falsos negativos y hasta 18% de colposcopias insatisfactorias.

La colposcopia no es un método de diagnóstico definitivo; es una importante herramienta en el estudio de mujeres con resultados de citología anormal, ya que por medio de ella se verifica la presencia de una lesión, se determina su topografía, extensión y severidad, y permite tomar una biopsia dirigida. Sin embargo, el diagnóstico final y requisito indispensable para aplicar un proceso terapéutico es el histopatológico²⁶.

3.4.3. Histopatología

El estudio histopatológico de una biopsia de la lesión es el método diagnóstico de certeza. Las lesiones premalignas más leves son las NIC I, que consisten en la presencia de células anormales en la tercera parte inferior del epitelio, conservando las otras dos terceras partes su arquitectura normal.

El siguiente cambio en el espectro de la enfermedad, consiste en la aparición de células anormales en dos terceras partes del epitelio, presentando diferenciación persistente (pero anormal) hacia las capas de células espinosas y queratinizadas. Estas lesiones entran dentro de los límites de la NIC II. A medida que la enfermedad avanza, hay una pérdida progresiva de la diferenciación que afecta a más y más capas del epitelio, hasta que éste queda sustituido totalmente por células anormales, que no muestran ninguna diferenciación en su superficie. Esta lesión pertenece a las NIC III o el llamado cáncer *in situ*.

Cuando las células neoplásicas del epitelio cervical logran invadir el estroma hasta la profundidad máxima de 3 mm bajo la base del epitelio y no hay datos de invasión del espacio vascular linfático se le llama Cáncer Cérvico Uterino micro invasor. Cuando la invasión excede de 3 mm o hay invasión del espacio linfático vascular, la lesión se considera como Cáncer Cérvico Uterino francamente invasor²⁷.

3.4.4. Detección de ADN de Papiloma virus humanos (PVH).

Actualmente existe evidencia de que la infección por ciertos genotipos de PVH es una causa necesaria para el desarrollo del CaCu, por lo que el diagnóstico de estos virus está siendo valorado como una posible herramienta más en la prevención de esta enfermedad²⁸.

En las dos últimas décadas, el desarrollo de la biología molecular ha sido explosivo, implementándose técnicas de gran utilidad para la investigación y el diagnóstico clínico. En el caso específico de los PVH, solamente existe una prueba avalada por la Food and Drug Administration de E.U.A. (FDA) para uso clínico: la captura de híbridos²⁹.

El fundamento de esta prueba es la formación de híbridos de ARN-ADN, que se cuantifican por medio de quimioluminiscencia. Se toman células del endo y ecto cérvix con un cepillo y se depositan en un medio de transporte especial que conserva la muestra a temperatura ambiente, al mismo tiempo que lisa las células.

El diagnóstico se realiza mezclando la muestra biológica con dos soluciones que contienen ARN de PVH. Si la muestra tiene ADN de PVH, se formará un híbrido ARN-ADN, complejo que es capturado en la superficie de una placa que contiene anticuerpos contra esta molécula híbrida. Posteriormente se añade un segundo anticuerpo conjugado con fosfatasa alcalina dirigido al complejo ARN-ADN. Para poner de manifiesto el complejo, se añade un substrato quimiolumincente de la fosfatasa alcalina (dioxetane). La reacción química entre la fosfatasa alcalina y el dioxetane produce luz, la cual es medida como unidades relativas de luz en un luminómetro, cuya intensidad es proporcional a la cantidad de ADN de PVH que hay en la muestra.

Esta técnica se realiza por medio de un estuche comercial que contiene dos mezclas de ARN. Una de ellas que detecta de una manera genérica genotipos de bajo riesgo y otra de genotipos de alto riesgo; no proporciona información sobre el genotipo específico presente en la muestra.

Actualmente, la captura de híbridos es considerada la prueba ideal para la detección de PVH en muestras clínicas³⁰. Las ventajas de esta prueba son: rapidez, alta sensibilidad, excelente valor predictivo negativo, la posibilidad de poder analizar muchas muestras simultáneamente, se requiere poco personal, la lectura es computarizada (por lo tanto no es subjetiva), es reproducible y no tiene diferencias inter-laboratorios.

Su desventaja sería la inespecificidad en cuanto al tipo de lesión y de PVH, ya que una prueba positiva no indica el genotipo específico de PVH ni el tipo de lesión. La principal aplicación de esta prueba, es en mujeres con resultados de ASCUS o LEIBG.

La determinación de PVH por medio de captura de híbridos, podría evitar procedimientos terapéuticos innecesarios en las mujeres que tienen lesiones asociadas a virus de bajo riesgo.

Mucho se ha escrito sobre el valor que pudiera tener el añadir pruebas moleculares de identificación de PVH de alto riesgo, a la citología, como método de tamizaje.

En aquellos países en los cuales existe un Programa de Detección Oportuna de Cáncer (DOC) efectivo, con un buen control de calidad, bien organizado y con cobertura amplia, el añadir pruebas de PVH a la toma de citología, debe basarse en el costo-beneficio y en el aumento del valor predictivo al programa ya existente. En contraste, cuando nos encontramos en un país donde no existen programas efectivos de DOC, o éste es de baja calidad y/o de poca cobertura, mejorar la calidad del programa es una prioridad.

Existen casos muy especiales que valdría la pena considerar de una manera aparte. En los últimos años se han realizado estudios para validar la detección de PVH de muestras de vagina tomadas por las pacientes (auto-tomas) como una posible opción de detección primaria en aquellas mujeres que no acuden a tomas de citología. Los resultados de las investigaciones han indicado que la identificación de PVH de alto riesgo, de las muestras tomadas de vagina, tiene la misma sensibilidad que la citología para la detección de lesiones cervicales de alto riesgo en mujeres mayores de 35 años³¹.

Los resultados de los estudios anteriores abren la posibilidad de realizar detección oportuna en circunstancias especiales, en las cuales las mujeres por la vergüenza o incomodidad que presenta la toma de la muestra, especialmente en mujeres ancianas,

por inaccesibilidad geográfica al servicio de salud o simplemente por cuestiones culturales no acuden al programa. En estos casos la auto-toma de células vaginales para determinación de PVH de alto riesgo podría ser una opción.

3.5. Tratamiento del Cáncer Cervicouterino

Existen tratamientos para todas las pacientes con Cáncer Cérvico Uterino. Se emplean tres clases de tratamiento:

- ❖ **Cirugía** (extracción del cáncer en una operación)
- ❖ **Radioterapia** (radiaciones de alta energía para eliminar las células cancerosas)
- ❖ **Quimioterapia** (medicamentos o "venenos" para eliminar las células cancerosas).

El cáncer se puede extraer empleando alguna de las siguientes operaciones:

- ❖ La **criocirugía** consiste en la eliminación del cáncer por congelamiento.
- ❖ La **cirugía con rayo láser** consiste en el uso de un haz de luz intensa para eliminar células cancerosas.
- ❖ La **conización** consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anormalidad. Se emplea para biopsias, pero también para el tratamiento de cánceres tempranos del cuello uterino.
- ❖ La **escisión electroquirúrgica** (LEEP, siglas en inglés) usa una corriente eléctrica que pasa por un aro de alambre delgado, el cual sirve como cuchilla.
- ❖ Una **histerectomía** es una operación en la cual se extraen todo el útero, incluyendo todo el cuello uterino, además del cáncer.

- *Histerectomía vaginal* .El útero se extrae a través de la vagina.

- *Histerectomía abdominal*. El útero se extrae mediante una incisión en el abdomen. Puede ser necesario extraer también los ovarios y las trompas de Falopio (*Salpingooforectomia bilateral*).

- *Histerectomía radical* es una operación en la cual se extraen el cuello uterino, el útero y parte de la vagina. También se extraen los ganglios linfáticos del área. (Los **ganglios linfáticos** son estructuras pequeñas en forma de alubia que se encuentran por todo el cuerpo y cuya función es producir y almacenar células que combaten las infecciones).

- **Exenteración** Si el cáncer se ha diseminado afuera del cuello uterino o los órganos femeninos, puede ser necesario extraer el colon inferior, recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se haya diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina. La paciente puede necesitar cirugía plástica para formar una vagina artificial (*vaginoplastia*) después de esta operación.

3.6. Tratamiento por Estadíos

Los tratamientos para Cáncer Cervico Uterino dependerán de la etapa en que se encuentra la enfermedad, el tamaño del tumor, la edad y estado de salud general, y el deseo de tener hijos.

Estadio 0 (carcinoma in situ). El tratamiento puede consistir de:

1. Conización.
2. Cirugía con rayo láser.
3. Procedimiento de escisión electroquirúrgica (LEEP).
4. Criocirugía.

5. Cirugía para eliminar el área cancerosa, cuello uterino y útero (total abdominal o histerectomía vaginal) para aquellas mujeres que no pueden o no desean tener niños.

Estadio I. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

I-a:

1. Histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomía bilateral.
2. Conización.
3. Histerectomía radical, con o sin disección de ganglios linfáticos.
4. Radioterapia.

I-b

1. Radioterapia.
2. Histerectomía radical ampliada con o sin radioterapia.

Estadio II. El tratamiento depende de la profundidad de invasión del tumor:

II-a:

1. Radioterapia.
2. Histerectomía abdominal total, con o sin salpingooforectomía bilateral.

II-b:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio III. El tratamiento podría consistir en:

III-a: Radioterapia.

III-b: Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

Estadio IV. El tratamiento podría consistir en:

IV-a:

1. Radioterapia.
2. Ensayos clínicos de nuevas formas de radioterapia/quimioterapia.

IV-b:

1. Radioterapia para aliviar los síntomas como el dolor.
2. Quimioterapia.

RECIDIVAS. El tratamiento de la recidiva local podría consistir en:

1. Cirugía para extraer el colon inferior, el recto o vejiga (dependiendo del lugar al que se ha diseminado el cáncer) junto con el cuello uterino, útero y vagina (exenteración).
2. Radioterapia y quimioterapia.

Si el cáncer ha recurrido fuera de la pelvis, se puede optar a una prueba clínica con quimioterapia sistémica.

3.7. La calidad

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad;

sistemas de monitoría, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros^{32, 1-3}.

La calidad de la atención médica ha sido definida de diversas maneras que en mucho dependen del contexto concreto en que el término quiera emplearse³³.

En 1980, *Donabedian*, una de las personas más reconocidas en este campo, define una atención de alta calidad como “aquella que se espera maximice una medida comprensible del bienestar del paciente después de tener en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas esperadas que concurren en el proceso de atención en todas sus partes”³⁴.

Los estudios de la calidad tienen una gama de procedimientos tanto para su planificación como para su evaluación. Los cumplimientos de las actividades, resultados y objetivos conforme un plan o programa puede ser uno de ellos. Las actividades, resultados y objetivos del plan u otra situación ideal pueden ser establecidos como parámetros de medición con la que se comparan los resultados. Otra forma es el análisis situacional, herramienta metodológica útil a los procesos de planificación que consisten en revisar el estado actual o situación de los servicios en sus componentes básicos siguiendo la teoría de sistemas.

Donabedian fue el primero en plantear que los métodos para evaluar calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados³⁵. Este enfoque se mantiene hoy y suele ser el *leit motiv* de los trabajos que abordan el problema de la monitorización de la calidad de la atención sanitaria y hospitalaria en particular³⁶.

