

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN_ LEÓN.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS

Para optar al título de
Doctor en Medicina y Cirugía

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CERVICO UTERINO EN EL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA EN EL PERIODO FEBRERO - MAYO 2008.

Autor:

Br. Heydù del Socorro Bello.

Br. Cinthia Vanesa Escoto.

Tutor:

Dr. Nelson Delgado Gutiérrez.

Gineco – Obstetricia. HRCAM.

Dr. Juan Almendárez.

Msc. Salud Pública y Epidemiología.

León, febrero de 2009

INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
RESUMEN	
INTRODUCCION.....	1
ANTECEDENTES.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
MARCO TEORICO.....	7
MATERIAL Y METODOS.....	34
RESULTADOS.....	42
DISCUSION.....	45
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	48
REFERENCIAS.....	49
ANEXOS.....	51

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue Identificar los factores que interfieren en la toma, envío, procesamiento y análisis de las muestras para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino. El estudio fue de corte transversal aplicable a la evaluación de servicios de salud por lo que elaboró una serie de instrumentos para medir técnica y procesamiento diagnóstico para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino. El estudio se realizó en el Departamento de Matagalpa, en dos centros de salud que aplican (Trinidad Guevara y Río Blanco) y dos centro de salud que no aplican las técnicas de toma de PAP (Bocana de Paiwas y San Dionisio) y un puestos de salud por cada uno de ellos, del casco urbano, rural y en el laboratorio del departamento de Patología del Hospital César Amador Molina de Matagalpa.

Las usuarias estuvieron más satisfechas con el servicio médico, pero estuvieron menos satisfechas con el tiempo de espera, con la infraestructura del centro, y con la explicación del procedimiento del PAP. Las principales fuentes sobre la importancia del PAP fueron el médico y la enfermera. La mitad de usuarias realizan el PAP cada año o cada dos y cinco años, y para recibir los resultados duraba más de un año y a la mayoría le habían explicado el resultado del PAP. Aproximadamente dos terceras partes de usuarias habían recibido tratamiento por el resultado del PAP y la mayoría de estas se habían realizado control. Algunos aspectos gerenciales que podrían obstaculizar el programa fueron la falta capacitación del personal, evaluación del desempeño, coordinación entre las unidades de salud, sistema de vigilancia. Por otro lado, dentro del programa las principales carencias estuvieron relacionadas a los formatos de solicitud de interconsulta/referencias/exploraciones complementarias. El personal del laboratorio carece de muchos materiales que podrían mejorar la calidad de los resultados de las muestras y consideran que la mayoría de las muestras de los municipios son inadecuadas.

Se recomienda mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud, reducir la tardanza en la espera y agilizar la entrega de los resultados. Además, mejorar la educación brindada a estas usuarias.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino constituye un problema de salud pública, debido a que ocupa el segundo lugar en la incidencia mundial del cáncer ginecológico y es la primera causa de morbilidad y mortalidad por cáncer en países subdesarrollados como el nuestro.^{1,2} 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 aun cáncer invasor en una mujer conlleva a un caos emocional que afecta a ella y a su núcleo familiar y este es más severo cuando las mujeres son la cabeza de la familia. ²

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su informe 2001 sobre la Calidad de los Servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR), capítulo 1 cita: “siempre que se hable de prevención, deben ser tomados en cuenta los determinantes que afectan a las mujeres, entre los más importantes están: la pobreza, el bajo nivel de educación, el mal estado de nutrición, factores relacionados con el estilo de vida no saludables, falta o mala calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. ¹

Por eso hoy en día se cuenta con programas de detección precoz para el cáncer cervical (PDOC), que se detecta a través de citología cérvico vaginal. El frotis cervical también llamado papanicolau, consiste en examinar células recolectadas del cuello uterino, esta prueba puede mostrar la presencia de infección, inflamación, células anormales o cáncer, esto explica su importancia. Es por eso que se debe garantizar la calidad técnica para la realización de las citologías que va, desde la técnica para realizar el frotis, la fijación, el tiempo de secado, la codificación, la interpretación y el registro, hasta que llega el resultado a las manos de las pacientes quienes son finalmente las más interesadas en saber si la conclusión final de la lectura fue: negativa ó positiva para células malignas; que el resultado final sea confiable. ^{1,2}

