

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
(UNAN – León)
Facultad de Ciencias Médicas**



**Informe final de investigación para optar al título de:
Doctor en Medicina y Cirugía**

Barreras para la realización de la citología cervical en mujeres del municipio de Telpaneca. SILAIS Madriz, Julio Noviembre del 2007.

Autores:

**Br. Félix Bernabé Zelaya Vásquez
Br. María Lissette Munguía Miranda.**

Tutor:

**Omar Enrique Palacios Alegría.
Gineco-Obstetra.**

Asesor:

Dr. Juan Almendárez P.

Madriz, Julio del 2,008.

Índice

Contenido	Páginas
Introducción	1
Antecedentes	3
Planteamiento del problema	5
Justificación	6
Objetivos	7
Marco teórico	8
Diseño metodológico	37
Resultados	41
Discusión	45
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Bibliografía	51
Anexos	54

Introducción

El cáncer del cuello uterino tiene gran impacto en la vida de las mujeres de todo el mundo. Según estimaciones mundiales, todos los años surge 493,000 casos nuevos de cáncer cervical y 274,000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Se calcula que aproximadamente 2% de las mujeres mayores de 40 años desarrollan cáncer cérvico uterino. Un 83% de los casos tienen lugar en los países en desarrollo donde los programas de detección y prevención no están bien definidos. (1). La edad promedio del diagnóstico es a los 45 años, no obstante la enfermedad puede ocurrir inclusive en la segunda década de la vida. Si es diagnosticada oportunamente más del 95% de las mujeres con carcinoma de cérvix incipiente pueden ser curadas. (2)

En el 2004 apenas, 9 de cada 100 mujeres en edad fértil se hicieron un examen de papanicolaou para detectar cáncer cervical, 2 mujeres menos que en el año 2002. (3)

Nicaragua a nivel mundial, es el segundo país después de Haití con la tasa de incidencia más elevada de cáncer de cuello uterino con 39 casos/100,000 Con una frecuencia del 10 al 15% en mujeres mayores de 24 años y desde el 2003 ha provocado la muerte de unas 236 mujeres por año de acuerdo a estadísticas del MINSA.

Dada la magnitud del problema en Nicaragua, el Ministerio de salud ha planteado dentro de sus estrategias la detección del cáncer de cérvix en mujeres de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables, así como el aseguramiento al acceso de servicios de salud sexual y reproductiva que respondan a sus necesidades reales y sentidas con el propósito de contribuir a mejorar y preservar la salud brindando un enfoque integral y humanizado. (2)

En este sentido se han emprendido acciones tendientes a dar cumplimiento a los acuerdos internacionales que contribuyan a promover la salud de la mujer y la familia. Las normas de prevención y atención al cáncer cérvico uterino es una de las

herramientas básicas para mejorar la calidad de atención de las usuarias en las unidades de salud. (2) Con ello se pretende aumentar en un 20% la cobertura de atención preventiva del cáncer cérvico uterino, en mujeres hasta los 64 años con realización gratuita del examen de papanicolaou y la atención a mujeres con lesiones temprana. (2)

Sin embargo para que estas metas sean exitosas se requiere comprender todos los aspectos que influyen en el hecho de que la mujer se tome la muestra del papanicolaou ello implica aspectos de los servicios y las barreras que pueden existir para que nuestras mujeres no asistan a las unidades de salud. Si ya los servicios han desarrollado el compromiso, nos corresponde comprender mejor las causas que hacen que las mujeres no asistan.

Por eso nos hemos planteado realizar una investigación que identifique las barreras culturales y psicológicas que impiden a las mujeres de Telpaneca asistir a las unidades de salud a tomarse la muestra de papanicolaou, los resultados de este estudio nos permitirá replantear también las estrategias de información, comunicación y educación alrededor de generar la información necesaria y los valores alrededor de la toma de la muestra.

Antecedentes

El departamento de Madriz se encuentra al noreste de Nicaragua, a 216 Km de la capital (Managua) tiene una densidad poblacional de 66.3 habitantes por Km² con una población total de 135,551 habitantes.

El municipio de Telpaneca – Madriz cuenta con una población de 14,479 habitantes y se estima que 3,796 son mujeres en edad fértil, sin embargo de ellas solo 800 asisten al programa de planificación familiar y 120 se realizaron papanicolaou en el periodo de estudio.

Según un estudio similar realizado en Santiago de Chile se concluyó que las barreras que impiden a muchas mujeres tomarse el PAP son principalmente psicológicas y no de acceso físico o financiero y también que hay barreras que tienen su origen en errores de información (el PAP es para prevenir el cáncer de cuello uterino); otras, basadas en creencias (que el PAP corre el dispositivo, que es sólo para mujeres jóvenes) y otras en el temor al resultado o al dolor del examen y, en el pudor producto de la falta de privacidad o en la confianza con el profesional. (4)

En estudios realizados en Nicaragua se ha observado que a pesar de los esfuerzos hechos por el Ministerio de Salud y algunos sectores de la sociedad civil para promover la realización de la citología cervical en pro de la detección temprana del cáncer, aún se sigue diagnosticando en etapas tardías.(5)

Se realizó por docentes del hospital Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) un estudio de Lecciones aprendidas sobre el control del cáncer uterino en Nicaragua se encontró que el machismo, problemas de accesibilidad, la falta de información, el temor y la vergüenza a realizarse el examen juegan un papel importante en cuanto a la inasistencia de, las mujeres a la realización de la citología cervical.(6)

Con la ayuda de estudiantes de secundaria del colegio “La Asunción ” de la ciudad de León, estos mismos docentes realizaron un segundo estudio con el objetivo de incrementar la demanda del examen de papanicolaou en la Comarca “Lechecuagos” concluyendo que para reducir la frecuencia de cáncer de cuello uterino es fundamental alcanzar altas coberturas con el Papanicolaou, lo cual se dificulta en dicha comarca ya que la principal debilidad está en la oferta del servicio ya que no cuentan con un personal capacitado, no brindan consejería, además que desaprovechan oportunidades y rechazan la demanda, influyendo también el maltrato por parte del personal.(7)

En el municipio de Telpaneca muchas mujeres no se realizan la citología cervical y es posible que algunos aspectos relacionados con las creencias o información distorsionada estén influyendo. Esto podría hacer pensar que el programa se está desarrollando deficientemente y aunque es muy posible que existen dificultades en el desarrollo del programa, consideramos necesario tomar en consideración la opinión de estas mujeres para darnos una idea real de lo que esta ocurriendo en este municipio.

Planteamiento del problema

¿Cuáles son las barreras para la no realización de la citología cervical en mujeres del municipio de Telpaneca SILAIS - Matriz?

Justificación

Los resultados del presente estudio serán útiles para:

Mejorar los planes de intervención comunitaria y de esta forma lograr reducir las cifras de mujeres que no se realizan la prueba, así como mejorar el diagnóstico precoz de cáncer cérvico uterino y la disminución de la morbi-mortalidad femenina por esta causa.

Facilitar a la población información actualizada y exhaustiva sobre el método de realización de la prueba y sus ventajas.

Mejorar la calidad del programa de prevención de cáncer cérvico uterino en el Municipio de Telpaneca diseñando campañas de difusión, educación y sensibilización a la población para que modifique su repuesta hacia la mejora de su salud.

Objetivos

Determinar las barreras de la no realización de citología cervical en el municipio de Telpaneca del SILAIS – Matriz. Específicamente en lo relacionado a:

- 1) Percepción que tienen las mujeres sobre la utilidad del examen del papanicolaou
- 2) Percepción que tienen las mujeres sobre quiénes deberían hacerse la toma de la muestra.
- 3) Percepción sobre los servicios disponibles para la toma de la muestra
- 4) Influencia del entorno conyugal, familiar y comunal en las decisiones de la toma de la muestra.

Marco Teórico

Aspectos Epidemiológicos

En todo el mundo, el cáncer cérvico uterino es la segunda neoplasia maligna más común en la población femenina y sigue ocupando el primer lugar como causa de mortalidad en los países en desarrollo (8).

En la mayoría de estos lugares, el número de casos de cáncer invasor se incrementa con la edad, alcanzando la mayor incidencia en las mujeres con edades entre 50 y 60 años. Alrededor del 80-90% de los casos confirmados en países en desarrollo ocurren entre las mujeres de 35 años y más (8).

A finales de la década de los años 90, se investigaba la evidencia epidemiológica de la relación de la infección por VPH y el desarrollo de cáncer cérvico uterino. Entre estas investigaciones se encuentra la realizada por Muñoz y Bosch en 1997. Se menciona que alrededor del 90% de los casos de cáncer cervical pueden estar relacionados con ciertos tipos de virus Papiloma humano (9).

Se han identificado mas de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital; sin embargo, solo alrededor de 15 de ellos son considerados altamente oncogénicos o mas estrechamente relacionados con el desarrollo de cáncer cérvico uterino: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73, y 82.