De manera general, los indicadores de calidad de la estructura, o *indicadores de estructura*, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos, los indicadores de la calidad del proceso o *indicadores de proceso* miden, de forma directa o indirecta, la calidad de la

actividad llevada a cabo durante la atención al paciente y los indicadores basados en resultados o *indicadores de resultados* miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

3.7.1.- Indicadores de calidad de la estructura

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuesto monetario), los recursos humanos (número y calificación del personal) y otros aspectos institucionales o gerenciales (organización del personal médico y métodos para su evaluación).

Su evaluación es casi siempre fácil, rápida y objetiva pues engloba una serie de características estáticas y previamente establecidas, sobre la base de conseguir una calidad aceptable para un momento dado. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitado si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión de los servicios.

En otras palabras, está claro que ni el proceso ni los resultados pueden existir sin estructura aunque ésta puede albergar distintas variantes del propio proceso. La relación entre estructura y calidad dimana sobre todo de que algunas deficiencias del proceso pueden estar, al menos parcialmente, explicadas por problemas de estructura.

Dentro de los indicadores que se consideran como “de estructura” están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructura de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación), los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas³⁷.

De Geyndt³⁸ establece cuatro categorías para los indicadores de estructura:

- *Estructura física*: comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y móvil), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos

y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.

- *Estructura ocupacional (staff):* incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (Ej. enfermeras/médico) o entre personal y población (Ej. médicos/habitante), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.
- *Estructura financiera:* incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.
- *Estructura organizacional:* refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

3.7.2. - Indicadores de la calidad del proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importante en las evaluaciones de calidad. De hecho el proceso de la atención médica es el conjunto de acciones que debe realizar el médico (como exponente del personal que brinda atención) sobre el paciente para arribar a un resultado específico que, en general se concibe como la mejoría de la salud quebrantada de este último. Se trata de un proceso complejo donde la interacción del paciente con el equipo de salud, además de la tecnología que se utilice, debe jugar un papel relevante.

También se analizan aquí variables relacionadas con el acceso de los pacientes al hospital, el grado de utilización de los servicios, la habilidad con que los médicos realizan aquellas acciones sobre los pacientes y todo aquello que los pacientes hacen en el hospital por cuidarse a sí mismos. Por otro lado, es en el proceso donde puede ganarse o perderse eficiencia de modo que, los indicadores de eficiencia (que se abordan más adelante) en cierto sentido son indicadores de la calidad del proceso.

Según expresan *Gilmore y de Moraes*, en la atención médica los procesos suelen tener enormes variaciones, con los indicadores lo que se trata es de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención³⁹.

Existe además una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los de resultados, algunos alegan que el proceso pierde sentido si su calidad no se refleja en los resultados³³ mientras que otros señalan que muchos resultados dependen de factores, como las características de los pacientes, que nada tienen que ver con la calidad del proceso⁴⁰.

De cualquier manera, parece haber consenso en que el interés por los indicadores de proceso crecerá en el futuro y que deberá mejorarse la validez y el alcance de los actuales⁴¹.

La historia clínica como documento principal del proceso

Entre los indicadores de proceso más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos u otros profesionales o técnicos de la salud. Como ejemplo específico y elocuente está la evaluación de la historia clínica, documento básico donde se refleja todo el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital. La hipótesis subyacente es que si la historia clínica se considera satisfactoria, puede su-ponerse que andará bien la atención que recibe el paciente.

Dada la gran cantidad de elementos que suele tener la historia clínica en algunos centros se ha instrumentado un sistema de puntos para evaluar su calidad. Se trata de otorgar puntos a todos los elementos de la historia de manera que la ausencia de un elemento o su confección incorrecta conduzcan una “pérdida” de puntos. El sistema puede organizarse sobre una base cualquiera (100, 20, 10 u otro) y la mayor dificultad estriba en lograr darle a cada componente o elemento de la historia un peso adecuado. Además, deberán emplearse técnicas adecuadas de muestreo ya que por el gran volumen de historias clínicas que suele haber en el hospital este sistema de puntos suele aplicarse solo a un subconjunto de historias cuya evaluación presuntamente debe permitir obtener una idea de la calidad de la historia clínica en el hospital, servicio o unidad de pacientes que se desee.

La calidad de otros documentos que reflejan el proceso de atención también podría evaluarse con un sistema similar. La confección y validación de una escala o sistema para evaluar una historia clínica u otro documento resultante de la actividad asistencial debería guiarse por los procedimientos ya conocidos para construir y validar escalas de medición⁴².

3.7.3. - Indicadores de calidad basados en los resultados

Los indicadores basados en los resultados han sido el eje central de la investigación para la monitorización de la calidad pues tienen la enorme ventaja de ser fácilmente comprendidos; su principal problema radica en que para que constituyan un reflejo real de la calidad de la atención, deberán contemplar las características de los pacientes en los cuales se basan, algo que puede resultar complicado⁴³.

El resultado, se refiere al beneficio que se logra en los pacientes, aunque también suele medirse en términos de daño o, más específicamente, el resultado es un cambio en la salud que puede ser atribuido a la asistencia recibida.

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

De manera amplia, *Donabedian* define como resultados médicos “aquellos cambios, favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención sanitaria previa o actual”. Pero también apunta que los resultados incluyen otras consecuencias de la asistencia como por ejemplo el conocimiento acerca de la enfermedad, el cambio de comportamiento que repercute en la salud o la satisfacción de los pacientes. A esta última se le otorga gran importancia ya que, además de constituir el juicio de los pacientes sobre la calidad de la asistencia recibida tiene una influencia directa sobre los propios resultados³⁵.

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como de la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

Gilmore y de *Moraes*³⁹ le atribuyen a los indicadores de resultados de la atención hospitalaria varias características entre las que se destacan las siguientes:

- No evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio.
- Dependen de la interacción con otros factores, como la mezcla de pacientes (*case mix* su nombre en inglés) y la gravedad de la enfermedad.
- Reflejan la contribución de diferentes aspectos del sistema de atención médica pero al mismo tiempo esconden lo que anduvo bien o mal y no deberían analizarse separadamente del proceso y la estructura.
- Son mejor comprendidos por los pacientes y el público que los aspectos técnicos de estructura y proceso.

Dentro de los indicadores de resultados se pueden identificar dos grandes grupos los llamados "Indicadores Centinela" y los "Indicadores basados en proporciones o de datos agrupados"³⁹.

3.7.4. Implicancias de los Programas/Políticas

Existe una fuerte demanda por programas para combatir el Cáncer Cervical. En todo el mundo en desarrollo, las mujeres que acuden a los servicios de salud normalmente llegan con un Cáncer Cervical avanzado e incurable. Si bien muchos países han gastado sus escasos recursos en proporcionar servicios quirúrgicos y de radioterapia a una pequeña proporción de mujeres, en general es poco lo que pueden hacer, excepto enviarlas a casa a morir.

En general, los programas debieran ponerse como metas mínimas las que se enumeran más adelante, para lograr de ese modo algún impacto sobre la incidencia del Cáncer Cervical y la mortalidad asociada:

- ✓ Incrementar la conciencia sobre el Cáncer Cervical y fomentar la conducta preventiva entre las mujeres en edad reproductiva y con antecedentes de contacto sexual.
- ✓ Establecer normativas sobre cantidad y frecuencia de pruebas de detección a todas las mujeres entre los 35 y los 50 años, antes de ampliar los servicios a grupos de mujeres de otras edades o disminuir la frecuencia entre los exámenes de detección.
- ✓ Tratar a las mujeres con displasia de alto grado, si es posible referir a aquéllas con cáncer invasor y proporcionar cuidados paliativos a las que presentan un cáncer avanzado.
- ✓ Reunir datos estadísticos acerca de la entrega de servicios, de modo de facilitar el monitoreo y la evaluación de las actividades del programa y de sus resultados.

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Por supuesto que el apoyo simultáneo a los esfuerzos para controlar todas las ETS contribuirá a prevenir una proporción de los casos de Cáncer Cervical a largo plazo.

Las principales actividades que deberían realizarse en las comunidades de escasos recursos para lograr las metas programáticas mínimas son:

- ✓ Coordinar los servicios de control de Cáncer Cervical con los programas de salud que ofrecen servicios relacionados y/o que llegan a las mujeres mayores.
- ✓ Identificar y manejar los cuellos de botella que dificultan la entrega eficaz de servicios (por ejemplo mala técnica de la toma, manejo y procesamiento de la muestra citológica o sistemas de información deficientes) antes de dar inicio a un nuevo programa.
- ✓ Capacitar a los proveedores de todos los niveles en provisión de servicios de calidad, incluyendo entrenamiento en técnicas de consejería.
- ✓ Implementar estrategias innovadoras, culturalmente apropiadas y que hayan sido evaluadas en terreno, a fin de llegar a las mujeres mayores que no acceden a los servicios.
- ✓ Apoyar la investigación de nuevas alternativas de detección y tratamiento que puedan incrementar el acceso a los servicios y disminuir los costos de los programas.

A través de estrategias creativas de entrega de servicios y apoyándose en personal dedicado y bien entrenado, los programas de control de Cáncer Cervical pueden hacer frente a los desafíos que representa proporcionar exámenes de detección y tratamiento adecuados, y finalmente lograr un efecto a largo plazo en la salud de la mujer.

VII.- Diseño metodológico:

Tipo de estudio: Se adoptó un diseño descriptivo-evaluativo de corte transversal, en el que se diseñó una serie de instrumentos para medir elementos de la estructura del programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino.

Área de estudio: El estudio se llevo a cabo en algunas unidades de salud y laboratorios de los Centros de Salud del Casco urbano de la ciudad de León.

Población de estudio, Universo y muestra: De la red de servicios de la ciudad de León se tomaron en cuenta a:

- 1) Dos puestos de Salud por cada uno de los Centros de Salud.
- 2) Los tres Centros de Salud.
- 3) El Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales Arguello”...
- 4) Laboratorio del Departamento de Patología del HEDORA.

Procedimientos de recolección de datos:

Para cumplir con los objetivos establecidos en el estudio se siguió el siguiente proceso de trabajo:

1. Se estableció coordinación con equipos de dirección del Programa Atención Integral de la Mujer en el SILAIS de León a fin de obtener el apoyo requerido y la apropiación del estudio.
2. Se realizo exploración documental para complementar información sobre el Programa Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino en el SILAIS de León, estadísticas poblacionales.

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

3. Para elaborar el diagnóstico de la disponibilidad y requerimientos de recursos humanos calificados para la realización de exámenes, diagnóstico (clínico y de laboratorio) y el tratamiento oportuno del Cáncer Cérvico Uterino a nivel de las diferentes unidades del sector salud se realizaron visitas a las diferentes unidades de salud. Poniendo especial atención al número, calificación y suficiencia del personal que labora.