El cáncer cérvico uterino desde el comienzo revela un crecimiento lento y paulatino antes de completar su desarrollo y nos proporciona varios años de su evolución en fase premaligna (INTRAEPITELIAL ASINTOMÁTICA) en las cuales estas patologías pueden ser curables, con mayores y mejores posibilidades de vida con la detección oportuna a través de la citología, colposcopia e histología. Los programas de detección temprana del cáncer cérvico uterino tienen como objetivo contribuir de manera significativa a la reducción de la morbi -mortalidad, pues el diagnóstico precoz ofrece la posibilidad del tratamiento exitoso y un menor costo para los servicios de salud y usuarias. 3

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 saludable, así como el aseguramiento al acceso de los servicios de salud sexual y reproductiva, con el propósito de contribuir a preservar y mejorar la salud. Sin embargo, aún se continúa diagnosticando cáncer cérvico uterino en etapas tardías. 3

Es por esto que nuestro estudio trata de evaluar la capacidad técnica para el diagnóstico y la detección oportuna del cáncer cérvico uterino a partir de sus componentes: la estructura (y de ellas específicamente la disponibilidad de algunos insumos médico y no médico, equipos), 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), resultados (relativo de satisfacción de usuarias en diferentes momentos de la atención, cobertura). Los resultados de este estudio son para auxiliar y reorientar los esfuerzos, y ayudarán a mejorar la calidad del programa en cuanto a su eficiencia.

ANTECEDENTES

El cáncer cérvico uterino sigue siendo una causa preponderante de mortalidad en las mujeres a nivel mundial, aunque es la neoplasia con el mayor potencial demostrado de prevención secundaria. Cálculos recientes de la OMS sugiere que en América Latina y el Caribe tienen algunas de las tasas de incidencias y mortalidad más altas del mundo, solo superadas por las de África Oriental y Melanesia.

En el año 2000, se calculó que habría 470,606 casos nuevos, 233,372 defunciones por carcinomas del cuello uterino al año entre las mujeres de todo el mundo. Además se calculó que más del 80% de esta carga se presentaría en los países subdesarrollados, donde esta patología es la principal neoplasia maligna entre las mujeres. En la región de las Américas, se pronosticaron 92,136 casos y 37,640 defunciones por cáncer cérvico uterino, de los cuales 83.9% y 81.2% corresponderían a América Latina y el Caribe respectivamente.

En Nicaragua, los datos del Ministerio de Salud indican que en 2002 la tasa del cáncer cérvico uterino fue de 13.9 por cada 100,000 mujeres mayores de 15 años y que la cobertura de examen de citología vaginal (PAP) en el país es aún baja, por lo que es imprescindible ampliarla. Esta necesidad fue detectada por el MINSA en el año 2004, cuando realizó un diagnóstico en el Distrito VI de Managua sobre las necesidades sanitarias de esta población. Tras los resultados obtenidos, la organización decidió idear estrategias que permitiesen trabajar en la prevención del cáncer cérvico uterino, incrementando la cobertura del estudio citológico cervico vaginal (PAP) en coordinación con el Ministerio de Salud.

En el año 2004 se realizó un trabajo monográfico para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía, Evaluación de la Calidad con que se desarrolla el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino, en el municipio de San Juan Cinco Pinos Chinandega, en el que las conclusiones revelaron que el procedimiento de la

toma de la muestra era satisfactoria en la mayoría de veces, con cierta frecuencia, no prestaban las normas en cuanto deberían de estar las mujeres para tomarles la muestra. Seis de cada diez pacientes tomo al menos dos meses para entregarle los resultados del examen. Un aspecto positivo del programa es que las mujeres se sienten satisfechas con la atención que reciben.³

En Agosto del 2005, se realizó una tesis sobre el diagnóstico de situación de servicios públicos para la detección y atención al cáncer cérvico uterino en el casco urbano de la ciudad de León, las cuales en sus conclusiones demuestran que hay muchas dificultades que afecta la calidad del mismo como la escasez de técnicos y materiales recursos que afectan la percepción del usuario y la calidad de las muestras; existen pocos esfuerzos en la capacitación del personal que atiende las acciones del programa.