El análisis de los datos compartidos de 11 estudios de casos y testigos de 9 países, que incluyeron a 1918 mujeres con cáncer cérvico uterino indicó que tan solo 8 tipos de VPH contabilizan el 95% de los casos de cáncer cervical (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, y 58). Tan solo el VPH 16 estuvo asociado al 50-60% de los casos y el PVH 18 con el 10 - 12%.(10)

Sin embargo un cuando se ha comprobado que la infección persistente por estos tipos de VPH oncogénicos es el principal factor de riesgo para desarrollar cáncer cérvico uterino, se ha demostrado también que la infección persistente es la causa necesaria, pero no la única suficiente para que las lesiones precursoras evolucionen a cáncer.(11)

La infección por VPH es una de las más comunes entre las infecciones de transmisión sexual; no obstante, en la gran mayoría de los casos en los que se presenta, desaparece, regresa o se vuelve indetectable en uno o dos años (12)

En más del 90% de los casos de cáncer se encuentra presente la infección por VPH, pero no todos los casos de infección por VPH desarrollarán cáncer o incluso lesiones precursoras, ello hace suponer que existen factores que están asociados directa o indirectamente con el aumento en la probabilidad de desarrollar lesiones precursoras o cáncer.

Entre los factores que se han identificado se encuentran el tabaquismo, el estado nutricional, la respuesta del sistema inmunológico, la paridad, otras infecciones de transmisión sexual, la inmunosupresión (particularmente en el caso de la infección por VIH). Otros factores como la edad de inicio de la vida sexual activa (heterosexual), el número de parejas sexuales, antecedentes de infecciones de transmisión sexual, se les considera en la probabilidad de contraer el VPH, pero no se les considera factores para la evolución de infección por VPH a cáncer (13)

El cáncer cérvico uterino tiene gran impacto en la vida de las mujeres de todo el mundo y nicaragua no es la excepción. Según estimaciones mundiales, todos los años surge 493,000 casos nuevos de cáncer cervical, un 83% de los casos tienen lugar en los países en desarrollo donde los programas de detección y prevención no están bien definidos y 274,000 mujeres mueren anualmente por esta enfermedad. Nicaragua es a nivel mundial, el segundo país después de Haití con la tasa de incidencia más elevada de cáncer de cuello uterino con 39 casos/100,000. (1)

Las muertes por cáncer cervical son el indicador más revelador del impacto de la enfermedad sobre las mujeres, sus familias y comunidades. La muerte de una madre pone seriamente en peligro la salud de la familia y especialmente la de los/as niños/as, lo más lamentable de la situación es que dichas muertes son evitables, además con la detección oportuna y el debido tratamiento pueden reducirse. (1)

El cáncer cervical surge por el crecimiento incontrolable de las células seriamente anormales en el cuello uterino, es decir en la entrada de la matriz. La principal causa subyacente es el Virus del Papiloma Humano (VPH), que es la infección de transmisión sexual más común en el mundo y se estima que afecta al 50 u 80% de las mujeres con vida sexual, por lo menos una vez en sus vidas.(1)

Ciertos tipos del VPH pueden ocasionar cambios celulares anómalos lo que se conoce como displasia, que no es más que la presencia de tejidos celulares anómalos en el cuello del útero. Los casos más leves entran en remisión, especialmente entre las mujeres menores de 35 años, pero si las anomalías persisten se vuelven más serias, dando paso al progreso del cáncer, el tiempo entre la displasia y el cáncer cérvico uterino es variado puede ir desde unos cuantos años hasta 30. (1)

Las mujeres contraen el VPH durante las relaciones sexuales no protegidas generalmente durante la adolescencia, en los veintitantos o treinta y tantos años de edad, sin saber que pueden acabar teniendo cáncer, 20 o más años después. Hoy en día no existe cura para la infección por VPH, pero puede prevenirse y tratarse sus consecuencias. (1)

La forma de prevenir las muertes por cáncer cervical es simple y eficaz, los cambios precancerosos en el tejido cérvico - uterino pueden llevar años, pero si se identifican y tratan debidamente las lesiones no llegan a degenerar en cáncer. (1)

Obviamente, la prevención de la infección del Virus del Papiloma Humano (VPH) contribuirá a la reducción de la incidencia del cáncer cervical; este virus se transmite fácilmente y suele no mostrar síntoma alguno; si bien es cierto pueden tratarse las

lesiones, la realidad es que no hay una cura total para eliminar la infección en sí, y la persona puede transmitir el VPH por años y no estar enterado de ello. (8)

En este punto, donde el condón juega un papel primordial para la prevención en la transmisión del VPH, que es la principal causa subyacente del cáncer cérvico uterino, el uso correcto del condón previene la transmisión del VPH y de otras infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH / SIDA, por ende, es otra razón más para incluir al condón como parte indispensable de nuestra práctica sexual. Otro factor importante es disminuir el número de compañeros/as sexuales, para reducir el riesgo de adquirir el VPH y, por ende, el cáncer del cuello de la matriz, así como retrasar el inicio de la vida sexual activa y primer parto después de la adolescencia, lo cual contribuirá a reducir los riesgos para desarrollar cáncer Cérvico uterino.(8)

Papanicolaou (Citología Cervical)

El Papanicolaou es un examen que evalúa los cambios en las células de su cérvix. El cérvix es la parte inferior del útero que se abre hacia la vagina.(15)

El Papanicolaou también es conocido como la citología cervical. Durante los últimos 50 años, como los papanicolaou han reducido por 70% las muertes causadas por la cérvix en los estados unidos.(15)

La citología cérvico vaginal (triple toma) por el método del papanicolaou sigue siendo hoy en día el método más útil y barato para el estudio de las lesiones escamosas preinvasoras (displasia y carcinoma "in situ") de cérvix. Las campañas masivas de despistaje que se realizan actualmente en los países desarrollados han contribuido claramente al descenso del cáncer cervical invasor y por tanto, a la mortalidad por esta causa. (14)

El médico americano de origen griego “George Papanicolaou”, mientras estudiaba la maduración hormonal de la mucosa vaginal, descubrió que se podía identificar células tumorales en el flujo vaginal de mujeres con cáncer de cérvix.

Papanicolaou publicó su estudio en el año 1928 en Estados Unidos, siendo muy limitada su aceptación por la comunidad científica. Por otra parte, Aurel Babés, un patólogo rumano, publicó también la posibilidad de diagnóstico del cáncer uterino por citología exfoliativa (Bucarest, 1927). (14)

Hacia la mitad de la de cada de los 40, J. Ernest Ayre médico canadiense describió el método que hoy conocemos como de Papanicolaou, para el estudio de la mucosa cérvico vaginal. Ayre uso una espátula (espátula de Ayre) para obtener las células, extendiéndose posteriormente en una puerta de cristal para luego fijarlas inmediatamente y teñirlas finalmente para hacerlas visible al microscopio. Este hecho junto con el desarrollo y aceptación de los conceptos de carcinoma precoz y carcinoma in situ, hicieron por fin que el entusiasmo por esta técnica fuese masivo y que los laboratorios de citología y anatomía patológica en los años 50 realizarán esta técnica en forma rutinaria. Cuando Papanicolaou publicó su atlas de citología exfoliativa en 1954, ya se estaba utilizando e esta técnica para muchos más órganos. Podemos concluir diciendo que los trabajos de Papanicolaou y sus seguidores han dejado una influencia dominante en el desarrollo de la citología actual. (14)

El desarrollo de la citología exfoliativa, también conocida como la prueba el Papanicolaou (PAP), utilizada para el diagnóstico oportuno de lesiones precursoras, significó un avance en la prevención de CaCu en mujeres con vida sexual (18)

A este respecto los programas de detección oportuna de cáncer cervical (PDOC) han mostrado ser efectivos en la gran mayoría de los países desarrollados. Una amplia cobertura, y elevados estándares de calidad en los programas de detección, son factores importantes para que el cáncer haya disminuido significativamente (90%) en los países nórdicos, Canadá y Estados Unidos (16-17).

Por el contrario, esta situación no se ha observado en países en desarrollo, tal es el caso de México, donde en 1974 se implementó el programa nacional de detección oportuna de cáncer (PNDOC), y a pesar de ello la tasa de mortalidad por CaCu durante los últimos 25 años no ha disminuido, debido a la baja cobertura y bajos estándares de calidad (17)

Fundamentos de la Técnica

La mucosa vaginal y ectocervical están constituidos por un epitelio plano escamoso multiestratificado no queratinizado que presenta una maduración ininterrumpida desde las células basales o de reserva (germinales) a las más maduras y diferenciadas de la superficie. Este proceso tiene una maduración entre 4 y 5 días. Las células escamosas observadas en una muestra citológica proceden predominantemente de la superficie, aunque también se pueden observar de las capas más profundas. (15)

El fundamento de la técnica está basado en dos conceptos básicos (desde el punto de vista simplista pero útil):

La “diferenciación escamosa” de la célula y la “carcinogénesis”, que se manifiesta por las características del citoplasma y del núcleo, respectivamente.