4. Para realizar un diagnóstico sobre de la existencia de insumos médicos y no médicos, infraestructura, equipo, instrumental y tecnología para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del Cáncer Cérvico Uterino se visitaron las diferentes unidades de salud seleccionadas para entrevistar a sus gerentes y observando de la existencia de:

| Unidades | Información requerida |
|------------------------------------|---|
| a) Los Centros y Puestos de Salud: | Sistema de registro de citologías con fecha de salida, entrada y diagnostico citológico. Formatos de solicitud de estudios citológicos. Formatos de solicitud de ínter consulta o de referencia Formatos solicitud de exploraciones complementarias Mesa ginecológica Foco de luz potente, Silla baja con ruedas para toma citológica. Mesa de consulta y ordenador Sillas para profesionales y usuarias Biombos para asegurar intimidad de las pacientes al desnudarse Espátulas de ayre y citocepillo Torundas para toma endocervical Espéculos de tres tamaños (metálicos) Portaobjetos Fijador de citologías Sabanitas para camilla y usuarias y batas de un solo uso. |

| Unidades | Información requerida |
|-----------------|---|
| b) El hospital: | <p>Formato de historia clínica</p> <p>Formatos petición exploraciones complementarias</p> <p>Formatos petición ínter consultas</p> <p>Espéculos vaginales metálicos</p> <p>Sabanillas para mesa de exploración ginecológica</p> <p>Espátulas de Ayre para tomas citológicas</p> <p>Cepillos endocervicales para tomas citológicas</p> <p>Portaobjetos con banda mate</p> <p>Ácido acético</p> <p>Lugol</p> <p>Mesa de exploración ginecológica</p> <p>Colposcopio</p> <p>Pinzas de biopsia de cuello uterino</p> <p>Ecógrafo con sonda de exploración vaginal</p> <p>Instrumental quirúrgico para realización de histerectomía radical</p> <p>Unidad electroquirúrgica</p> <p>Equipamiento para realizar laparoscopias ginecológicas</p> <p>Botes contenedores de biopsias en formol</p> <p>Material desechable de utilización en cirugía laparotómica y/o laparoscópica</p> <p>Suturas mecánicas / Clips vasculares para cirugía laparoscópica y laparotómica</p> <p>Sistema informático</p> |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

| Unidades | Información requerida |
|-----------------------------|---|
| c) Laboratorio de Patología | <p>Formato informe anatómo-patológico prediseñado</p> <p>Sistema de registro informes anatómo-patológico</p> <p>Mobiliario de laboratorio</p> <p>Mesa de tallado de biopsias y piezas quirúrgicas</p> <p>Procesador automático de inclusión en parafina</p> <p>Dispensador de parafina</p> <p>Microtomo de parafina</p> <p>Microtomo de congelación (biopsia transoperatoria)</p> <p>Baño de flotación</p> <p>Estufas</p> <p>Balanzas de distintos grados de precisión</p> <p>Agitador magnético</p> <p>Centrífugas</p> <p>Teñidor automático</p> <p>Sistema de montaje de preparaciones con extracción de vapores tóxicos</p> <p>Microscopio óptico</p> <p>Sistema de macrofotografía</p> <p>Frigoríficos</p> <p>Congelador</p> <p>Sistemas de archivos de bloques de parafina y preparaciones histológicas</p> <p>Instrumental para tallado (pinzas, tijeras, bisturís, cuchillas microtomía, etc...)</p> <p>Material fungible de laboratorio: formol, alcoholes, xileno, parafina, agua destilada, colorantes, reactivos específicos para pruebas histo e inmunohistoquímicas, porta y cubreobjetos, bandejas porta preparaciones, guantes, papel filtro, material de vidrio, diferentes botes y recipientes para piezas.</p> <p>Pistola porta jeringas para punción-aspiración</p> <p>Sistema informático</p> |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

5 .Para identificar y analizar los mecanismos de referencia y contrarreferencia existentes en el sistema de salud que facilitan los procesos del diagnóstico temprano y como del tratamiento oportuno se realizaron entrevistas a nivel de las unidades de salud con el fin de establecer si existen procedimientos normados, planes o programas de selección, captación de grupos de alto riesgo de Cáncer Cérvico Uterino; identificación, selección y envío de estudios, calidad de las muestras, obtención de resultados, interpretación de resultados, entrega de resultado al pacientes, recomendaciones al paciente en dependencia de resultados.

6. Para establecer la calidad de los procesos de atención desde los usuarios se hicieron entrevistas a informantes claves para obtener la siguiente información:

| Unidades | Información requerida |
|------------------------------------|---|
| a) Los Centros y Puestos de Salud: | <ul style="list-style-type: none">✓ Satisfacción de la paciente con la atención✓ Información, comunicación, educación sobre la prevención del Cáncer Cervico Uterino |
| b) El Hospital: | <ul style="list-style-type: none">✓ Tiempo de espera para la primera consulta✓ Tiempo de hospitalización✓ Estudio y tratamiento completo en un solo episodio de hospitalización✓ Tiempo de espera de la intervención quirúrgica, si esta fuera precisa✓ Información detallada a la paciente y familiares sobre el problema✓ Condiciones de hostelería adecuada |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

| Unidades | Información requerida |
|------------------------------|--|
| c) Laboratorio de Patología. | <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="683 279 1427 499">✓ Calidad del manejo de laminillas. Se refiere a la presencia de elementos de origen técnico, físico o administrativo que dificultan o impiden la lectura de la muestra, tales como laminas multifragmentadas, mal fijadas, teñidas o identificadas.<li data-bbox="683 510 1427 657">✓ Calidad de la toma de la muestra. Se refiere a la presencia de dos o más grupos que contengan mínimo cinco células endocervicales o escamosas metaplásicas.<li data-bbox="683 667 1427 856">✓ Calidad de la oportunidad del envío de láminas e interpretación de las mismas en el laboratorio. Se refiere a los días hábiles transcurridos entre la fecha de la toma de la citología y la de interpretación de la lámina.<li data-bbox="683 867 1427 940">✓ Calidad de la cobertura. Grupos de edades mayoritariamente atendidas<li data-bbox="683 951 1427 1066">✓ Calidad del aprovechamiento del recurso instalado. Productividad en la interpretación de laminillas en los laboratorios. |

Conceptualización de variables:

- ✓ **Satisfacción de usuarias:** Es el grado de cumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a la atención recibida y sus resultados. En el estudio se medirá la satisfacción de las usuarias con respecto al componente interpersonal o sea con respecto a aspectos de las relaciones con el personal durante la atención.

- ✓ **Calidad de la toma de la muestra citológica:** Se refiere a la presencia de elementos de origen técnico, físico o administrativo que dificultan o impiden la lectura de la muestra, tales como laminas multifragmentadas, mal fijadas, teñidas o identificadas.

- ✓ **Cobertura poblacional:** Se refiere a los grupos de edades mayoritariamente atendidas.

- ✓ **Aprovechamiento de los recursos:** Se refiere a una valoración subjetiva de la productividad en la interpretación de laminillas en los laboratorios.

- ✓ **Disponibilidad de recursos:** Se refiere a valorar de la existencia en cantidades suficientes, para el buen desempeño del programa en la red de salud, de los insumos necesarios para la atención, toma de muestra y lectura de las mismas.

- ✓ **Gerencia del programa:** Se refiere a las actividades gerenciales relacionadas con la formación y supervisión de los recursos humanos, aspectos de comunicación e información que debería tener el programa para incidir en las conductas poblacionales.

Plan de análisis:

Los datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico Epi-Info Versión 3.3.2 para Windows. Se estimaron frecuencia simple de todas sus variables. Los resultados se plasmaron en tablas y gráficas.

VIII.- Resultados

Disponibilidad de recursos en Hospital:

El Hospital se encuentra viviendo una crisis profunda de recursos necesarios para la atención de los pacientes incluyendo los que necesitan servicios de manejo por problemas relacionados con el Cáncer Cérvico Uterino. No solamente hacen falta recursos de gran nivel de complejidad, sino recursos de uso diario y de bajo costo. (Ver cuadro 1).

Disponibilidad de recursos en Laboratorio de Patología:

El laboratorio de Patología cuenta con buena cantidad de recursos adecuados a las necesidades, pero algunos de estos recursos se encuentran en regular y mal estado, sin embargo no cuenta con algunos recursos importantes como: Procesador automático de inclusión en parafina, Micrótopo de congelación (biopsia intraoperatoria), Agitador magnético, Centrífugas, Teñidor automático, Sistema de montaje de preparaciones con extracción de vapores tóxicos, Sistema de macrofotografía, Congelador.

Algunos de estos recursos son importantes para el desarrollo del programa.(Ver cuadro 2).

Calidad de la toma, referencia y manejo de las muestras citológicas:

Existe una alta frecuencia de muestras mal fijadas, inadecuadas, o en mal estado referida desde las unidades de salud periféricas y del Hospital. No se pudo especificar la cantidad de las células endocervicales o escamosas ya que en el departamento de Patología solo se refleja el tipo de células observadas. El tiempo transcurrido desde la toma hasta la interpretación de la lámina puede ser de 15 días o más según la distancia que se encuentre la unidad de salud que envía la muestra. La calidad de la cobertura es inadecuada ya que toma, en su mayoría por demanda espontánea, mujeres jóvenes,

debido a que son ellas las que asisten a recibir servicios reproductivos a las unidades de salud y se aprovecha la captación para el programa o se coordinan con los subprogramas su captación. Se considera que el personal que labora en el laboratorio son cito técnicos(a) sumamente capaces y con experiencia sobre todo porque trabajan en un centro de formación en Patología. Pero el ambiente físico en que trabajan es inadecuado ya que cuentan con espacios muy reducidos, estando prácticamente en hacinamiento lo que interfiere con la calidad de trabajo. (Ver cuadro 3).

Disponibilidad de recursos en 9 Centros y Puestos de Salud:

Entre los recursos que faltan en las unidades de salud para el programa se encuentran sillas con ruedas para la toma citológica, espátulas, espéculos de un solo uso, fijadores y sabanitas. Algunos de ellos afectan la calidad en la presentación del servicio y otros en la calidad de la muestra (Ver cuadro 4).

Gerencia del Programa:

Se encuentran a cargo de la gerencia del programa con frecuencia médicos generales y licenciadas de enfermería, en algunos puestos de salud se encuentra al frente una auxiliar de enfermería (Ver gráfico 1).

En muchas unidades de salud no reciben capacitación sus recursos para actualizar el conocimiento ni las habilidades; en ninguno se evalúa el desempeño de los recursos humanos; ni lo que hacen los que trabajan en el programa, no se siguen las técnicas de vigilancia epidemiológica para el problema de Cáncer Cérvico Uterino, no discuten los temas relacionados a su trabajo, no se conocen el estado de las muestras que se envían al laboratorio ni se conoce la opinión de los especialistas que evalúan los pacientes que se transfieren. No se han establecido mecanismos de coordinación con el laboratorio ni el hospital. Los pacientes no son atendidos según la importancia de la referencia (Ver cuadro 5).

Entre las dificultades que se mencionan la existencia de poco material para las tomas, la falta de presupuesto para mejorar la infraestructura y obtener recursos de reposición periódica, la inasistencia de usuarias a las citas y a llevar los resultados (Ver gráfica 2).

Satisfacción de usuarias en Centros y Puestos de Salud.

Existe un nivel de satisfacción aceptable con las actividades que realizan en las unidades de salud para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino, los aspectos más negativamente evaluados fueron la explicación que el personal hace de la enfermedad y su prevención. Los aspectos que hubo mayor satisfacción fueron en el trato que le da el personal, la explicación sobre los procedimientos (Ver cuadro 6).

Al medir el puntaje global de satisfacción a través de la sumatoria de los puntajes se encontró que la curva se orienta fuertemente hacia la derecha o sea a mayor puntaje, pero con una cola que llega hasta el valor 50. Lo que nos indica una fuerte orientación hacia la satisfacción de las usuarias con los componentes del programa. No se debe obviar que existe un grupo importante que no se encuentran “muy satisfechas” (Ver gráfico 3).

En general las mujeres refieren que el examen es importante y en menor proporción que le interesan conocer los resultados (Ver gráfico 4).