Pravia estudió el abordaje y seguimiento diagnóstico de las lesiones cervicales preinvasoras en pacientes atendidas en la clínica de Patología Cervical en el periodo de Enero del 2004 a Enero 2005 del Hospital César Amador Molina de Matagalpa. El seguimiento por parte del servicio a las pacientes fue adecuado en cuanto a procedimientos, sin embargo se observó una proporción importante de mujeres que abandonaron las citas en diferentes momentos del proceso. ⁴

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad técnica y diagnóstica con que se están realizando las actividades implementadas para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Identificar los factores que interfieren en la toma, envío, procesamiento y análisis de las muestras para la detección oportuna del cáncer cérvico uterino.

OBJETIVO ESPECIFICOS:

1. Establecer la calidad de la toma muestra en cuanto a los insumos médicos y no médicos, infraestructura, equipo e instrumental y tecnología en las diferentes unidades públicas del sector salud.
- 2.-Valorar el conocimiento y práctica para la toma de la muestra por parte del personal de salud.
3. Conocer el grado de satisfacción de las usuarias con los procedimientos realizados en relación a la detección oportuna del Cáncer Cérvico uterino a través del PAP.
4. Valorar la gerencia y la 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 el tratamiento oportuno.

MARCO TEORICO

Definición:

Los carcinomas cervicales invasores son el estadio final de un espectro continuo de alteraciones epiteliales, en las que un estado 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 accesibilidad de las células del cérvix para su estudio permiten tener tiempo y herramientas para detectar y erradicar la enfermedad, si el diagnóstico se hace oportunamente. Siendo la más importante la educación acerca del problema por parte de la población, personal, y autoridades de salud. 2

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 el término de displasias. De acuerdo a su gravedad se denominaba en 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, correspondiendo la displasia leve al NIC I, 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 de bajo grado (LEIBG) y lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEGA). En las LEIBG quedan incluidas las infecciones por virus papiloma humano (VPH) y la displasia leve o NIC. Las displasias moderada o severa o NIC II-III y carcinoma in situ quedan agrupadas en las LEIAG. Las equivalencias de los tres sistemas de clasificación se observa en el cuadro.

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 atípica. El significado que estas células tienen en el desarrollo de la patología cervical, aún no es claro. 2

CUADRO

Sistemas de Clasificación de las lesiones precursoras del cáncer cérvico uterino

Sistema	Bethesda	Richard	OMS
LEIBG		HPV	
		NIC I	Displasia leve
LEIAG		NIC II	Displasia moderada
		NIC III	Displasia severa o Carcinoma in situ
ASCUS			

Esquema Histológico:

El CIN I está caracterizado por células con alteraciones en su diferenciación celular que afecta el tercio inferior del Epitelio. El CIN II se establece cuando las células con diferenciación alterada ocupan los dos tercios inferiores del estrato epitelial y corresponde a la Displasia Moderada. El CIN III se basa cuando las células indiferenciadas que ocupan el espesor del epitelio hasta a una altura superior a los dos tercios o todo el espesor y corresponde a la Displasia severa y /o Carcinoma IN SITU.4

Datos Morfológicos.

- Coexistencia de Infección por VPH con el CIN, sea como evidencia morfológica de infección sobre agregada o como infección adyacente.
- Presencia de lesiones intraepiteliales sincrónicas en localización cervical y vulvar asociado con el HPV.
- Coexistencia de infección por HPV en los carcinomas invasores e IN SITU del pene.