La diferenciación escamosa (maduración citoplasmática) se divide arbitrariamente en 4 capas:

- 1) Basal
- 2) Parabasal
- 3) Intermedia

4) Superficial

La carcinogénesis (cambios nucleares) puede dividirse igualmente en 4 niveles:

- 1) Normal
- 2) reacciones proliferativas benignas
- 3) neoplasia intraepitelial (displasia/carcinoma "in situ")
- 4) Carcinoma (microinvasivo y francamente invasor)

Lo dicho nos permite valorar adecuadamente, en la mayoría de los casos, el estado de la mucosa cervicovaginal, tanto en el aspecto hormonal como neoplásico y microbiológico.(15)

Valoración hormonal

Durante el ciclo menstrual, la mucosa cervicovaginal, muy sensible a la secuencia hormonal fisiológica (estrógeno y progesterona), sufrirá cambios que nos permitirán darnos una idea de la maduración celular, averiguando el "estatus" hormonal, así como detectar situaciones patológicas en las que secundariamente va ha estar alterada. Una mujer en edad fértil va ha tener un 40% de células intermedias y 60% de células superficiales en la fase preovulatoria. En la fase postovulatoria el porcentaje será inverso, con un 60% de células intermedias y 40% de células superficiales. En ambas situaciones no existen células basales ni parabasales. En la menopausia habrá un 80% de células parabasales y un 20% de células intermedias (Atrofia).(15)

Valoración Neoplásica

Sin duda la más importante

Metaplasia: Es la sustitución del epitelio glandular endocervical por otro de tipo escamoso en respuesta a diversos estímulos (pH, endocrinos, trauma, inflamación, etc.). La zona de metaplasia entre epitelio original escamoso y el endocervical se denomina “Zona de transformación”, sitio donde se van a originar la gran mayoría de los carcinomas escamosos, de ahí que sea fundamental tomar de aquí suficiente número de células. (15)

Hay que tener en cuenta que la localización de la zona de transformación cambia gradualmente según la edad, avanzando cada vez más hacia endocérvix. Durante la edad reproductiva esta zona es distal al orificio cervical, por lo que es fácil obtener muestra.(15)

En la menopausia, en cambio, aparecen en el canal endocervical, siendo difícil obtener material representativo. La metaplasia, por otra parte, es tan común que se considera un proceso fisiológico normal.(15)

Displasia y carcinoma “in situ”: Forman un espectro morfológico también conocido como “Neoplasia Intraepitelial Cervical (CIN)” y, más recientemente, como “Lesión Escamosa Intraepitelial (SIL)”. Cuando se afecta el control de división celular y se pierden gradualmente el control de las funciones básicas celulares, tales como la división y la diferenciación, se produce la transformación neoplásica. (15)

Las células entonces retienen su capacidad mitótica, pero no se diferencian adecuadamente conforme ascienden en el epitelio, por lo que dicha proliferación es desordenada. Esto es en esencia la “displasia”. Si esta alteración continua progresando, las células cada vez se diferencian menos, perdiendo entonces sus

características escamosas hasta que todo el espesor del epitelio está constituido por células indiferenciadas, atípicas, de morfología basaloide “Carcinoma in situ”.(15)

La diferencia esencial entre displasia y carcinoma “in situ” es la presencia o ausencia, respectivamente, de cualquier signo visible de diferenciación escamosa en las células anormales. La intensidad de las alteraciones nucleares, la relación núcleo/ citoplasma y las características citoplasmáticas nos permitirán clasificar la lesión como displasia leve, moderada y severa y carcinoma “in situ”. (15)

Recientemente, según el sistema BETHESDA, las displasias se clasifican como:

Lesión escamosa de bajo grado (/SIL de bajo grado/) que incluye las displasias leves e infecciones por el virus del papiloma humano y el condiloma.

Lesión escamosa de alto grado (/SIL de alto grado/) que incluye las displasias leves, moderadas, severas y cáncer in situ.

Conforme se produce la transformación de carcinoma “in situ” a macro invasor y francamente invasor, el cuadro citológico va haciéndose cada vez más abigarrado, con mayores atipias y un fondo de aspecto necrótico (diátesis tumoral).

Células superficiales

Células intermedias

Células parabasales

Células basales

Displasia/Carcinoma “in situ” (15)

Un aspecto de trascendental importancia hoy en día es la identificación de mujeres afectadas por condiloma en relación con la infección por el virus del papiloma humano (VPH), agente del que cada vez hay más evidencia de su relación con el carcinoma de cérvix. Con la toma citológica cervicovaginal podremos identificar un gran porcentaje de casos, ya que existe un cuadro citológico muy característico, tal como la presencia de KOILOCITOS (Célula intermedia – superficial con gran halo claro peri nuclear citoplasmático y núcleos hiper cromáticos agrandados). Desgraciadamente, no siempre se observan dichas células y además, disminuyen progresivamente en números conforme se incrementa la severidad de la displasia (aunque está ligada a dicha infección), siendo excepcionales en casos de cáncer invasivos.(15)

Hoy se conocen más de 70 subtipos de los que los números 16 y 18, principalmente, están estrechamente relacionados con los CIN (SIL) de alto grado. En cambio, los subtipos 6 y 11 muestran escasa progresión a CIN (SIL) de alto grado. Poder realizar de forma sencilla y sistemática la tipificación de estos virus es un gran avance en mujeres con condiloma. Los sistemas más sensibles que actualmente disponemos son las técnicas de biología molecular, tal como el PCR (reacción en cadena de la polimerasa) no utilizable todavía de forma rutinaria. (15)

Atipia de células escamosas de significado indeterminado: definido según el sistema Bethesda, como alteraciones escamosas que son más marcadas que las atribuibles a cambios reactivos, pero que cuantitativamente o cualitativamente no encajan en el concepto de Neoplasia Cervical Intraepitelial. Pacientes con este diagnóstico deben ser seguidas regularmente con controles clínicos - citológicos según se encuentren dentro de grupos de alto o bajos riesgos. Para el seguimiento y control de las pacientes con Lesiones Escamosa Intraepiteliales (displasias – carcinoma “in situ”) es esencial conocer la historia natural de estas lesiones. Progresa generalmente de forma lenta y pueden también regresar, pero hay grandes diferencias de unos casos a otros. (15)

Generalmente se observa que:

- 1) Las lesiones nuevas comienzan como displasia leve (CIN I / Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado)
- 2) Cualquier grado de displasia puede progresar a carcinoma "in situ".
- 3) Las lesiones intraepiteliales de alto grado (CIN 2-3) frecuentemente persisten o progresan y raramente regresan espontáneamente, mientras que las lesiones de bajo grado (CIN I) a menudo regresan sin tratamiento.
- 4) La mayoría de los casos de carcinoma "in situ" progresarán a cáncer invasivo si no son tratados.
- 5) El carcinoma invasor puede originarse sin paso previo de carcinoma "in situ", pero esto es la excepción.

Cuando más avanzada es la enfermedad, más probablemente progresarán y menos probablemente regresarán. Aunque solo una minoría de las lesiones avanzan, las que lo hacen pueden llegar a carcinoma "in situ" y, de aquí a invasor. (15)

La invasión usualmente ocurre en las lesiones más avanzadas y solo después de años. Sin embargo, el cáncer invasivo puede originarse también en cualquier grado de displasia, incluso de una leve. La duración total de la enfermedad, desde displasia leve a cáncer invasivo, puede ser de 10 a 20 años. Probablemente, menos del 15% de todas las displasias no tratadas progresarán a carcinoma "in situ". Sin embargo un gran número de carcinomas "in situ" progresará a cáncer invasivo si no se tratan, también hay que tener en cuenta la posibilidad de que pueda existir REGRESIÓN y RECURRENCIA de dichas lesiones.(15)

Se sabe que las lesiones displásicas pueden regresar, si bien el porcentaje no se conoce con exactitud (las menos avanzadas regresan más que las más avanzadas). Pacientes jóvenes experimentan mayores regresiones que las de mayor edad y después de los partos también regresan más frecuentemente. Valoración microbiológica y cambios celulares a inflamación: Prurito y leucorrea son los motivos más frecuentes por los que una mujer acude al ginecólogo.(15)

Aunque la citología cervicovaginal puede ser útil en identificar infecciones específicas, no siempre es así y hay que recurrir entonces a cultivos microbiológicos si es necesario. Debemos recordar también que inflamación no significa infección y, también muy importante, los cambios inflamatorios persistentes implican un riesgo alto para el desarrollo de displasias. (15)

Un aspecto de vital trascendencia es que la flora normal cervicovaginal es poli microbiana, formando un ecosistema dinámico en el que predominan los gérmenes anaerobios. Mantienen un pH ácido que protege de infecciones, el bacilo más representativo es el DÖDERLEIN. Este puede causar en momentos del ciclo una marcada lisis de las membranas celulares (citolisis), usualmente intermedias (ricas en glucógeno) produciendo núcleos sueltos como datos más característicos. Esto ocurre especialmente en el embarazo y segunda mitad del ciclo, cuando actúan microorganismos patógenos inhiben el crecimiento de los bacilos DÖDERLEIN, produciendo alteraciones celulares distintas a la citolisis, algunas veces se plantea un problema crucial al no poder diferenciar estos cambios de la verdadera displasias. (15)

Las infecciones específicas que nos podemos encontrar con más frecuencia e importancia clínica son:

Trichomonas vaginalis: Protozoo de 8 a 30m de tamaño, que produce picor y leucorrea verdosa, puede simular fácilmente displasia de bajo grado. (15)