Satisfacción de usuarias con el servicio que se presta en el Hospital:

Con los servicios que brinda el Hospital se encontró mayor satisfacción, sin embargo algunas personas no están muy conformes con la explicación que le da el personal sobre su estado de salud (Ver gráfico 6).

La curva de los promedios de su puntaje se orienta mucho más hacia la derecha que el nivel de satisfacción con los servicios que prestan los Centros y Puestos de Salud (Ver gráfico 5). Sin embargo el 54% de las encuestadas consideran que el trato se debe mejorar, y el 58% que el servicio se debería mejorar (Ver gráfico 6).

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Cuadro 1. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Disponibilidad de recursos en Hospital.

| Información requerida | No hay | Hay poco | Hay suficiente |
|--|---------------|-----------------|-----------------------|
| Formato de historia clínica | X | | |
| Formatos petición exploraciones complementarias | | X | |
| Formatos petición ínter consultas | | | X |
| Espéculos vaginales desechables | X | | |
| Sabanillas para mesa de exploración ginecológica | | X | |
| Espátulas de Ayre para tomas citológicas | X | | |
| Cepillos endocervicales para tomas citológicas | X | | |
| Portaobjetos con banda mate | X | | |
| Ácido acético | | X | |
| Lugol | X | | |
| Mesa de exploración ginecológica | | X | |
| Colposcopio | | X | |
| Pinzas de biopsia de cuello uterino | | X | |
| Ecógrafo con sonda de exploración vaginal | X | | |
| Instrumental quirúrgico para realización de histerectomía radical | | | X |
| Unidad electroquirúrgica | | X | |
| Equipamiento para realizar laparoscopias ginecológicas | X | | |
| Botes contenedores de biopsias en formol | | | X |
| Material desechable de utilización en cirugía laparotómica y/o laparoscópica | X | | |
| Suturas mecánicas / Clips vasculares para cirugía laparoscópica y laparotómica | X | | |
| Sistema informático | X | | |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Cuadro 2. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Disponibilidad de recursos en Laboratorio de patología.

| Recursos | ¿Existencia? | |
|---|--------------|----|
| | Si | No |
| Formato informe anatomo-patológico prediseñado | X | |
| Sistema de registro informe anatomo-patológico | X | |
| Mobiliario de laboratorio | X | |
| Mesa de tallado de biopsias y piezas quirúrgicas | X | |
| Procesador automático de inclusión en parafina | | X |
| Dispensador de parafina (en mal estado) | X | |
| Microtomo de parafina | X | |
| Microtomo de congelación (biopsia trans- operatoria) | | X |
| Baño de flotación (vida útil vencida y regular estado) | X | |
| Estufas | X | |
| Balanzas de distintos grados de precisión | X | |
| Agitador magnético | | X |
| Centrífugas | | X |
| Teñidor automático | | X |
| Sistema de montaje de preparaciones con extracción de vapores tóxicos | | X |
| Microscopio óptico (vida útil vencida) | X | |
| Sistema de macrofotografía | | X |
| Frigoríficos (malos) | X | |
| Congelador | | X |
| Sistemas de archivos de bloques de parafina y preparaciones histológicas | X | |
| Instrumental para tallado (pinzas, tijeras, bisturís, cuchillas microtomía, etc...) | X | |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Cuadro 2. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Disponibilidad de recursos en Laboratorio de patología. (Continuación)

| Información requerida | Hay | No hay |
|---|-----|--------|
| Material fungible de laboratorio: formol, alcoholes, xileno, parafina, agua destilada, colorantes, reactivos específicos para pruebas histo e inmunohistoquímicas, porta y cubreobjetos, bandejas porta preparaciones, guantes, papel filtro, material de vidrio, diferentes botes y recipientes para piezas. | X | |
| Pistola de punción-aspiración (pero no los adecuados) | X | |
| Sistema informático (pero no los adecuados) | X | |

CUADRO 3. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Calidad de la toma, referencia y manejo de las muestras citológicas. Laboratorio de patología. 2,005.

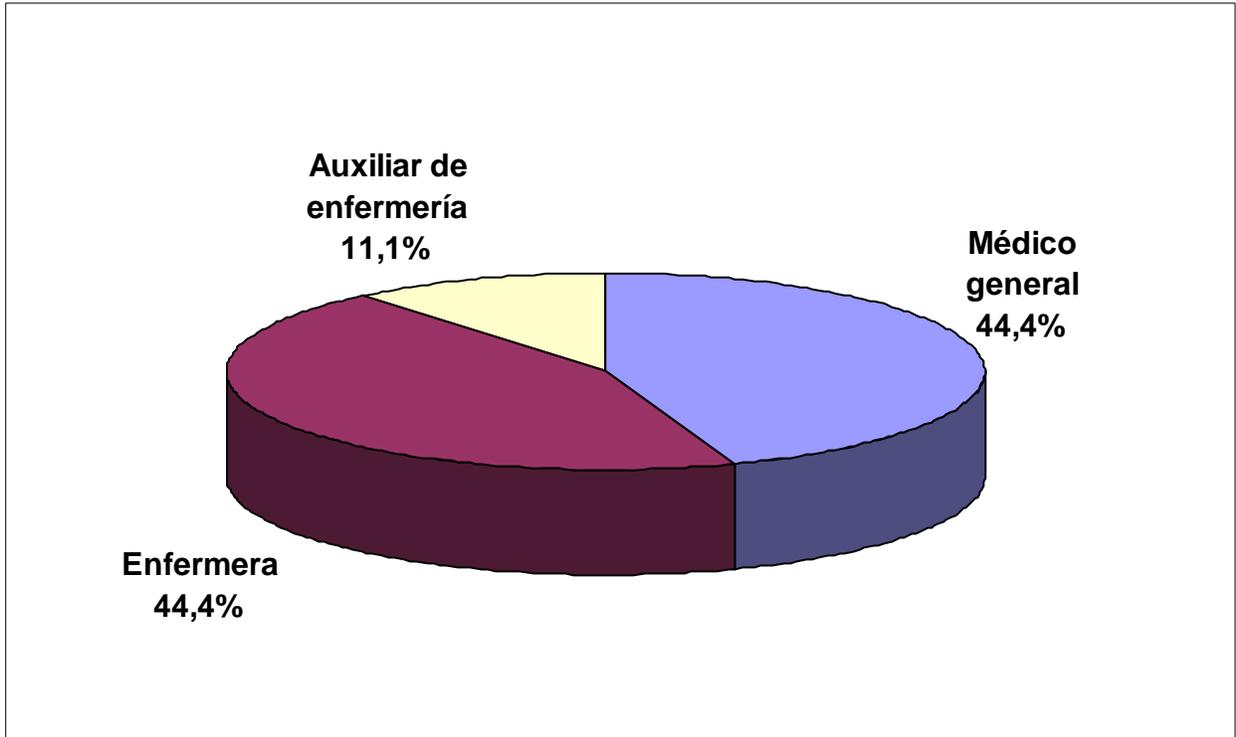
| Situación | Valoración |
|--|--|
| Calidad del manejo de laminillas. Se refiere a la presencia de elementos de origen técnico, físico o administrativo que dificultan o impiden la lectura de la muestra, tales como laminas multifragmentadas, mal fijadas, teñidas o identificadas. | 1,600 láminas mal fijadas, muestras inadecuadas, mala extensión o en mal estado. |
| Calidad de la toma de la muestra. Se refiere a la presencia de dos o más grupos que contengan mínimo cinco células endocervicales o escamosas metaplásicas. | De 5035 solicitud de citología, tomamos una muestra de 357 solicitudes, encontrando 50 muestras con células escamosas metaplasicas y 55 muestras reportan ausencia de células endocervicales, pero no se especifican la cantidad de células encontradas, solo se refleja tipo de células observadas . |
| Calidad de la oportunidad del envío de láminas e interpretación de las mismas en el laboratorio. Se refiere a los días hábiles transcurridos entre la fecha de la toma de la citología y la de interpretación de la lámina. | Desde el momento que se recibe la muestra hasta el tamizaje es de 15 días y en lugares más alejados o distantes toma más tiempo. |
| Calidad de la cobertura. Grupos de edades mayoritariamente atendidas. | De 5035 muestras tomadas en el primer trimestre del 2,005: 644 eran menores de 20 años, 2401 eran mujeres entre 21 a 34 años, 1358 entre 35 a 49 años, y 619 eran de 50 años a más. |
| Calidad del aprovechamiento del recurso instalado. Productividad en la interpretación de laminillas en los laboratorios. | Son capaces y con gran experiencia en la realización de su trabajo, además cuentan con el apoyo de los patólogos manteniendo una buena comunicación. |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Cuadro 4. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Disponibilidad de recursos en 9 Centros y puestos de Salud del casco urbano de la ciudad de León.

| Información requerida | Existencia | | Cantidad |
|--|------------|-----|----------|
| | No hay | Hay | |
| Sistema de registro de citologías con fecha de salida, entrada y diagnostico citológico. | 0 | 9 | |
| Formatos de solicitud de estudios citológicos. | 0 | 9 | |
| Formatos de solicitud de ínter consulta o de referencia | 0 | 9 | |
| Formatos solicitud de exploraciones complementarias | 1 | 8 | Insufic. |
| Mesa ginecológica | 0 | 9 | 14 |
| Foco de luz potente | 0 | 9 | 14 |
| Silla baja con ruedas para toma citológica. | 8 | 1 | 1 |
| Mesa de consulta | 0 | 9 | 9 |
| Sillas para profesionales y usuarias | 0 | 9 | 27 |
| Biombos para asegurar intimidad de las pacientes al desnudarse | 0 | 9 | 12 |
| Espátulas de Ayre. | 2 | 7 | 965 |
| Torundas para toma endocervical | 1 | 8 | Sufic. |
| Espéculos de un solo uso | 7 | 2 | 17 |
| Portaobjetos | 0 | 9 | Sufic. |
| Fijador de citologías | 1 | 8 | 9 |
| Sabanitas para camilla y usuarias y batas de un solo uso. | 1 | 8 | 57 |
| Citocepillos | 0 | 0 | 0 |

Gráfico 1. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Personal encargado de la gerencia del Programa.



Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

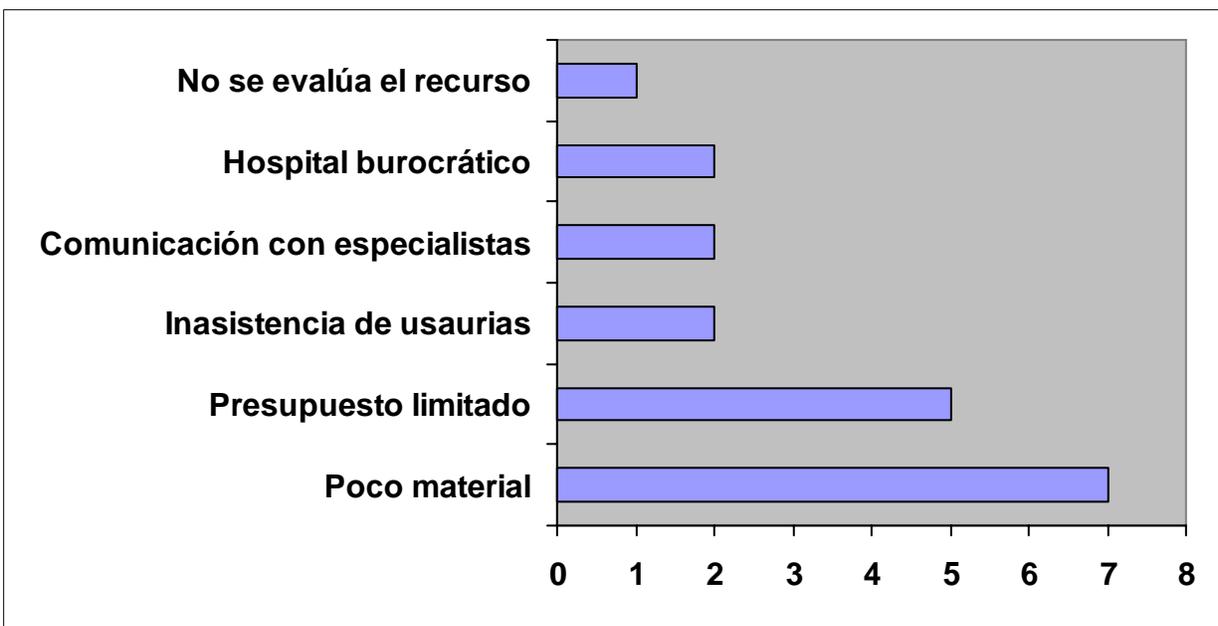
Cuadro 5. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Aspectos relacionados con la gerencia del Programa.

| Preguntas | Si | No | Desconoce |
|---|-----------|-----------|------------------|
| 1. ¿El personal que está a cargo de actividades relacionadas con detección oportuna de CaCu ha recibido capacitación sobre el tema en los últimos tres meses? | 4 | 5 | 0 |
| 2. ¿La dirección ha organizado algún sistema de monitoreo y evaluación del desempeño del personal que participa en las actividades de detección oportuna de CaCu? | 9 | 0 | 0 |
| 3. ¿Conoce los resultados del desempeño de las personas que trabajan en actividades de detección oportuna de CaCu? | 7 | 1 | 1 |
| 4. Su unidad ha montado algún sistema de vigilancia epidemiológica para valorar como va la situación en lo relacionado a detección oportuna de CaCu? | 6 | 3 | 0 |
| 5. ¿En los últimos tres meses ha enviado información a algún medio para informar como está la situación de detección oportuna de CaCu? | 1 | 8 | 0 |
| 6. Las personas que deben trabajar con algún aspecto de detección oportuna de CaCu se han reunido en lo que va del año? | 8 | 1 | 0 |

Cuadro 5. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Aspectos relacionados con la gerencia del Programa. (Continuación)

| Preguntas | Si | No | Desconoce |
|---|-----------|-----------|------------------|
| 7. ¿Conoces el estado de las muestras que envía tu personal al laboratorio clínico y patología? | 9 | 0 | 0 |
| 8. ¿Conoces la valoración que tienen los especialistas sobre las transferencias que hace tu personal? | 6 | 3 | 0 |
| 9. ¿Existen mecanismos fluidos de coordinación entre su unidad y el laboratorio clínico y de patología? | 8 | 1 | 0 |
| 10. ¿Existen mecanismos fluidos de coordinación entre el personal de salud y el personal especializado del nivel superior hasta el nivel hospitalario? | 6 | 3 | 0 |
| 11. Cuando se envía una paciente para valoración con un especialista, ¿existe altas probabilidades de que sea atendido en poco tiempo y resuelvan las necesidades de atención por las que fue enviado?. | 6 | 3 | 0 |
| 12. ¿Cuándo una usuaria del servicio detección oportuna de Cacu, ha sido transferido a un especialista reciben hoja de contra referencia o la epicrisis para ser anotada en su expediente? | 7 | 2 | 0 |
| 13. ¿Se ha discutido con epidemiología del SILAIS los resultados de la captación, referencia y tratamiento de las usuarias en otros niveles? | 5 | 4 | 0 |
| 14. ¿Se han organizado programa de capacitación a partir de necesidades de los otros niveles de atención a las usuarias? | 7 | 2 | 0 |

Gráfico 2. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Aspectos relacionados con dificultades del programa para cumplir de la mejor manera posible las demandas y necesidades de las usuarias.



Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Cuadro 6. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Satisfacción de usuarias en Centros y Puestos de Salud.

| Pregunta | Muy satisfecha | | Poco satisfecha | | Insatisfecha | |
|---|----------------|------|-----------------|------|--------------|-----|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1. ¿Cómo fue la explicación que la habían dado sobre el cáncer del cuello uterino, su prevención y el examen para detectarlo? | 154 | 78.6 | 30 | 15.3 | 12 | 6.1 |
| 2. ¿Cómo se siente con la información que le dieron sobre el cáncer de cérvix? | 130 | 66.3 | 56 | 28.6 | 10 | 5.1 |
| 3. ¿Cómo se siente con la explicación que le dieron sobre el examen que le hicieron? | 167 | 85.2 | 29 | 14.8 | 0 | 0.0 |
| 4. ¿Cómo se siente con la explicación de cada uno de los procedimientos que le realizaron en la clínica? | 168 | 85.7 | 28 | 14.3 | 0 | 0.0 |
| 5. ¿Cómo se siente con la explicación que ha recibido sobre el Cáncer Cervico Uterino y su prevención? | 158 | 80.6 | 36 | 18.4 | 2 | 1.0 |
| 6. ¿Cómo se siente con el trato que le dio el personal de admisión hoy? | 144 | 73.5 | 52 | 26.5 | 0 | 0.0 |
| 7. ¿Cómo se siente con la atención con el personal que le tomó la muestra de Papanicolaou? | 162 | 82.7 | 34 | 17.3 | 0 | 0.0 |
| 8. ¿Cómo se siente con el trato que le dio el personal durante la toma de la muestra? | 168 | 85.7 | 28 | 14.3 | 0 | 0.0 |

Gráfico 3. Línea suavizada de los puntajes globales de satisfacción con diferentes componentes de la atención que lleva el Programa Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en los Centros y Puestos de Salud del Casco Urbano de León. 2,005.

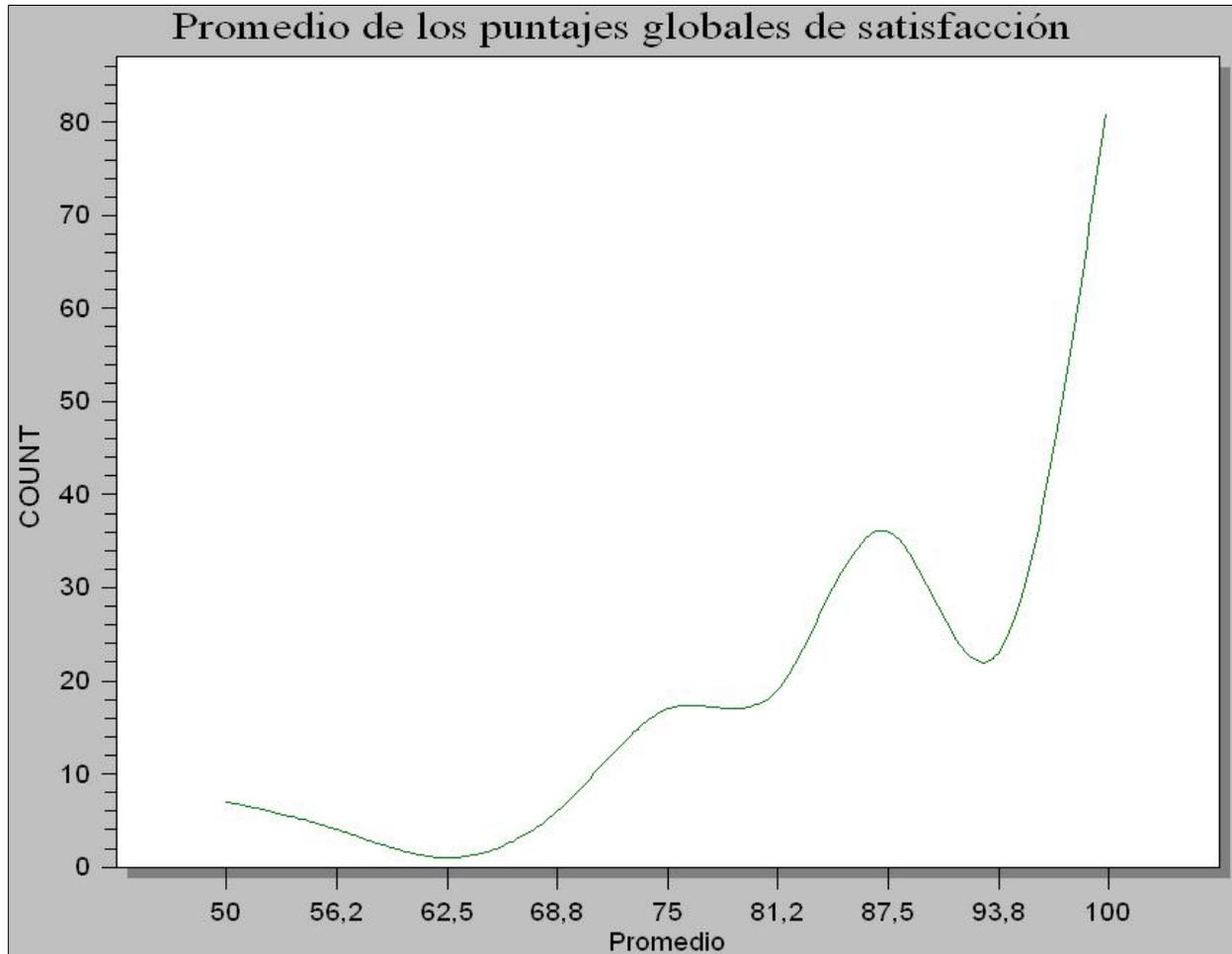
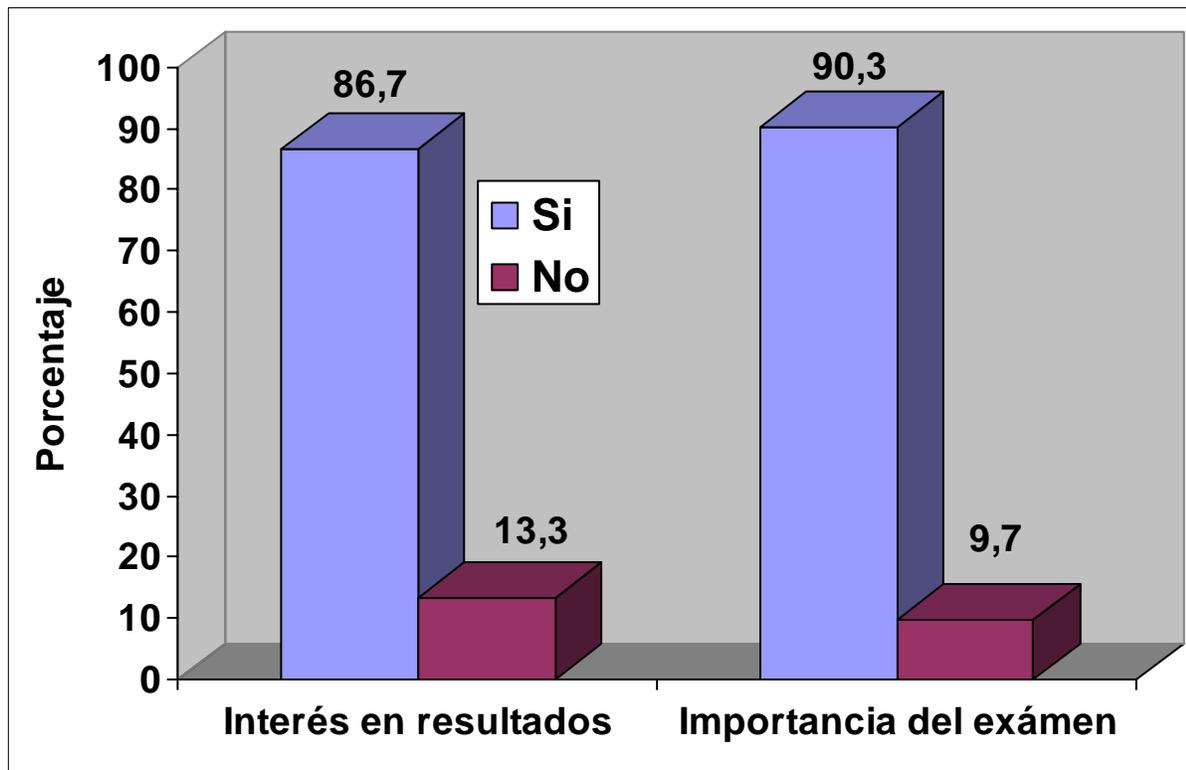


Gráfico 4. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Interés que muestran las usuarias del programa con el examen de Papanicolaou.



Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

Cuadro 7. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Satisfacción de usuarias con el servicio que se presta en el Hospital.

| Pregunta | Muy satisfecha | | Poco satisfecha | | Insatisfecha | |
|--|----------------|-------|-----------------|------|--------------|------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| 1. ¿Cómo se siente con el tiempo de espera para la primera consulta? | 38 | 76.0 | 12 | 24.0 | 0 | 0.0 |
| 2. ¿Cómo se siente con el tiempo de hospitalización que le han dado? | 45 | 90.0 | 0 | 0.0 | 5 | 10.0 |
| 3. ¿Cómo se siente con los estudios realizados en el hospital? | 45 | 90.0 | 5 | 10.0 | 0 | 0.0 |
| 4. ¿Cómo se siente con el tratamiento que le han brindado durante la Hospitalización? | 45 | 90.0 | 5 | 10.0 | 0 | 0.0 |
| 5. ¿Cómo se siente con la información que le han brindado en cada uno de los momentos que la ha necesitado? | 45 | 90.0 | 3 | 6.0 | 2 | 4.0 |
| 6. ¿Cómo se siente sus familiares con la información que le han brindado el personal médico sobre su estado de salud y tratamientos? | 46 | 92.0 | 4 | 8.0 | 0 | 0.0 |
| 7. ¿Cómo se siente con el trato que le ha dado el personal de enfermería de este servicio? | 48 | 96.0 | 2 | 4.0 | 0 | 0.0 |
| 8. ¿Cómo se siente con el trato que le han dado el personal médico de este servicio? | 50 | 100.0 | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| 9. ¿Cómo se siente con las condiciones de hostelería en esta unidad? | 48 | 96.0 | 2 | 4.0 | 0 | 0.0 |

Gráfico 5. Línea suavizada de los puntajes globales de satisfacción con diferentes componentes de la atención que lleva el Programa Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en el Hospital Escuela “Dr. Oscar Danilo Rosales A.” León, 2,005.

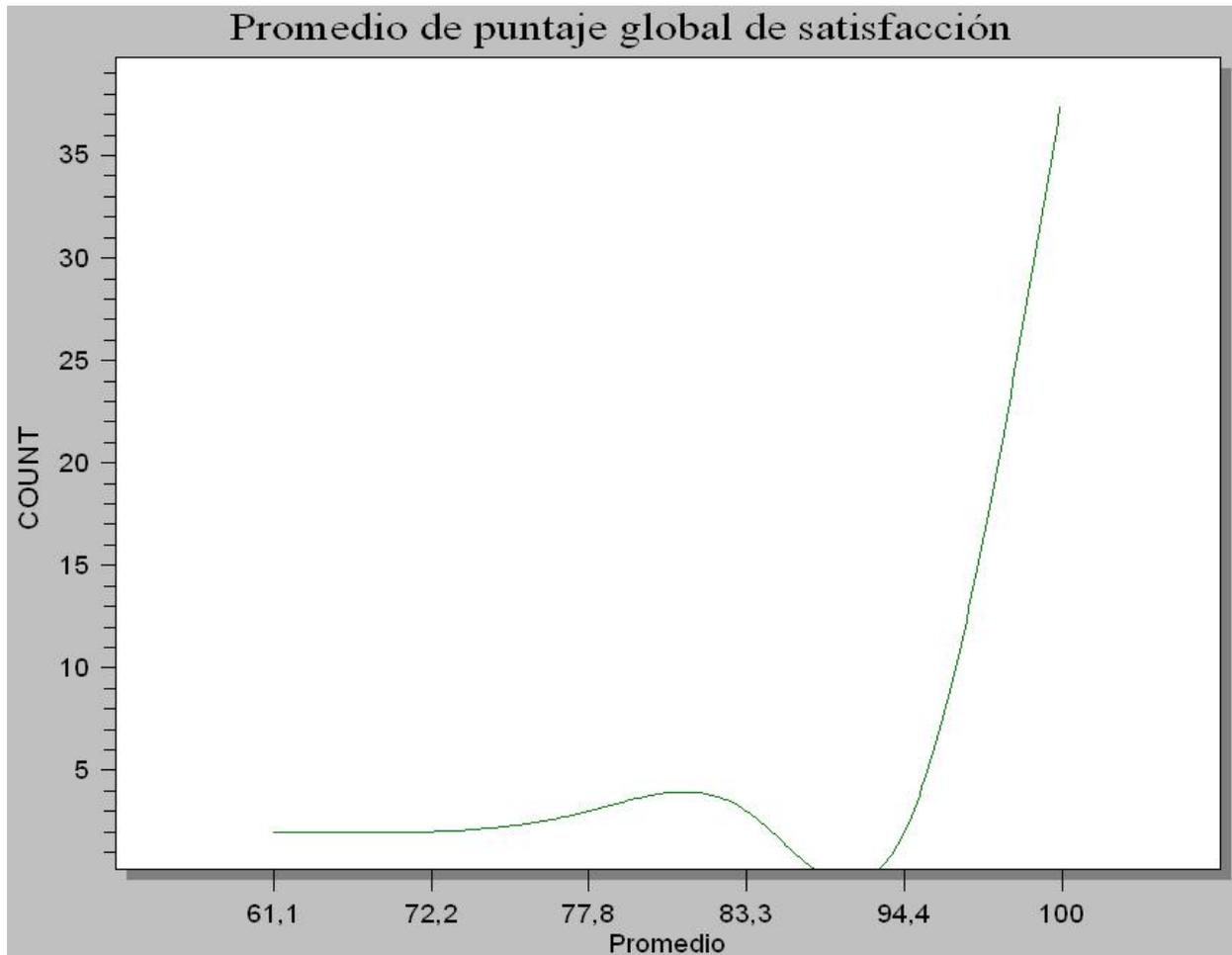
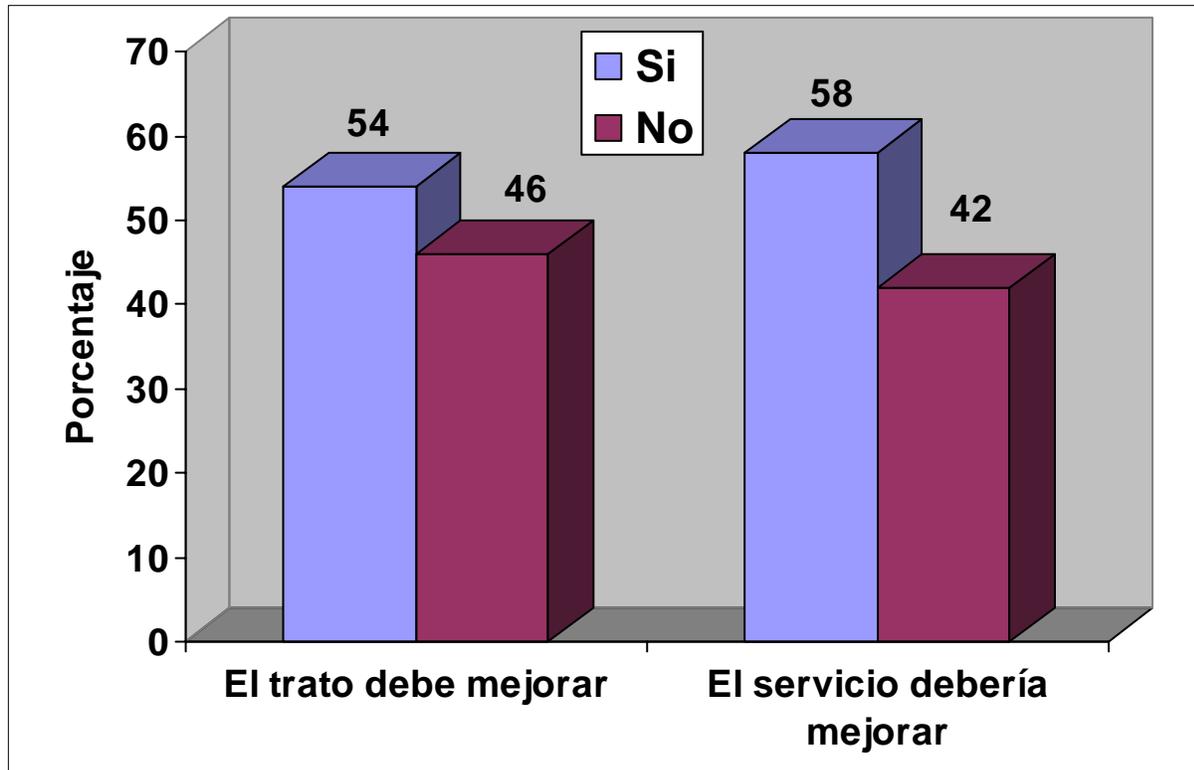


Gráfico 6. Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Valoración que realizan las usuarias sobre el trato y el servicio que presta el Hospital.



IX.- Discusión

Desarrollamos el estudio valorando la situación de los tres Centros de Salud de la ciudad de León y dos puestos representativos por cada uno de los Centros, además del hospital y el laboratorio de patología del mismo hospital.

Disponibilidad de recursos para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno del Cáncer Cérvico Uterino:

Se observa que los recursos humanos que labora en los Puestos de Salud son en general médicos generales, enfermeras y auxiliares de enfermería, a nivel de los Centros se cuentan con un ginecólogo(a) que atiende las demandas especiales ya sea por referencias de la consulta de morbilidad general de los Puestos y Centros de Salud o demanda espontánea de mujeres.

También no se observan los esfuerzos del personal que toma la muestra en la creación de conciencia en las usuarias sobre los riesgos, esto se refleja en la queja que hacen los gerentes que las mujeres no llegan y cuando llegan muchas no retiran los resultados de su Papanicolaou. También la equidad en la cobertura no es adecuada debido a que la mayoría de las muestras son de mujeres en edades jóvenes. Esto refleja un pobre esfuerzo en la cobertura activa que hace el programa y el poco acceso (fundamentalmente cultural), debido a que no se promociona en la población el examen.

Por otro lado, es bueno reconocer que además de la falta de entrenamiento sistemático, también existe carencia de recursos sustantivos como espéculos desechables, porta objetos, citocepillos, cito spray. También el personal no cuenta con los recursos necesarios para brindar una buena atención como son la privacidad en la atención a las usuarias (infraestructura), condiciones de trabajos como falta de sillas con ruedas para toma citológica y sabanillas para brindarle confort e higiene a la paciente.