Cofactores

Si bien existen más de 50 tipos de VPH que infectan el aparato genital, se han identificado 15 de ellos (tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82). Como tipos oncogénos de alto riesgo vinculados al cáncer cérvico uterino. La influencia de un solo factor no transforma a una célula normal en patológica. Se ha demostrado que la infección por el papiloma virus humano (VPH) es la causa necesaria, pero no la única suficiente, del cáncer cérvico uterino. El VPH y factores adicionales (tabaco, anticonceptivos orales, etc.) constituyen el riesgo de de la enfermedad.

Anticonceptivos orales.

El uso de anticonceptivos orales por más de 5 años es un cofactor que incrementa 4 veces el riesgo de padecer de cáncer cérvix en mujeres portadoras de VPH. Investigaciones epidemiológicas exponen que tras un diagnóstico de displasia, en aquellas mujeres que consumen anticonceptivos orales, la progresión a carcinoma in situ es más rápida. Existen varios mecanismos por lo cual las hormonas sexuales (estrógenos y progesterona) pueden catalogarse como factores que favorecen los efectos celulares de la persistente infección del VPH.

- Cuando la hormona se une a su receptor, se produce un cambio conformacional que provoca la dimerización del receptor, adquiriendo capacidad de unión a secuencias específicas de ADN. Existen regiones de regulación de la transcripción del ADN viral que contiene elementos de reconocimiento a hormonas que aumenta el gen de expresión de dos genes virales el E6 y el E7.
- Su acción sobre determinados genes asociados a la regulación del ciclo celular y su muerte celular inhibe la transactivación transcripcional por p53 de genes involucrados en el arresto del ciclo celular.
- Los esteroides inhiben la efectiva respuesta inmunológica contra las lesiones por VPH, particularmente a través de la inhibición de la expresión del MHC I y II, moléculas encargadas del reconocimiento y presentación de péptidos virales. 15

Plasma Seminal

La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del VPH y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene y la uretra de su pareja sexual, además las mujeres tienen un riesgo 3 veces superior de padecer la enfermedad si su compañero ha tenido previas esposas que han desarrollado la enfermedad. Seguido al contacto sexual, los espermatozoides penetran rápidamente a través del canal endocervical, gran número de ellos se depositan en los pliegues mucosales de las criptas cervicales, y es alta la concentración de éstos cerca de la unión escamocolumnar, donde precisamente se desarrolla el mayor número de neoplasias.

El plasma seminal constituye el 90% del líquido eyaculable y contiene, dentro sus componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune (SI), y que incluye linfocitos T, linfocitos B, células asesinas naturales (NK), macrófagos, anticuerpos del sistema de complemento. Experimentalmente se ha comprobado que existe una fracción de alto peso molecular responsable de la inhibición de linfocitos T entre las que se encuentran la proteína plasmática asociada a la gestación y la proteína placentaria ambas con propiedades inmunosupresoras, aún a bajas concentraciones. El plasma seminal desempeña un importante papel fisiológico inmunosupresor que es determinante para la fertilización, el tracto cérvico-uterino normalmente produce leucocitosis en respuesta a los espermatozoides pero el plasma seminal los protege de la destrucción poscoital por parte de las células del sistema inmune (SI). Sin embargo, sólo en presencia de carcinógenos este efecto puede constituir un cofactor que acelera o contribuye al desarrollo de neoplasias. 15

Tabaco

El tabaquismo se ha asociado con la presencia de carcinoma de células escamosas, predominantes en el cáncer cérvico-uterino. Se ha propuesto que los carcinógenos procedente del consumo del tabaco (nicotina y cotina) al ser transportados por el sistema circulatorio y llegar al epitelio cervical, puede iniciar o actuar como carcinógenos en las células ya afectadas por agente transformantes posiblemente por transmisión sexual

como el VPH y virus del herpes tipo II. Otro mecanismo atribuido a este factor es la inducción indirecta de inmunosupresión y la reducción de antioxidantes provenientes de la dieta.