Leptothrix: Bacilo alargado y fino que recuerda a mechones de pelo, muy frecuentemente se asocia a trichomonas. (15)

Hongos (candidas): Producen picor y leucorrea blanquecina. Se asocian a cambios en:

- 1) El glucógeno vaginal.
- 2) Flora o pH
- 3) Embarazo
- 4) Segunda fase del ciclo
- 5) Diabetes mellitus
- 6) Inmunosupresión
- 7) Corticoides
- 8) Anticonceptivos
- 9) Antibióticos de amplio espectro y
- 10) Quimioterapia. (15)

Actinomicosis: Se asocia en la mayoría de los casos al uso del DIU generalmente asintomática. Si existe dolor hay riesgo de enfermedad pélvica. Mitológicamente se visualizan como colonias gram positivos, filamentosas, que se disponen en acúmulos irradiándose desde la zona central.(15)

Virus Herpes: Puede ser asintomático o presentarse como vesículas dolorosas. Se asocia con morbilidad y mortalidad neonatal, por lo que es muy importante tenerlo en

cuenta en mujeres embarazadas. Las células infectadas presentan multinucleación con moldeamiento y núcleos de aspectos deslustrados. Puede simular displasias severas / carcinomas "in situ". La paciente con infección por virus herpes deben encuadrarse dentro del grupo de mujeres de alto riesgo. (15)

Clamidia Trachomatis: Bacteria intracelular obligada que se asocia con inclusiones granulares intracitoplasmáticas. Si exceptuamos la gonocócica, es la causa más común de uretritis/cervicitis, es la causante del 20 – 30% de los casos de inflamación pélvica, pudiendo resultar en infertilidad y embarazos ectópicos, frecuentemente es asintomática, se infecta la células endocervicales y metaplásicas. Desgraciadamente el valor de la citología en el diagnóstico de clamidias es incierto y poco específico, puede simular también cambios de displasia leve.(15)

Aspectos clínicos - citológicos de interés: La triple toma cervicovaginal, aún siendo una prueba imperfecta, tiene la capacidad para detectar las lesiones displásicas precursoras tratables, que unido a la sencillez y bajo costo, han conseguido una marcada reducción en la morbilidad y mortalidad del carcinoma de cérvix uterino. Las lesiones precursoras (displasias, condiloma) están aumentando su incidencia, sin embargo el cáncer cervical invasivo está disminuyendo marcadamente. Debemos tener en cuenta además, que la ausencia de despistaje citológico es un significativo factor de riesgo para el desarrollo del cáncer cervical. (15)

Errores de la citología cervicovaginal: Ninguna otra prueba ha tenido tanto éxito en la erradicación de un cáncer como la citología cervicovaginal. Sin embargo, no es una prueba infalible. En teoría el carcinoma cervical es precedido por un largo pródromo de enfermedad preinvasiva que puede ser detectado y tratado. (15)

Factores implicados en los errores

Relacionados con el paciente: No acudir a la cita anual suele ser habitual, también influye la preparación previa a la realización de la prueba (ducha y coito recientes pueden eliminar por fricción las capas celulares superficiales y aumentar, por tanto, el número de falsos negativos). (14)

Clínicos: Defecto de la realización de la toma y defecto del seguimiento evolutivo de la paciente. (14)

Instrumentación y modo de realización de la muestra: Debe de existir un buen número de células de las tres zonas (vagina, ectocérvix, y endocérvix) y bien extendidas. (14)

¿Qué evalúa este examen?

El Papanicolaou evalúa los cambios anormales en las células cervicales. El papanicolaou puede detectar un cambio precanceroso en las células conocido como displasia cervical. Las células anormales pueden desarrollarse en un cáncer si la displasia no es descubierta y tratada. (15)

El papanicolaou también podría detectar infecciones virales de la cerviz, tales como verrugas genitales (condilomas) y herpes. Podría detectar infecciones vaginales, tales como infecciones por levaduras y tricomonas. Algunas veces el papanicolaou puede proporcionar información acerca de sus hormonas, especialmente sobre la progesterona y el estrógeno. (15)

La mayoría de las mujeres deberían hacerse un papanicolaou por lo menos una vez al año, especialmente si están activas sexualmente y a menudo ser examinada de acuerdo a sus factores de riesgo para el cáncer cervical. (15)

Se tiene un alto riesgo de cáncer cervical si:

- 1) Ha tenido un papanicolaou anormal
- 2) Empezó a tener relaciones sexuales durante su adolescencia o antes.
- 3) Ha tenido muchas parejas sexuales.
- 4) Si su pareja han tenido alguna infección vaginal como verrugas genitales.
- 5) Cuando ha tenido cáncer vaginal o de la vulva.
- 6) Las ex – parejas de su actual compañero/a sexual ha tenido cáncer cervical o células cervicales anormales.
- 7) Su pareja sexual tiene o ha tenido cáncer del pene.
- 8) Si fuma cigarrillos.
- 9) Su madre tomo la hormona dietilestilbestrol (DES) cuando estaba embarazada.
- 10) Su sistema inmune está débil; por ejemplo, si ha tenido un trasplante, si está tomando medicamentos inmunosupresivos o si el paciente tiene SIDA.(15)

Limitaciones de la citología

- 1) Limitado número de personal especializado: Demora en resultado
- 2) Requiere tamizaje frecuente
- 3) Colposcopia no es tan sensible como se piensa
- 4) Esta estrategia ha costado miles de millones de dólares
- 5) Difícil de sostener en muchas áreas del mundo
- 6) La Citología cervical, sea convencional o en base líquida, tiene sensibilidad limitada y es poco reproducible
- 7) Diferentes patólogos probable diferencia de resultados (3)

Edad de inicio y frecuencia para la toma del papanicolaou:

Todas las mujeres que son o han sido, sexualmente activas deben realizarse una prueba de papanicolaou o mujeres de 25 a 65 años o mujeres mayores de 65 años que no tengan un estudio citológico reciente o mujeres menores de 25 años cuya historia clínica la haga población de riesgo.(15)

- 1) La toma de la citología debe realizarse en el esquema 1-1-1-3.
- 2) Si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología anual.
- 3) Si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años.
- 4) Mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.
- 5) En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3.
- 6) Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios inespecíficos severos deberán continuar con exámenes anuales.
- 7) La citología deberá practicarse sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad.(2)

Una vez que se ha realizado 3(tres) o más exploraciones anuales satisfactorias con resultados de Papanicolaou normales, puede reducirse a la frecuencia del frotis del papanicolaou pero es de suma importancia, el criterio médico, tomando en consideración los factores de riesgo individuales.(15)

La prueba debe realizarse a toda mujer embarazada, independientemente de la edad gestacional; la unión escamo cilíndrica se halla en eversión por la hipertrofia y dilatación del canal endocervical por lo que no es necesario introducir el aplicador muy internamente sobre todo en embarazos mayores de 20 semanas.

La repetición del examen citológico no debe hacerse antes de tres semanas del primero y debe transcurrir por lo menos una semana entre el término de un tratamiento vaginal tópico y la toma de la muestra para repetir el examen.(15)

Se recomienda citología cada año a usuarias de alto riesgo:

- ✓ Historia previa de ITS.
- ✓ Portadora de VPH o HIV
- ✓ Fumadoras
- ✓ Historia de múltiples parejas sexuales
- ✓ Lesión preinvasora en cualquiera de los frotis previos (2)

Reducción potencial de las tasas acumulativas de cáncer cérvico uterino de acuerdo a diferentes frecuencias de las pruebas de detección.

Frecuencia de las Pruebas de detección*	Reducción porcentual de la tasa acumulativa
Cada año	90 - 93
Cada 2 años	86 - 91
Cada 3 años	75 - 88
5 veces en la vida	61 - 74
3 veces en la vida	35 - 55
2 veces en la vida	29 - 42
1 vez en la vida 1	7 - 32

Reducción potencial de las tasas acumuladas de cáncer cérvico uterino según las distintas frecuencias de tamizajes.

Frecuencia del Tamizaje	Disminución porcentual la tasa acumulada
1 año	93
2 años	93
3 años	91
5 años	84
10 años	64

- ✓ Tasa de falsos negativos del 15.6%
- ✓ Dos citologías anuales es del 2.4
- ✓ Al tercer año consecutivo la probabilidad de pasar por alto una lesión llega a ser del 0.4%.
- ✓ Es la razón por la que la American Cancer Society da sus recomendaciones de PAP cada 1-3 años. (1)

Preparación para la toma de muestra de un Papanicolaou

- 1) Que no este menstruando.
- 2) Evite el uso de tratamientos o lavados vaginales 72 hrs. Antes.
- 3) Abstenerse de relaciones sexuales 72 hrs. Antes.

Consideraciones Especiales

Portadoras de VIH/SIDA

- 1) Se recomienda tomar la citología dos veces en el primer año después de realizado el diagnóstico de infección con VIH.
- 2) Si los resultados son negativos en ambas pruebas, la frecuencia puede ser anual.
- 3) En caso contrario ante un resultado anormal, la usuaria debe ser referida a colposcopia.(2)

Usuaris embarazadas

- 1) No existe contraindicación para tomar la muestra de citología.
- 2) Es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad.
- 3) Sin embargo en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la FPP o si bien a pesar de las explicaciones rehúsa tomarse la citología.
- 4) Se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto.