Gerencia y organización de la red de servicios:

En general, el presupuesto que tiene el Ministerio de Salud que limita en mucho las capacidades logísticas de las unidades de salud, pero también la ausencia de una buena gerencia del programa no estimula iniciativas de mejoras en el desempeño del personal y en mucho tienen que ver la planeación de las autoridades superiores que, muchas veces, sobrecargan al personal encargado de este programa con otras actividades de otros programas.

A pesar de que el personal que asume la mayor cobertura son generalistas, encontramos que no están recibiendo capacitación continua, ya sea como cursos de actualización, ni mediante evaluación de su desempeño que ayude a mejorar las dificultades. Esto se llega a notar en el alto número de muestras que se toman que son valoradas de mala calidad para la lectura.

Además, si el hospital es el segundo nivel de atención de todo el sistema, este no se siente bien integrado, desde el punto de vista de los gerentes. Da la impresión que cuando se refiere a una paciente, esta inicia otro proceso de atención que nada tiene que ver con el nivel primario. Considerándose el proceso burocrático, sin comunicación con el nivel primario.

En líneas generales encontramos que la gerencia del programa se comporta un poco pasiva frente a las necesidades de coberturas/acceso a los servicios. Esto se hace notar con los resultados de satisfacción que refirieron las encuestas.

Nivel de satisfacción de las usuarias:

Observamos un alto nivel de satisfacción por parte de las usuarias, encontrando mayor satisfacción con la atención del Hospital que con la atención brindada en Centros y Puestos de Salud. En general esto puede ser reflejo del nivel de especialización y confianza con el personal que las atiende, o porque cuando llegan al Hospital han sido referidas desde los Centros y Puestos de Salud ha sido por una condición especial que amerita al especialista. Sin embargo es bueno observar que la atención es bien valorada aquí.

En los Centros y Puestos de Salud aunque no se valoró mal, existe insatisfacción por algunas personas generando promedios aún más bajos que en el nivel del Hospital. Reflejándose esta situación más en los Puestos de Salud que es donde la falta de recursos hace difícil una atención satisfactoria.

Aspectos ligados a la comunicación del personal con las usuarias reflejan mayor insatisfacción de parte de las usuarias (explicación sobre el problema y los procedimientos a realizar).

Las usuarias reflejan que el examen es importante pero menos de ellas se interesan por los resultados, en parte por temor o por falta de explicación. Esto tiene que ver con el rol pasivo del personal en la promoción del servicio y directamente relacionado con la falta de capacitación y la ausencia de programas de educación continua que tome en cuenta no solamente el aspecto técnico, sino también el aspecto humano y gerencial del proceso de atención (mercadeo social de los servicios).

X.- Conclusiones

Al finalizar nuestro estudio concluimos:

- 1) La Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino se impulsa desde el Ministerio de Salud centrado en muchas dificultades que afectan la calidad del mismo:
 - a. Escasez de técnicos y materiales recursos sustantivos que afectan la percepción del usuario y la calidad de las tomas de las muestras.
 - b. Poco esfuerzo en la capacitación del personal que atiende las acciones del programa.
 - c. Una gestión con espacios de actuación hacia la promoción y el desempeño de personal limitada por la carencia de recursos y por el poco desarrollo de iniciativas.
 - d. Inadecuada comunicación entre los dos niveles de atención.

- 2) La satisfacción de las usuarias es adecuada con ambos niveles de atención, sin embargo se sugieren mejoras en el trato del personal hospitalario y en los procesos de atención.

XI.- Recomendaciones

Con los resultados de nuestro estudio consideramos necesario:

- 1) Revisar los compromisos y estrategias que tiene el Ministerio de Salud en lo relacionado con la Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino.
- 2) Comprometer a todos los sectores sociales con las estrategias del Ministerio de Salud en función de compartir recursos y responsabilidades.
- 3) Mejorar la organización y eficiencia de las acciones de promoción por la captación precoz, realización del examen, la capacitación del personal y la evaluación continuada de la calidad de los procedimientos.
- 4) Estimular la gestión de iniciativas por la mejoría de la calidad del programa y sus servicios.

XII. Bibliografía.

- ¹ Lazcano Ponce, E. C. et al. (1996), "Programa de detección oportuna de cáncer cervical en México. I. Diagnóstico situacional", Revista del Instituto Nacional de Cancerología, vol. 42, no. 3, pp. 123-140
- ² Correa Ramírez Paula, García Garro Alberto, Ramos Ortega Gregorio, Santillán Mondragón Alejandro. Calidad de la muestra Cervicovaginal en el Programa del Cáncer Cerviño-Uterino. Revista del Hospital General "La Quebrada" Vol. I No1. Septiembre-Diciembre 2002. pp. 32-36.
- ³ Rosa E. Jiménez Paneque. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(1): Hospital Clínico quirúrgico "Hermanos Ameijeiras"
- ⁴ Parking M. et. La incidencia del Cáncer de Cervix en España: una historia inacabada. int. J Cancer 2001
- ⁵ Park in Dm, Whelan SL, Ferlay J et al (Eds): Cancer incidence in five continents, Vol VII. Lyon, France, IARC Scientific Publication No 143,1997
- ⁶ Sigurdsson K. Quality assurance in cervical cancer screening: the Iceland dice experience 1964-1993. Eur J Cancer 1995; 31A (5): 72834.
- ⁷ Coleman D, Day N, Douglas G, Farmery E, Lynge E, Phillip J et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Europe against cancer programme. Eur J Cáncer 1993; 29 Asuppl4: 1S-38S.
- ⁸ Oviedo Arauz Lillian, Brenes Alvarado Karla P, Trabajo Monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía UNAN LEON .Epidemiología del Cáncer Cerviño Uterino en el Departamento de Chinandega en el periodo comprendido entre 1997-2001. Diciembre 2002.
- ⁹ Ministerio de salud de Nicaragua. Estadísticas Vitales. Documento Oficial.
- ¹⁰ Ministerio de salud. Reporte anual del Centro Nacional de Radioterapia. 18 de julio del 2005. pp. 1,2 disponible en: [WWW.Mlinsa.gob.ni |/vigepit/html/](http://WWW.Mlinsa.gob.ni/vigepit/html/).
- ¹¹ Rojas B, Ofelia, Diagnostico y Manejo de lesiones premalignas del Cervix. Valoración de la situación del cáncer de Cervix Uterino y lesiones preclínicas en el Occidente y Norte de Nicaragua. Curso precongreso 2003.

- ¹² Rojas B. Ofelia, Estadísticas del Registro de Cáncer UNAN-Facultad de Ciencias Medicas Departamento de Patología-HEODRA 2001-2003.
- ¹³ Kiviat N. Natural history of cervical neoplasia: overview and update. *AM J, Obstet Gynecol* 1996; 175:1099-104.
- ¹⁴ Patricia Aranda G. Experiencias del Papanicolaou en mujeres derechohabientes de IMSS en la ciudad de Hermosillo, Sonora. El colegio de Sonora, México.
- ¹⁵ Cox JT, Lorinc A. Shiffman MH, Cullen A, Kurman RJ. Human papillomavirus testing by capture appears to be useful in triaging women with a cytology diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance. *AM J Obstet Gynecol* 1995; 172:946-54
- ¹⁶ Maisavana JML, Muniesa Soriano JA, Pardo-Murcia A. citología exfoliativa Cervico vaginal (método de papanicolaou). *Boletín oncologico* No 8, 1998.
- ¹⁷ Kristensen GB, Skyggebjerg KD, Holund B, Hansen MK. Analysis of cervical smears obtained within three years of the diagnosis of invasive cervical cancer. *Act Cytol* 1991; 35:47-50.
- ¹⁸ Malle D, Pateinakis P. Chakka E, Destouni C. Experience with a thin-layer, liquid-based cervical cytologic screening method. *Acta Cytol* 2003; 47:129-34.
- ¹⁹ Mango LJ. Reducing false negatives in clinical practice: The role of neural network technology. *Am J Gynecol* 1996; 175: 1114-9
- ²⁰ Nuovo J, Melnikow J, Howell LP. New test cervical screening. *Am Fam Phys* 2001; 64:780-6
- ²¹ Ferris DG, Greenberg MD. Red's colposcopic index. *J Fam Prac* 1994; 39:65-70.
- ²² Coppleson M, Dalrymple J.C., Atkinson K H. diferenciación colposcópica de anomalías que surgen en la zona de transformación. En: *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Colposcopia.* México: McGraw Hill-Interamericana; 1993: 83-103.
- ²³ Reid R. Biología y características colposcópicas de la enfermedad cervicouterina vinculada con el virus del papiloma humano. En: *Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Colposcopia.* Mexico: McGraw Hill-Interamericana; 1993: 83-103.

- ²⁴ Lickrish GM, Colgan TI, Wrigt VC. Colposcopia del adenocarcinoma in situ y del invasor del cuello uterino. En: Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Colposcopia. México: McGraw Hill-Interamericana; 1993:105-13.
- ²⁵ Korkolopoulou P, Kolokithas C, Kittas C, Alevritou H, Pavlakis K. Correlation of colposcopy and histology in cervical biopsias positive for CIN and or HPV infection. Eur J Gynecol Oncol 1992; 13:502-6.
- ²⁶ Morris M, Tortolero-Luna G, Nalpica A, Bacher W, Cook E, Jonson E, Mitchell MF. Neoplasia intraepitelial y cáncer cervicouterino. En: Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales. Prevención del cáncer ginecológico. México: McGraw Hill-Interamericana; 1996: 315-39.
- ²⁷ Depriest PD, Van Nagell JR, and Powell DE. Microinvasive cervical cancer. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 846-51
- ²⁸ Wick MJ. Diagnosis of human papillomavirus gynecologic infections. Clin Lab Med 2000; 20: 271-87.
- ²⁹ Ronco G. Use of molecular test of human papillota virus (HPV) as screening test for cerviz cancer: A review. Epidemiol Prev 1999; 23: 372-7
- ³⁰ Lin Ct, Tseng CI, Lai CH, Husueh S, Huang Hj, Law KS. High-risk HPV DNA detection by Irbid Capture II. An adjunntive test for mildly abnormal cytologic smears in women > or = 50 years age. J Reprod Med 2000; 45:354-60
- ³¹ Ramizi RF Irani-Hahime N, Tamiz H, Almawi WY. Validity of vaginal testing in detecting human papillomavirus (HPV) genotypes. J Clin Virol 2000; 19:163-8
- ³² Vidal-Pineda LM, Reyes-Zapata H. Diseño de un sistema de monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad. Salud Pública Méx. 1993; 35:326-331.
- ³³ Brook RH, Mc Glynn EA, Shekelle PG. Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. IJQJC 2000; 12(4): 281-95.
- ³⁴ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor Mich. 1980.
- ³⁵ Donabedian A. Approaches to assessment: What to assess in evaluating the quality of medical care? Milbank Mem Fund Quart 1986; 44:167-70.

Diagnóstico de situación de los servicios públicos para la detección y atención al Cáncer Cérvico Uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.