Estado nutricional

Este puede influir en la progresión de la infección por VPH. El patrón de mutación del ADN VPH in Vitro se ha asociado con la actividad transcripcional viral del RNA polimerasa, enzima encargada de la transcripción, se une con menos afinidad al ADN metilado. Se conoce que los genes metilados (“impriming” genómico) son inactivos, mientras que los metilados o hipometilados pueden ser transcritos para generar un producto proteico. La pérdida del “impriming “ en los fenómenos de carcinogénesis podrían vincularse con los factores fisiológicos, ambientales y dietéticos, que poseen la capacidad de mutar al ADN, así el folato, la vitamina B6, la vitamina B12 y la metionina pueden tener su mecanismo de acción en la prevención del cáncer del cuello uterino a través de su papel en la mutación.

Se ha comprobado que durante el embarazo ocurre una cierta depresión de los niveles de folato la cual se ha relacionado con el aumento de riesgo de aparición de la enfermedad en multíparas. La ingestión de comidas ricas en vitamina A y particularmente el retinol fueron asociados con la reducción de riesgo de padecer traumas de desgarro del epitelio que pueden producirse durante el parto. 15

Factor genético

Aunque el VPH es el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de cérvix, sólo pocas mujeres infectadas desarrollan la enfermedad. La susceptibilidad genética a la infección por el VPH parece ser importante en determinar el riesgo individual de desarrollo viral del cáncer. La habilidad de ciertos halotipos de HLA es predisponentes a aumentar la susceptibilidad a la iniciación y persistencia de la infección por VPH y por consiguiente al desarrollo de tumores malignos en el cuello uterino.

Inmunosupresión

La infección viral en pacientes con supresión o defecto en el Sistema Inmune demostrado por linfopenia, con la relación linfocitos B y linfocitos T, migración espontánea y quimiotaxis de neutrofilos disminuida. En pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana muestran un incremento en la incidencia de lesiones intraepiteliales escamosas, debido al deterioro de las células y de los mecanismos de de la respuestas inmune contra la enfermedad. Los mecanismos efectores de la respuesta inmune en pacientes con lesiones del cuello uterino, varían según el estadio y el tipo de VPH que infecta.

La regresión de las lesiones inducida por VPH están acompañadas de una reacción característica de la hipersensibilidad retardada dependiente de linfocitos T auxiliares (Th). La existencia de un desbalance en el patrón de interleucinas producidas por las células T donde se afecta el patrón Th1 y se detecta disminución en los niveles interferón gamma y aumento de la interleucina 10 (IL-10) que corresponde con el patrón Th2. Estas alteraciones inducen trastornos en la secuencia de eventos necesarios para que la repuesta inmune, tanto humoral como celular sea efectiva.

Historia Natural.

La Evolución Teórica del CIN es la de una progresión regular del CIN I AL CIN II, AL CIN III, y de allí a la invasión del Estroma; es decir, al Carcinoma Invasor. Es sabido que existen dos tipos de estudios sobre la Historia Natural de la Displasia Cervical. El primer tipo evalúa la historia natural de la Displasia Cervical diagnosticada mediante el Examen Citológico. Este tipo de estudio tiene su limitación en el hecho de que al basar el diagnóstico en un extendido citológico; no puede ser descartada la existencia de lesiones más graves desde el momento del diagnóstico. 4,8,9.

El segundo tipo de estudio valora la historia natural de la Displasia Cervical después del examen histológico, éste tiene tres condicionamientos:

- En primer lugar “La interpretación diagnóstica”, es conocida la variabilidad diagnóstica en el CIN, ello sugiere que la frecuencia de la progresión de un CIN de bajo grado a un CIN de alto grado, está condicionado por el grado de certeza diagnóstica del Patólogo.
- El segundo punto es que áreas de CIN de bajo grado pueden coexistir con áreas de CIN de alto grado, así como áreas de CIN III se hayan a menudo presentes en los bordes de un carcinoma invasor.
- Un tercer punto importante es que el diagnóstico de CIN es escisional, por lo tanto, pueden extirparse enteramente algunas lesiones con un biopsia cervical, determinando de este modo una aparente regresión espontánea y en consecuencia, una reducción de los casos que podrían transformarse en invasores.