El tamizaje podría ser discontinuado a discreción del médico y la usuaria.

Si cumplen los siguientes requisitos (2)

Mujeres con 5 o más frotis negativos sometidas a HTA por enfermedad benigna.

- 1) En mujeres mayores de 65 años que previamente han sido tamizadas y con al menos 3 citologías negativas en los últimos 10 años. (7)

Lo que toda mujer debe hacerse

Edad	Estudios	Frecuencia
Adolescentes no activas sexualmente	Charla informativa con el ginecólogo	Antes y después de la primera relación sexual.
De 20 a 39 años	Papanicolaou Colposcopía(Optativo)	Anual
A partir de los 40 años	Papanicolaou Colposcopía(Optativo) Mamografía	Anual
A partir de los 50 años	Papanicolaou Colposcopía(Optativo) Mamografía	Cada 2 años
Mayores de 60 años	Visita al ginecólogo	Cada 3 años

Lugares de detección:

La citología cervical se realizará gratuitamente en las unidades del Ministerio de salud que brindan atención integral a la mujer.(2)

Equipo e insumos necesarios para la toma del frotis de Papanicolaou:

Antes de obtener la muestra es preciso disponer de todos los elementos necesarios para la obtención y fijación de la muestra.

- 1) Camilla ginecológica
- 2) Lámpara cuello de cisne
- 3) Espéculos de tres tamaños
- 4) Guantes descartables
- 5) Hoja de solicitud de citología cervical
- 6) Fijador en spray o alcohol de 95 grados
- 7) Laminas porta-objetos
- 8) Espátulas de madera (Ayre) o citocepillo.
- 9) Porta-Laminas
- 10) Torundas (2)

¿Qué ocurre durante el procedimiento?

El papanicolaou solo toma algunos segundos. Mientras la paciente está acostada sobre su espalda con sus rodillas dobladas y sus piernas separadas, el doctor colocará un espéculo en la vagina para localizar el útero. Posteriormente utiliza una escobilla o baja lenguas para raspar la superficie del cuello uterino y obtener la muestra de células para ser colocada en una lámina de vidrio y enviada al laboratorio para su análisis microscópico.(15)

Técnica para la recogida del frotis

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

Para que una muestra sea satisfactoria es necesaria la presencia de células del exo y endocervix. Consiste en obtener células de la circunferencia de la unión escamocolumnar o epitelio de transición, que es el sitio donde se inicia el cáncer de cuello uterino.(2)

Con la paciente en posición ginecológica, previa explicación del procedimiento se procede a:

- 1) Lavarse las manos y colocarse los guantes
- 2) No realizar palpación bimanual antes de la toma de la muestra
- 3) Introducir el espéculo sin lubricar en la vagina. De ser necesario, humedecerlo con agua limpia o solución salina.

- 4) Visualizar el cérvix y fijar el espéculo.
- 5) Si se encuentran abundantes secreciones removerlas suavemente con un aplicador de algodón o torunda humedecido ante de tomar la muestra. (2)

Se toman dos muestras de la siguiente manera:

- 1) Tomar la muestra del exocérnix y del endocérnix con espátula de Ayre o citocepillo rotando todo su alrededor (360 grado), luego realizar extendido en el extremo derecho de la lámina porta objeto con movimientos suaves, en zig-zag y rotatorio.(2)
- 2) Otro procedimiento es la triple muestra; del fondo de saco vaginal posterior, exocérnix y endocérnix; las dos primeras tomas se realizan con espátula de madera, la tercera con aplicador y se realiza el extendido de forma horizontal en la misma lámina y en el mismo orden en que fueron tomados.(2)
- 3) Fijar la muestra inmediatamente después de la toma; si usa fijador spray que sea a una distancia entre 20 – 30 cm. de la lámina. Si utiliza alcohol de 95 grados utilícelo con un atomizador de igual manera que fuese el fijador spray.(2)
- 4) Si al momento de tomar la muestra se observa el cérvix sangrante, lesiones exofíticas, extensas áreas ulceradas, deberá ser transferida para valoración de médico ginecólogo.(2)

Llenar formulario de solicitud de examen citológico con todos los datos requeridos en él, especificar con que instrumentos se tomó la muestra, para ser enviada al laboratorio de patología.(2)

La muestra deberá secarse al aire libre y posteriormente envolverse, idealmente deberá llevarse de inmediato o más tardar dentro de la semana siguiente a la toma para su procesamiento.(2)

Transporte del portaobjetos:

Cada portaobjetos rotulado debe enviarse con un formulario de solicitud de examen. El portaobjetos se enviará en su portalámina junto con el formulario de solicitud para evitar su daño o pérdida. No transportar las muestras conjuntamente con muestras para biopsia ya que la formalina es muy volátil interfiriendo con la calidad de la muestra del papanicolaou.(2)

Es importante mencionar que la combinación de citología y colposcopia determina una altísima exactitud diagnóstica cercana al 100%.(2)

Errores que deben evitarse

- 1) Identificación inadecuada de la lámina
- 2) Toma de muestra de las paredes o fondos de saco vaginal
- 3) Utilización de portaobjetos sucios
- 4) Que el talco de los guantes contamine la laminilla o el espejulo

- 5) La desecación de las células por excesivo tiempo de exposición al ambiente al ambiente antes de la fijación de la muestra, que debe ser inmediata.
- 6) Fijar la muestra con alcohol etílico con dilución menor al 70%
- 7) Extendido hemorrágico
- 8) Extendido grueso con distribución irregular de la muestra
- 9) No colocar, ni transportar muestras de citologías con muestras de biopsias (15)

Informe e interpretación de los resultados del papanicolaou

- 1) El resultado deberá informarse a la usuaria en un periodo no mayor de un mes.
- 2) Para informar los resultados de la citología se utilizará el sistema Bethesda.
- 3) La solicitud de citología se llenará en original y dos copias. Esta solicitud acompañada de la lámina con la muestra tomada a la usuaria, será enviada al departamento de patología para su lectura.
- 4) El resultado de la citología se reportará en la misma solicitud. La primera hoja (original) se conservará en el archivo del departamento de patología. La segunda hoja (primera copia) se enviará al expediente clínico del hospital o unidad de salud de referencia. La tercera hoja (segunda copia) se enviará al registro central del programa de prevención y atención al cáncer Cervicouterino.(2)

Diseño Metodológico

Tipo de Estudio: Cualitativo de grupos focales

Área de Estudio: Población del municipio de Telpaneca la cual según INEC es de predominio rural con un 85.19%. Las mujeres de este municipio inician su vida sexual activa a temprana edad, son grandes multigestas con periodo intergenésico corto cuya atención de partos son en su mayoría domiciliarias, estas mujeres son económicamente dependientes de su compañero de vida los cuales se caracterizan por ser machistas lo que impide que ellas tomen sus propias decisiones

Universo: El universo de estudio lo constituye 800 mujeres en edad fértil que se encuentran en el programa de planificación familiar de estas se tomaron 111 mujeres que fueron el total que acudieron a planificación familiar en el periodo de estudio.

Muestra: Para desarrollar nuestro estudio reunimos los 6 grupos focales planteados cada uno conformado por 6 a 8 mujeres y hombres de la siguiente manera:

- 1) Un grupo de mujeres jóvenes entre 18 a 25 años del área urbana
- 2) Un grupo de mujeres jóvenes entre 18 a 25 años del área rural
- 3) Un grupo de mujeres adultas entre 30 a 45 años del área urbana
- 4) Un grupo de mujeres adultas entre 30 a 45 años del área rural
- 5) Un grupo de hombres jóvenes entre 18 a 25 años del área rural
- 6) Un grupo de hombres jóvenes entre 18 a 25 años del área urbana

La representatividad en los estudios cualitativos se basa en que el mundo de las percepciones es parte integral de una construcción social. En este sentido es importante identificar las personas idóneas para extraer las ideas o discursos que forman parte de esa construcción social.

En este sentido, la selección de las participantes de estos grupos se hizo mediante criterios de selección tales como:

- 1) En principio, voluntariedad de participar en el estudio
- 2) Además que tenga más de 5 años de vivir en el sitio
- 3) Que tenga algún nivel de liderazgo entre mujeres de su grupo, para que pueda aportar por ella, sus creencias y valores y por las creencias y valores colectivos del lugar.

Instrumento de Recolección de información: Se utilizará una guía de preguntas diseñada para alcanzar con los objetivos del estudio. Misma que será validada mediante una prueba piloto con un grupo de 4 mujeres.

Procedimientos para la recolección de los datos:

- 1) Se elaboró un listado de candidatas a participar en cada grupo, se les visitará en sus casas para explicarles los objetivos del estudio y solicitar su participación en los grupos focales.
- 2) Una vez conformado cada grupo, los citamos a una reunión en un sitio cómodo, con algún nivel aceptable de privacidad, donde ellas puedan hablar libremente y con confianza.