- ³⁶ De Moraes H, Paganini JM. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. OPS/HSS; 1994.
- ³⁷ Mauri I, Santuré J. Proyecto de gestión en el hospital. *Todo Hospital* 1996; 123:11-16.
- ³⁸ De Geyndt W. Managing the Quality of Health Care in Developing Countries. 1994.(World Bank Technical Papers No. 258).
- ³⁹ Gilmore CM, De Moraes H. Manual de gerencia de la calidad. Washington DC. OPS PALTEX; 1996: 36-54.
- ⁴⁰ Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. *Intern J Qual Health Care* 2001; 13:475-80.
- ⁴¹ Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. Methodology Matters. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator *Intern J Qual Health Care* 2001; 13:489-96.
- ⁴² Streiner DL y Norman R. *Health Measurement Scales. A practical guide to their development and use.* 2 Ed. New York Oxford University Press; 1995.
- ⁴³ Delamothe T. Using outcomes research in clinical practice. *BMJ* 1994; 308:1583-84.

XIII.-Anexos

Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Satisfacción de usuarias en Centros y Puestos de Salud.

Unidad de Salud: Centro de Salud: _____

Puesto de Salud: _____

Saludar a la usuaria, explicarles los objetivos del estudio, solicitarle su participación en la encuesta. Explicarle en que consiste la encuesta de satisfacción y el significado de las respuestas.

| Pregunta | Muy satisfecha | Poco satisfecha | Insatisfecha |
|---|-----------------------|------------------------|---------------------|
| 1. ¿Cómo fue la explicación que la habían dado sobre el cáncer del cuello uterino, su prevención y el examen para detectarlo? | | | |
| 2. ¿Cómo se siente con la información que le dieron sobre el cáncer de cerviz? | | | |
| 3. Cómo se siente con la explicación que le dieron sobre el examen que le hicieron? | | | |
| 4. Cómo se siente con la explicación de cada uno de los procedimientos que le realizaron en la clínica? | | | |
| 5. ¿Cómo se siente con la explicación que ha recibido sobre el cáncer cervicouterino y su prevención? | | | |
| 6. ¿Cómo se siente con el trato que le dio el personal de admisión hoy? | | | |
| 7. ¿Cómo se siente con la atención con el personal que le tomó la muestra de papanicolaou? | | | |
| 8. ¿Cómo se siente con el trato que le dio el personal durante la toma de la muestra? | | | |
| 9. ¿Está interesada en conocer los resultados del estudio? | Si | No | |
| 10. ¿Considera importante realizarse el estudio? | Si | No | |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Satisfacción de usuarias en Hospital.

| Pregunta | Muy satisfecha | Poco satisfecha | Insatisfecha |
|--|----------------|-----------------|--------------|
| 1. ¿Cómo se siente con el tiempo de espera para la primera consulta? | | | |
| 2. ¿Cómo se siente con el tiempo de hospitalización que le han dado? | | | |
| 3. ¿Cómo se siente con los estudios realizados en el hospital? | | | |
| 4. ¿Cómo se siente con el tratamiento que le han brindado durante la Hospitalización. | | | |
| 5. ¿Cómo se siente con la información que le han brindado en cada uno de los momentos que la ha necesitado ¿ | | | |
| 6. ¿Cómo se siente sus familiares con la información que le han brindado el personal médico sobre su estado de salud y tratamientos? | | | |
| 7. ¿Cómo se siente con el trato que le ha dado el personal de enfermería de este servicio? | | | |
| 8. ¿Cómo se siente con el trato que le han dado el personal médico de este servicio? | | | |
| 9. ¿Cómo se siente con las condiciones de hostelería en esta unidad? | | | |
| 10. Piensa que el trato que dan a los pacientes y sus familiares debería mejorar en este hospital? | Si | No | |
| 11. Piensa que el servicio al paciente debería mejorar en este hospital? | Si | No | |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Calidad de la toma, referencia y manejo de las muestras citológicas.

Tipo de laboratorio: Laboratorio Clínico
 Laboratorio de patología

| Información requerida | Valoración |
|--|-------------------|
| Calidad del manejo de laminillas. Se refiere a la presencia de elementos de origen técnico, físico o administrativo que dificultan o impiden la lectura de la muestra, tales como laminas multifragmentadas, mal fijadas, teñidas o identificadas. | |
| Calidad de la toma de la muestra. Se refiere a la presencia de dos o más grupos que contengan mínimo cinco células endocervicales o escamosas metaplásicas. | |
| Calidad de la oportunidad del envío de láminas e interpretación de las mismas en el laboratorio. Se refiere a los días hábiles transcurridos entre la fecha de la toma de la citología y la de interpretación de la lámina. | |
| Calidad de la cobertura. Grupos de edades mayoritariamente atendidas | |
| Calidad del aprovechamiento del recurso instalado. Productividad en la interpretación de laminillas en los laboratorios. | |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.
Disponibilidad de recursos en Centros y puestos de Salud.

Unidad de Salud: Centro de Salud: _____

Puesto de Salud: _____

| Información requerida | Existencia | | Cantidad |
|--|------------|----|----------|
| | Si | No | |
| Sistema de registro de citologías con fecha de salida, entrada y diagnostico citológico. | | | |
| Formatos de solicitud de estudios citológicos. | | | |
| Formatos de solicitud de interconsulta o de referencia | | | |
| Formatos solicitud de exploraciones complementarias | | | |
| Mesa ginecológica | | | |
| Foco de luz potente, | | | |
| Silla baja con ruedas para toma citológica. | | | |
| Mesa de consulta | | | |
| Sillas para profesionales y usuarias | | | |
| Biombos para asegurar intimidad de las pacientes al desnudarse | | | |
| Espátulas | | | |
| Torundas para toma endocervical | | | |
| Espéculos de un solo uso | | | |
| Portaobjetos | | | |
| Fijador citologías | | | |
| Sabanitas para camilla y usuarias y batas de un solo uso. | | | |

***Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.
Disponibilidad de recursos en Hospital.***

| Información requerida | No hay | Hay poco | Hay suficiente |
|--|--------|----------|----------------|
| Formato de historia clínica | | | |
| Formatos petición exploraciones complementarias | | | |
| Formatos petición ínter consultas | | | |
| Espéculos vaginales desechables | | | |
| Sabanillas para mesa de exploración ginecológica | | | |
| Espátulas de Ayre para tomas citológicas | | | |
| Cepillos endocervicales para tomas citológicas | | | |
| Portaobjetos con banda mate | | | |
| Ácido acético | | | |
| Lugol | | | |
| Mesa de exploración ginecológica | | | |
| Colposcopio | | | |
| Pinzas de biopsia de cuello uterino | | | |
| Ecógrafo con sonda de exploración vaginal | | | |
| Instrumental quirúrgico para realización de histerectomía radical | | | |
| Unidad electroquirúrgica | | | |
| Equipamiento para realizar laparoscopias ginecológicas | | | |
| Botes contenedores de biopsias en formol | | | |
| Material desechable de utilización en cirugía laparotómica y/o laparoscópica | | | |
| Suturas mecánicas / Clips vasculares para cirugía laparoscópica y laparotómica | | | |
| Sistema informático | | | |

***Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.
Disponibilidad de recursos en Laboratorios.***

Tipo de laboratorio: Laboratorio Clínico
 Laboratorio de patología

| Información requerida | Hay | No hay |
|---|------------|---------------|
| Formato informe anatomo-patológico prediseñado | | |
| Sistema de registro informe anatomo-patológico | | |
| Mobiliario de laboratorio | | |
| Mesa de tallado de biopsias y piezas quirúrgicas con sistema de extracción de vapores tóxicos | | |
| Procesador automático de inclusión en parafina | | |
| Dispensador de parafina | | |
| Microtomo de parafina | | |
| Microtomo de congelación (biopsia intraoperatoria) | | |
| Baño de flotación | | |
| Estufas | | |
| Balanzas de distintos grados de precisión | | |
| Agitador magnético | | |
| Centrífugas | | |
| Teñidor automático | | |
| Sistema de montaje de preparaciones con extracción de vapores tóxicos | | |
| Microscopio óptico | | |
| Sistema de macrofotografía | | |
| Frigoríficos | | |
| Congelador | | |
| Sistemas de archivos de bloques de parafina y preparaciones histológicas | | |

| Información requerida | Hay | No hay |
|---|-----|--------|
| Instrumental para tallado (pinzas, tijeras, bisturís, cuchillas microtomía, etc...) | | |
| Material fungible de laboratorio: formol, alcoholes, xileno, parafina, agua destilada, colorantes, reactivos específicos para pruebas histo e inmunohistoquímicas, porta u cubreobjetos, bandejas porta preparaciones, guantes, papel filtro, material de vidrio, diferentes botes y recipientes para piezas. | | |
| Pistola de punción-aspiración | | |
| Sistema informático | | |

Diagnóstico de situación de los servicios públicos de detección y atención al cáncer Cérvico-uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005. Gerencia del Programa.

Profesión: _____

Cargo: _____

- Unidad de Salud: Centro de Salud: _____
 Puesto de Salud: _____
 Hospital Escuela: _____
 Laboratorio Clínico: _____
 Patología HEODRA

| Preguntas | Si | No | Desconoce |
|---|-----------|-----------|------------------|
| 1. ¿El personal que está a cargo de actividades relacionadas con detección oportuna de CaCu ha recibido capacitación sobre el tema en los últimos tres meses? | | | |
| 2. ¿La dirección ha organizado algún sistema de monitoreo y evaluación del desempeño del personal que participa en las actividades de detección oportuna de CaCu? | | | |
| 3. ¿Conoce los resultados del desempeño de las personas que trabajan en actividades de detección oportuna de CaCu? | | | |
| 4. Su unidad ha montado algún sistema de vigilancia epidemiológica para valorar como va la situación en lo relacionado a detección oportuna de CaCu? | | | |
| 5. ¿En los últimos tres meses ha enviado información a algún medio para informar como está la situación de detección oportuna de CaCu? | | | |
| 6. Las personas que deben trabajar con algún aspecto de detección oportuna de CaCu se han reunido en lo que va del año? | | | |

| Preguntas | Si | No | Desconoce |
|---|----|----|-----------|
| 7. ¿Conoces el estado de las muestras que envía tu personal al laboratorio clínico y patología? | | | |
| 8. ¿Conoces la valoración que tienen los especialistas sobre las transferencias que hace tu personal? | | | |
| 9. Existen mecanismos fluidos de coordinación entre su unidad y el laboratorio clínico y de patología? | | | |
| 10. Existen mecanismos fluidos de coordinación entre el personal de salud y el personal especializado del nivel superior hasta el nivel hospitalario? | | | |
| 11. Cuando se envía una paciente para valoración con un especialista, ¿existe altas probabilidades de que sea atendido en poco tiempo y resuelvan las necesidades de atención por las que fue enviado?. | | | |
| 12. ¿Cuándo una usuaria del servicio detección oportuna de Cacu, ha sido transferido a un especialista reciben hoja de contra referencia o la epicrisis para ser anotada en su expediente? | | | |
| 13. Se ha discutido con epidemiología del SILAIS los resultados de la captación, referencia y tratamiento de las usuarias en otros niveles? | | | |
| 14. Se han organizado programa de capacitación a partir de necesidades de los otros niveles de atención a las usuarias? | | | |
| 15. ¿Cuáles considera que son las dificultades del programa para cumplir de la mejor manera posible las demandas y necesidades de las usuarias? | | | |

Presupuesto en córdobas:

| Rubros | Unidad | Cantidad | Costo unitario | Costo total |
|---------------------------|---------------|-----------------|-----------------------|--------------------|
| Reproducción de encuestas | Hojas | 250 | 0.50 | 125.00 |
| Procesamiento de datos | Horas | 30 | 15.00 | 450.00 |
| Impresión | Hojas | 240 | 8 | 570.00 |
| Engargolado | Documentos | 3 | 45.00 | 135.00 |
| Total | | | | 1280.00 |