Está fuera de duda que una parte de los CIN pasa a CIN II y de allí a un CIN III, y está comprobado que una parte los CIN III, se transforman en carcinoma invasor; del mismo modo que no existen dudas que un elevado porcentaje de los CIN I citológicos experimenta regresión. En las lesiones del CIN III la progresión a carcinoma invasor; se producen en el 20 a 60 % de los casos con un tiempo de tránsito, calculando sobre la base de la edad de incidencia que dura de 10 a 15 años. Recordemos que el porcentaje de regresión y de progresión del CIN de alto grado es difícil de establecer, puesto que, son sometidos a tratamiento.

Diagnóstico.

La CIN es totalmente asintomática, la anamnesis nos puede orientar en el diagnóstico de éstas lesiones. Igual sucede con la inspección del cuello uterino mediante el espejo. Disponemos actualmente de tres métodos diagnósticos de probada Eficacia para la detección del CIN: Citología Exfoliativa, Colposcopia y Biopsia. El CIN III alcanza su máxima incidencia en la tercera y cuarta década en la vida, mientras que el carcinoma invasor tiene una incidencia máxima en la cuarta década de la vida. El CIN III es un hecho raro después de los 50 años, son evidentes las implicaciones de estos en el contexto de un programa de detección.^{4, 9,10}

El CIN puede tener localización Exocervical, Exo-endocervical, y Endocervical. Las células que constituyen el cuadro Citológico del CIN I, son de modo exclusivo de tipo superficial e intermedio son elementos isodiamétricos, poligonales, con citoplasma abundantes, puede haber células superficiales, nucleadas, o no, con citoplasma, los núcleos son binucleadas, sobre todo en presencia de infección por HPV de forma redondeada.

El CIN II (Displasia Moderada) se caracteriza por la presencia de elementos de tipo superficial e intermedio junto con células Parabasales Discarióticas, presentan un núcleo un 2 a 3 veces más grande que lo normal, con cromatina granular.

En el CIN III (Displasia Severa), carcinoma IN SITU, las células tienen dimensiones que varían desde las de una célula de reserva a las de una célula parabasal, la relación núcleo-citoplasma, el núcleo está rodeado por escasos citoplasma de aspecto florido con membrana nuclear engrosada y multilobular por la presencia de profundas incisiones.^{4,5}

Cuadro Clínico

Los pacientes con lesión intraepitelial cervical de bajo grado suelen permanecer asintomáticas. Cuando los síntomas se presentan, por lo general son provocados por alguna infección vaginal asociada, la única manera de descubrir estas lesiones es por examen citológico, efectuado por exámenes ginecológicos periódicos de detección del cáncer. Muchas pacientes tienen una secreción profusa a menudo mal oliente aun sin relaciones sexuales, en especial cuando la enfermedad esta avanzada, el dolor no es un síntoma frecuente a menos de que la enfermedad este avanzada.

En los últimos estadios presentan síntomas vesicales y rectales. Cuando afecta las raíces nerviosas lumbosacros y ciáticas y la pared pelviana lateral, el dolor pelviano irradiado a la pierna se vuelve insoportable y es indicativo de enfermedad avanzada, el edema de los miembros inferiores indica obstrucción tumoral del drenaje linfático.

CITOLOGIA CERVICAL O PAPANICOLAOU.

La citología exfoliativa con tinción de Papanicolaou, también conocida como PAP, es la prueba más ampliamente utilizada para la detección oportuna del CaCu. El fundamento de esta técnica tiene sustento en dos conceptos: la diferenciación escamosa de las células y los cambios morfológicos celulares que ocurren cuando hay patologías. Esta técnica está basada en el estudio de las características morfológicas del núcleo, citoplasma y la relación núcleo citoplasma de las células que son tomadas en el endo y ecto cérvix y de la unión escamocolumnar o epitelio de transición que es el sitio donde se inicia el Cáncer del Cuello Uterino. 4

Es un elemento importante en la detección de lesiones cervicales precancerosas, identificado a las mujeres que requieran un seguimiento y tratamiento, debe ser realizado en intervalos adecuados a las mujeres de mayor riesgo y en fases asintomáticas para garantizar la revocación de la morbilidad y mortalidad. La técnica es relativamente barata, idónea y precisa para el diagnóstico de displasia cervical y cáncer. Histopatológicamente las lesiones cervicales pre-invasoras incluyen estados progresivos de displasia (leve, moderada y severa), las cuales llevan al carcinoma "IN SITU", a la micro invasión y finalmente a la invasión profunda y a distancia.