- 3) Ya en la reunión se realizó las presentaciones de las participantes para que se conocieran entre sí, se les explicaron los objetivos del estudio y el rol del guía de la discusión.
- 4) Se dispuso de mesas y sillas confortables, así como refracciones para mayor tranquilidad de las participantes
- 5) Se solicitó permiso al grupo para grabar la discusión, explicándoles que es difícil escribir al ritmo de que hablan y que todo lo que digan será de interés para el estudio y confidencial
- 6) Se realizaron preguntas, estimulando la participación de todas las participantes y facilitando la profundización de la discusión hasta donde más sea posible.
- 7) Al final agradecemos su participación.

Definición de términos:

Percepción: Proceso por el cual una persona tiene conocimiento del mundo exterior a partir de las impresiones que le comunican los sentidos.

Creencias: Las creencias de una cultura son "ideas compartidas (principios ideológicos) acerca de cómo opera el mundo".

Papanicolaou: Coloración que permite detectar alteraciones en el tamaño y la forma de los núcleos, el cambio en la relación citoplasma-núcleo, anomalías en la mitosis, núcleos múltiples, etc. Pudiendo deducir la actividad hormonal del ovario o diagnosticar una lesión premaligna del útero, cuando se utiliza tiñendo las células exfoliadas de la vagina o el cérvix. Da una seguridad del 80%-90% en el diagnóstico de las lesiones precancerosas del cérvix.

Neoplasia: Neoformación de tejido, en el que la multiplicación de las células no está totalmente controlada por los sistemas reguladores del organismo, de modo que persiste su multiplicación después de cesar el estímulo que indujo al cambio.

Displasia: Anomalía de desarrollo morfológico de un órgano o tejido; sin embargo, según su uso médico se aplica a células epiteliales o mesenquimatosas, principalmente las primeras, que han experimentado cambios proliferativos algo irregulares y atípicos, muchas veces como respuesta, a la irritación o inflamación crónica.

Plan de análisis:

Los resultados de las grabaciones serán transcritas para su análisis mediante análisis de contenido.

Los resultados se presentarán en forma de textos con citas textuales de las transcripciones y diagramas diseñados para tal fin.

Resultados

Sobre los participantes y su participación:

Se realizaron sesiones con seis grupos focales, tres del área urbana y tres rurales, dos con mujeres entre las edades de 18 a 25 años y 30 a 45 años de edad y uno con varones entre las edades de 18 a 25 años para cada área. El tema fue considerado importante y de gran interés por los participantes, pues es una problemática actual.

Se observó mayor participación por parte de las mujeres procedentes de áreas rurales en comparación con las mujeres de áreas urbanas, estas demostraron mejor desenvolvimiento y expresión, lo cual nos parece poco usual ya que las mujeres de áreas rurales son más tímidas e introvertidas en comparación a las de áreas urbanas.

Todas las mujeres que participaron tenían conocimiento acerca del examen y ya se habían realizado el mismo alguna vez en su vida, así mismo los hombres que formaron parte del estudio conocían este examen y sus beneficios.

Percepción sobre la utilidad del examen del Papanicolaou:

En cuanto a la percepción que tienen las personas sobre la utilidad del examen de Papanicolaou, encontramos que en general muchas aseveraciones reflejan que vinculan la realización del examen a la detección del cáncer, sin embargo no le asignan un nivel de precisión en las mujeres de 18 a 25 años del área urbana expresan que es un **“examen que se utiliza para detectar diferentes enfermedades en las mujeres como el cáncer”**, **“importante que toda mujer tiene derecho a realizárselo ya que detecta enfermedades malignas y nos ayuda a prevenir muchas enfermedades”**. Es importante que aparezca en los discursos de las mujeres el término **“derecho”** lo que da la apariencia que están conscientes de que la prueba no solamente es un servicio más que está ahí, sino que tienen el derecho a ello y pueden llegar a demandarlo. Sin embargo rodean esta limitada comprensión a otros términos que pudieran tener efectos perversos sobre su acceso a los servicios **“nos garantiza que**

estemos lejos de cualquier enfermedad de transmisión sexual”, sobre todo cuando asociamos las enfermedades de transmisión sexual en la mujer a **infidelidad**. Ya que este tema es un tema tabú al que las mujeres muchas veces evitan discutir por el temor de que el hombre las acuse a ellas.

Estas ideas no cambian en el grupo de 18 a 25 años del área rural y de las mujeres mayores a 30 años que participaron del estudio.

Los hombres dan la impresión de estar mejor informado sobre las razones del examen al decir **“chequeo médico que detecta enfermedades como cáncer de útero”, “es un examen para detectar cáncer a temprana edad y así poder combatirlo a tiempo”**. Un elemento importante que posiblemente es donde surja la dificultad de las mujeres para acceder a los servicios es el hecho de que los hombres piensen que es un problema de la mujer nada más: **“es un examen el cual es muy importante para las mujeres ya que por medio de este, ellas se pueden dar cuenta si tienen alguna infección o algún tipo de cáncer”**. En ningún momento se asume el riesgo del cáncer como un problema familiar.

Percepción sobre quiénes deberían hacerse la toma de la muestra:

Con respecto a la percepción sobre quienes deberían hacerse la toma de la muestra nos dimos cuenta que manejan buena información es decir tienen una buena percepción del tema, no son ajenos a este, todos los grupos coinciden al expresar que deben realizárselo **“todas las mujeres que inician su vida sexual** al igual que **“todas las mujeres que han tenido muchas parejas”**. En su mayoría comparten la opinión de que también **“las mujeres con hijos deben realizarse la toma de la muestra tengan o no marido”**. sin embargo solamente las mujeres de 18 a 25 años del área rural y las de 30 a 45 años del área urbana consideran que existe relación entre los resultados del examen y los antecedentes familiares por lo que comparten que es importante que también se lo realicen **“todas las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer.**

Percepción sobre los servicios disponibles para la toma de la muestra:

En relación a la percepción sobre los servicios disponibles para la muestra de la citología cervical es importante destacar que a pesar de que la mayoría opina que el personal destinado a la toma del examen está debidamente capacitado hay poca confianza, esto principalmente en áreas rurales donde gran parte de las mujeres entre las edades de 18 a 25 años opinan que “ el personal está capacitado, pero como me conocen me da vergüenza porque me parece que lo van a andar divulgando” esto es una limitante bastante común y está asociado a la mala percepción o tabú que tienen algunas mujeres principalmente en áreas rurales: “Ese examen solo se lo hacen las mujeres que han tenido varios maridos o tienen una infección en sus partes”, sin embargo entre mujeres de las mismas edades, pero pertenecientes a áreas urbanas se encontraron similares opiniones en relación al personal de salud manifestando que “No confío en el personal de salud, ya que hacen comentarios cuando acudimos a realizarnos el examen, preferimos ir a unidades privadas porque hay mas privacidad aunque paguemos”. Otra limitante bastante común es la poca confianza que tienen las mujeres en relación a la esterilización de los instrumentos utilizados en la toma de la citología cervical o PAP y el tiempo de espera del reporte de los resultados del examen, lo que conlleva una menor demanda del servicio, pues la mayoría confía más en servicios de salud privados.

Se encontraron similares opiniones en hombres tanto de áreas rurales como urbanas, sin embargo es notorio que la mayoría de ellos opina que el personal que toma el examen debe ser una mujer o al menos esa es la percepción que tienen. En relación a esto podrían realizarse campañas educativas enfocadas principalmente en áreas rurales para educar a la población y estrategias dirigidas al personal de salud para mejorar tanto en la técnica de la toma, utilización de instrumental debidamente esterilizados y tratar de cambiar la percepción negativa que tiene la población y con ello a su vez incrementar la demanda del servicio DOC.

Percepción de la influencia del entorno conyugal, familiar y comunal en las decisiones de la toma de la muestra:

En cuanto al entorno conyugal y familiar se encontró similitud en las opiniones, mujeres entre 18 y 25 años de áreas urbanas manifestaron que sus compañeros si se preocupan “A mi marido le preocupa que me haga el examen ya que también está en juego la salud de él, a demás ahora hay muchos casos de cáncer de matriz”, algunas mujeres de áreas rurales entre los mismos grupos atareos opinaron que “Mi compañero se interesa que me haga el examen, pero a mi familia no le importa mi salud”. Mujeres entre las edades de 30 a 45 años consideran que en lo que respecta a la salud la familia si se preocupa y es una cadena “el cáncer es una enfermedad que si ataca a uno, puede atacar a otros de la misma familia por que puede ser hereditario, pero a la comunidad no le interesa cada quien vive su vida y se preocupan por sus propios intereses”. En relación a la opinión de hombres entre las edades de 18 a 25 años, estos manifestaron preocuparse por la salud de sus compañeras y consideran importante la realización del PAP para la detección de enfermedades como el cáncer de matriz a tiempo, sin embargo consideran como no importante la opinión que tenga la familia y la comunidad en relación a decisiones de la pareja.

Discusión de los resultados

La investigación cualitativa se constituye en un instrumento formidable para la comprensión y análisis de los factores determinantes de la salud, entre los cuales se incluye el comportamiento de la población, que complementa los requerimientos de información que los tomadores de decisiones demandan, al interior de las agencias responsables, para estructurar así respuestas organizadas (19).

El objetivo fundamental del grupo focal es alcanzar o lograr el descubrimiento de una estructura de sentido compartida, si es posible consensualmente, o, en todo caso, bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo (20). En este sentido se logró que los grupos focales tuvieran un nivel de información aceptable sobre el tema de tal manera que se pudieran explorar durante los aportes de las intervenciones la esencia de sus percepciones y motivaciones que hacen posibles la manifestación de sus comportamientos y que se convierten en barreras que limitan el acceso a la toma del Papanicolaou.

Sobre la utilidad del Papanicolaou:

Lo ideal es que tanto los servicios de salud y las personas se dispongan en cooperar para vencer los obstáculos y detectar precozmente las alteraciones precoces del cáncer en el cuello uterino, sin embargo esto no sucede así y las mujeres siguen muriendo de cáncer, siendo éste un problema con grandes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, y en especial para las de los países en desarrollo (21, 22). Un elemento importante sobre este aspecto es la comprensión que las personas tengan sobre el problema, las pruebas para detectarlo de forma temprana y la eficacia de las terapias existentes.

Al discutir sobre este tema, fue notorio encontrar muchas aseveraciones respecto a los beneficios y/o utilidad que ofrece el Papanicolaou en la detección del cáncer de la matriz lo que nos indica que la información que transmite el Ministerio de Salud ha sido eficaz.

Sin embargo también, y con mucha frecuencia, mencionaron que el examen también identifica “otras enfermedades”, y relacionan las enfermedades de transmisión sexual. Es posible que aquí inicia la construcción social de las barreras que hacen del examen de papanicolaou un tabú debido a que el programa de detección se ha enfocado en temas como promiscuidad sexual lo que lleva a un significado de infidelidad en las relaciones de parejas, un tema muy vergonzoso a ser discutido o sobre todo a que sea interpretado por otras personas ajenas a la vida conyugal. Siendo la relación de parejas un tema muy defendido de la vida privada.

Un aspecto relevante en la discusión es la acepción de que la toma de la muestra “es un derecho para todas las mujeres el realizárselo” lo que da pie a que de una u otra forma se está logrando introducir poco a poco el empoderamiento de las mujeres alrededor de la toma de la muestra (1).

En este sentido logramos percibir que hay conocimiento sobre el Papanicolaou y esto tiene que ver con la función docente que ha desarrollado el Ministerio de Salud a todos los niveles, sin embargo aún hay muchas otras limitantes que influyen en los comportamientos humanos y se convierten en barreras para el acceso efectivo a la toma de la muestra como es el pudor, entendido como sentimiento de recato y de vergüenza, especialmente en lo que se refiere a la esfera sexual que representa un elemento fundamental de la personalidad.

Este sentimiento de pudor, se relaciona por un lado con la sexualidad, por otro con la esfera íntima de la personalidad, y está emparentado con los sentimientos de vergüenza, de recato, de reserva y en general, con todo lo que atañe al respeto de la esfera de intimidad de cada uno, en este caso las mujeres manifestaron temor o vergüenza al mostrar sus partes íntimas principalmente por la falta de confianza hacia el personal de salud responsables de la toma del Papanicolaou, por tratarse de personas conocidas que podrían divulgar no solo los resultados sino hacer comentarios acerca de la intimidad de la mujer, pues refirieron poca privacidad a la hora de realizar el examen, a demás influyen mucho los tabúes“.

“Todas las mujeres que han tenido muchos maridos deben hacérselo”, esto nos demuestra que a demás hay conceptos erróneos ya que dan a entender que las mujeres que han tenido o tienen solo una pareja no es necesario que se lo realicen, asociando el examen a comportamientos de promiscuidad.

En las discusiones con las personas nos percatamos que aunque la información es adecuada, encontramos trazas de otras informaciones que si bien tienen un valor clínico, no es lo fundamental para la prueba de Papanicolaou, sin embargo permite la construcción de imágenes conceptuales alrededor del tema, por ejemplo el hecho de que se puedan detectar “infecciones” genitales, o que la prueba se los deban hacer mujeres que tienen o han tenido muchas parejas o la posibilidad que mediante el examen se puedan pensar de la existencia de infidelidades de ella o de su pareja y sobre todo que lo pueda pensar el personal de salud y comentarlo a otras personas tiende a ser un elemento perceptivo que influyen poderosamente como barrera des estimulante de la realización de la toma de la muestra.

Quienes deberían hacerse el examen:

Todos los grupos coinciden en que deben realizárselo todas aquellas mujeres que tienen hijos, tengan o no marido, a demás de las que tienen o han tenido muchos compañeros. Consideramos que aún no hay un conocimiento claro ya que hay una mala percepción respecto al tema, esto podría estar asociado a las fuentes de información inadecuadas: comentarios en las unidades de salud, vecinos, amistades, a demás de factores socio-culturales, todo lo anterior genera conocimientos errados, más aún si estas mujeres no tienen un nivel académico suficiente para interpretar la información brindada.

Algunas mencionaron que el examen deben hacérselo las mujeres desde que inician su vida sexual activa al igual que aquellas con antecedente de cáncer en la familia y al, esto demuestra que no todos tienen conocimientos erróneos.

Sobre los servicios disponibles para la toma de la muestra:

Respecto a los servicios que brindan las diferentes unidades de salud para la toma del Papanicolaou todos los grupos incluyendo los varones catalogaron como poco apropiado y poco confiable el servicio en los centros y/o puestos de salud, pues manifestaron que no hay el debido cuidado con los instrumentos con que toman las muestras, el personal que labora son personas conocidas que hacen comentarios lo que los hacen poco confiables, a demás refirieron que el reporte de los resultados es muy tardado creando de esta manera tres grandes barreras que influyen en la no realización del examen, por lo que todos coincidieron en que lo más apropiado y confiables son las clínicas y unidades privadas, sin embargo no todas las mujeres cuentan con los recursos económicos para acceder a estos servicios por lo que prefieren no realizárselo.

Entorno conyugal, familiar y comunal y las decisiones de la toma:

La mayoría de los grupos coincidieron en que a los maridos si les importa que sus mujeres se realicen el examen, excluyendo a la familia y comunidad, esto lo asocian a que también está en juego la salud de ellos, por lo que deben interesarse también. Logramos percibir que hay un interés propio, los hombres manifestaron preocuparse por la salud de su pareja ya que a demás son los responsables de todo lo relacionado a sus compañeras, además de manifestar temor sobre temas relacionados a infidelidad o promiscuidad en la relación, pues la familia en estos casos no juega un roll importante y a la comunidad no le interesa el bienestar de ellos “Cada quien vive su vida de la mejor manera que puede, sin importarle los intereses ajenos”.

Conclusiones

Una vez realizado el estudio concluimos:

- 1) Que existe los conocimientos entre mujeres de los estratos estudiados y de los hombres sobre la utilidad de la prueba para detectar de forma temprana el cáncer.
- 2) Existe entre las mujeres trazas importantes de ser considerada la toma de la muestra como un derecho.
- 3) Se consideró que el personal está realmente capacitado, sin embargo la falta de confianza en cuanto a la ética del mismo, la asepsia de los instrumentos y el tiempo de reporte de los resultados limitan el acceso a los servicios de salud.
- 4) El tema de cáncer de cuello uterino y sobre todo de la toma de la muestra es un problema del ámbito exclusivo, en gran parte, de la mujer la que a su vez debe luchar contra el pudor al examen y de las interpretaciones. Aunque la salud de ella es considerada de interés de la pareja y de la familia en muchas aportaciones.
- 5) La principal barrera que se observa es aquella que de una u otra forma hace referencia a la vida sexual de pareja y al temor de que en el examen se puedan hacer evidentes y convertirse en un elemento de desprestigio.

Recomendaciones

Es necesario que a nivel del Ministerio de Salud y del sector salud en general se aseguren dos aspectos que ayuden a enfrentar las barreras para la toma de la muestra:

- 1) En comunicación asumir como razón exclusiva de la prueba la detección del cáncer.
- 2) Fortalecer la imagen ética y moral del personal de salud que toma las muestras que le asegure a los usuarios servicios de consejería y confidencialidad.
- 3) A nivel social y en asociación con organizaciones no gubernamentales que trabajan con mujeres, la creación de redes de información y defensa pública que les permita a los distintos grupos humanos defender la confidencialidad y el cumplimiento de las normas éticas en la atención.

Referencias Bibliográficas

- 1) Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición Ave. Eduardo Pequeño y Yuriria. Barreras de Acceso para la Detección Oportuna del Cáncer Cervico uterino (DOC) en la Zona Medica N° 2 UANL/ Especiales Febrero del 2004; 04-2004/05.URL disponible en:

<http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-4-2004/05.htm-43k>
- 2) Ministerio de Salud de Nicaragua. Departamento de Atención Integral a la Mujer. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. Septiembre, 2000. Documento oficial.
- 3) José Gerónimo M. D. Hormonal and Reproductive Epidemiology Branch Division of cáncer epidemiology and Genetics National cáncer Institute. Bethesda, Maryland, USA
- 4) María Teresa Valenzuela, Amelia Miranda.. ¿Por qué NO me hago el Papanicolaou?. Barreras sicológicas de mujeres de sectores populares de Santiago de Chile. Rev Chil Salud Pública 2001; Vol 5 (2-3): 75-80.
- 5) Plan Nacional de Salud 2004-2015. Ministerio de Salud. Managua. Septiembre 2004.
- 6) Toruño A, Rojas O, Munguía F. Lecciones Aprendidas Sobre el Control del Cáncer de Cuello Uterino en Mujeres del Mercado Raúl Cabezas Lacayo.2003
- 7) Toruño A, Rojas O, Munguía F. Efectividad de las Prácticas Sociales de Estudiantes de Secundaria en la Promoción del Examen Citológico Cérvical: un Ensayo en la Comarca los Lechecuagos, Mayo – Agosto del 2005

- 8) Berumen Campos, J. "Virus del papiloma..." op.cit.p.51

- 9) Muñoz, N y Bosch, F.X. Cáncer del cerviz y virus de papiloma humano: evidencia epidemiológica y perspectiva para su prevención. En: salud pública de México,1997:39:388-396.

- 10)Bosch Fx, de Sanjose S. "Human papilloma virus and cervical cancer-Burden and assessment of causality". En: journal of the National Cancer Institute Monographs. Chapter 1, (2003).31:3-13

- 11)Walboomers JM, et al ."Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide."En: journal of pathology (1999).189:12-19.

- 12)Mosciki, A.B, et al "Fiksfor inident human papillomavirus infection and low- grade squamous intraepithelial lesion development in young females". En; Journal of the American Medical Association. (2001). 285: 2,995-3,002.

- 13)Alliance for cervical Cancer Prevention. Prevención del cáncer cérvico uterino. Ficha Descriptiva. Mayo 2004.

- 14)Muñoz, N y Bosch, F.X "Como prevenir el cáncer del cuello de la matriz?. Histolab.URL disponible en : [http:// histolab.com.mx/pap.html](http://histolab.com.mx/pap.html)-20k

- 15)Ministerio de Salud de Nicaragua, Normas Técnica de Prevención, Detección y Atención del cáncer Cervico uterino. Managua, Nicaragua. Primera Edición. 2006

- 16)Laara E. Day NE. Hakama M. Trench in mortality from cervical cancer in the Nordic Countries: association with organised screening programmes. Lancet 1987;1 (8544) : 1247-9

- 17) Lazcano PE, Moss S, Cruz VA, Alonso de Ruiz P, Hernández AM. Cervical cancer screening in developing countries: why is it ineffective? The case of México. Arch Med Res 1999; 30 : 240-50
- 18) Papanicolaou N, Traut HF. The Diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus. Am J Obstet Gynecol 1941;42:193.
- 19) María Inés Jara Navarro. Investigación aplicada en salud Pública. Métodos cualitativos. Publicación científica técnica No. 614. ONUSIDA/ FHI/ OPS, 2006.
- 20) Miguel Martínez Miguélez. Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación. Disponible en:
<http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html>
- 21) Martínez O., Almendárez J. Sistema de Vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino: Un modelo de seguimiento de las alteraciones citológicas. I congreso Centro Americano y del Caribe de los trabajadores de la Salud. Managua, Nicaragua, Agosto 15 del 2,008.
- 22) Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa para una tecnología apropiada en Salud (PATH). Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cérvico-uterino. 3.^a edición 2002.

Anexos

Barreras de la no realización de citología cervical en el municipio de Telpaneca del SILAIS – Madriz.

Salude al grupo, pida que se identifique, explíqueles las reglas de la reunión, que cada quién pida la palabra y que usted se la va a dar, que no salten las palabras a otros. Todas tienen algo que decir y eso es importante. Haga una pregunta y pida a todos que traten de dar su respuesta, luego pídale a otra que diga qué piensa de lo que dijo la persona que habló. No deje que las respuestas queden inconclusas. Cuando sienta que ya se abordó casi todo, haga la pregunta siguiente.

- 1) Qué piensan ustedes que es el Papanicolaou?
- 2) Para qué sirve este examen de la mujer?
- 3) Quiénes creen ustedes que deberían hacerse este examen?
- 4) Han oído hablar de este examen en el ministerio de salud u otra clínica?
- 5) Qué opinan del personal que toma esta muestra?
- 6) Qué confianza les merecen a ustedes?
- 7) Ustedes creen que a su pareja les preocupa el hecho de que ustedes se hagan el examen?
- 8) Ustedes creen que las personas que conforman el grupo familiar les preocupen el hecho de que se hagan o no este examen?
- 9) Ustedes creen que a personas de su comunidad les interesen que se hagan o no este examen?

Registro de información de la participación y desarrollo de los grupos focales.

1. Fecha: _____

2. Hora de inicio: _____ Hora de finalización: _____

3. Lugar de la reunión: _____

4. No. de Participantes: _____

5. Sexo: _____ Edad: _____

6. Características:

8. Descripción de la dinámica del grupo: (incluye manifestaciones no verbales de los participantes). Grado de participación. Existencia de participantes dominantes.

9. Nivel de interés del grupo.

10. Interrupciones o distracciones en la reunión.

11. Animación sobre el tema: (Haciendo notar el sentido del grupo).

12. Otras opiniones.

13). Observaciones y evaluación.

Recomendaciones para la sesión de grupos focales

- 1) Antes de que la discusión se inicie la moderadora hace una pequeña introducción. Los objetivos de esta introducción son relajar a los participantes, establecer las reglas del juego y empezar a establecer un ambiente de comunicación para el desarrollo del grupo. Los pasos de seguir en esta introducción son:
- 2) La moderadora se presenta. Además del nombre es conveniente dar alguna información sobre sí mismo, sus actividades etc.
- 3) Se explica el propósito general del grupo.
- 4) Se explica que las opiniones divergentes son bienvenidas. Se les informa a los participantes que no hay respuestas correctas o incorrectas y que es aceptable estar en desacuerdo con otras opiniones. Se les insta a que den sus opiniones de la manera más franca y honesta,
- 5) Se establece la neutralidad de la moderadora y se plantea que el grupo es un espacio seguro para hablar (Confidencialidad, etc.).
- 6) Se establecen las reglas del juego. Se les pide a los participantes hablar uno y no interrumpir a otros cuando hablan, de respetar las opiniones de los otros.
- 7) Se les pide a los participantes que se presenten.(3).

Sobre la persona que modera

- 1) Mira los ojos de uno cuando le habla o cuando les escucha.
- 2) Es neutral en cuanto al tema bajo discusión.
- 3) Está presente para estimular opiniones variadas - no está para lograr consenso en el grupo.
- 4) No es un profesor y no está para educar ni informar a los participantes.
- 5) No es juez.
- 6) No se cree mejor, o más sofisticado que los participantes - existe respeto entre seres humanos.
- 7) No se deja influenciar por personalidad dominantes.
- 8) No está de acuerdo no está en desacuerdo con lo que se dice en el grupo.
- 9) No pone palabras en la boca, ni ideas en la cabeza de los participantes.
- 10) Es experto en saber cuando hablar y cuando usar pausas y silencio.
- 11) Espera lo imprevisto y sabe como reaccionar.
- 12) Es amable pero firme y tiene la situación siempre bajo control.
- 13) Es flexible y abierto a nuevas ideas, opiniones, sentimientos.
- 14) Es hábil en estimular a los participantes a hablar uno al otro.
- 15) Balancea su atención entre el proceso y el contenido de lo que está sucediendo.
- 16) Observa y capta el sentido de comportamiento no-verbal.
- 17) Un grupo de discusión no es un test - no hay respuestas correctas.
- 18) Un grupo de discusión no es un momento para persuadir.
- 19) En un grupo de discusión no se puede asumir que lo dicho necesariamente es lo que se quiere comunicar - es crítico indagar y explorar bajo la superficie.(3).

De la persona que observa

- 1) Es oídos, ojos, alma y corazón del grupo de discusión.
- 2) Lleva el registro del desarrollo del grupo focal
- 3) Es objetivo en sus percepciones.
- 4) Escucha abiertamente sin prejuicios y no selectivamente.
- 5) Observan mientras escuchan.
- 6) Balancea su atención entre el proceso y el contenido de lo que esta sucediendo.
- 7) Anotar observaciones, impresiones.
- 8) Son abiertos y aceptan nuevas o diferentes ideas, opiniones y sentimientos.
- 9) No se dejan influenciar por personas dominantes.
- 10) Prestan atención a señales no verbales, a expresiones y postura.
- 11) Observan y apuntan cuando hay silencio o pausas claves en la discusión.
- 12) Nunca sonríen, ni responden, ni hacen contacto directo a los ojos con los participantes ni con el moderador durante una sesión.**

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. DATOS GENERALES

Silais	Fecha
Municipio	
Unidad de salud	

II. DATOS PERSONALES.

Código
Sexo: (M) (F) Edad
Yo,
Estoy accediendo voluntariamente a responder las preguntas que se me realicen para el desarrollo de este trabajo monográfico, después de recibir información general de dicho tema, el cual considero es de mucha importancia para nuestra comunidad.
Firma del paciente
Nombre, firma del responsable del grupo focal.

Nº 001