Clasificación basada en el sistema de Bethesda para el reporte del diagnóstico de la Citología Cervical. 4,8

Declaración de la adecuación de la muestra:

- ❖ Satisfactoria
- ❖ Menos que óptima
- ❖ Insatisfactoria

Explicación para las muestras "menos que óptimas/insatisfactorias"

- ❖ Celularidad escasa
- ❖ Mala fijación o preservación
- ❖ Presencia de material extraño (lubricante)

- ❖ Parcial o completamente cubierto por inflamación.
- ❖ Parcial o completamente cubierto por sangre
- ❖ Excesiva citólisis o autólisis
- ❖ Ausencia de componente endocervical, en mujer premenopáusica que tiene cérvix
- ❖ No representativo del sitio anatómico.
- ❖ Otros.

Categorías Generales:

- ❖ Dentro de límites normales
- ❖ Otros
 - a. Consúltese los diagnósticos descriptivos
 - b. Se recomienda diagnósticos más completos.

Diagnósticos descriptivos

- ❖ Infección
- ❖ Hongos
- ❖ Bacterias
- ❖ Protozoos
- ❖ Viral

Cambios Reactivos o Reparativos

- ❖ Inflamación
- ❖ Misceláneos

Anormalidades de las Células Epiteliales:

- ❖ ASCUS (Células escamosas atípicas de significado indeterminado) .
- ❖ Lesión escamosa intraepitelial (SIL)
- ❖ Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado, incluyendo:
 - a. Cambios celulares asociados a HPV.
 - b. Displasia leve/neoplasia intraepitelial cervical grado I (NIC I).

Lesión Escamosa Intraepitelial de Alto Grado, incluyendo:

1. Displasia moderada/NIC II.
2. Displasia severa/NIC III.
3. Carcinoma IN SITU/NIC III.
 - ✓ Carcinoma de células escamosas
 - ✓ Células glandulares
 - ✓ Presencia de células endometriales
 - ✓ Células glandulares atípicas de significado indeterminado.
 - a. Endometrial
 - b. Endocervical
 - c. Sin otra especificación

Adenocarcinoma.

- A. Especificar el probable sitio de origen, endocervical, endometrial extrauterino
- B. Sin otra especificación

Otra neoplasia maligna epitelial.

Evaluación Hormonal

- A) Patrón hormonal compatible con la edad e historia
- B) Patrón hormonal compatible con la edad e historia específica.
- C) Evaluación hormonal no posible
- D) Otros.

Edad de inicio y frecuencia para la toma de la citología cervical:

Los frotis de Papanicolau y la exploración ginecológica anuales deben comenzar con el inicio de la vida sexual activa, después de tres frotis consecutivos normales, el intervalo entre ellos puede aumentar a discreción de la paciente y el médico. A las mujeres con factores de riesgo de Cáncer Cérvico Uterino se les debe hacer cada año. Casi todos los datos apoyan el hecho de que el intervalo para realizar el frotis de

Papanicolau, puede aumentarse a dos años en pacientes con bajo riesgo sin perder la utilidad.

El Centro de Control de la Enfermedad, recomienda estudio citológico bianual en mujeres infectadas por VIH, porque tienen una quintuplicación del riesgo de neoplasia cérvico uterina en comparación con las seronegativas

De suma importancia, según criterio médico la prueba debe realizarse a toda mujer embarazada, independientemente de la edad de gestación, la unión escamocilíndrica se halla en eversión por la hipertrofia y dilatación del canal endocervical. La repetición del examen citológico no debe hacerse antes de 3 semanas del primero y debe transcurrir por los menos una semana entre el término de un tratamiento vaginal tópico y la toma de la muestra para repetir el examen.

No debe realizarse cuando:

- La paciente esta menstruando.
- Es portadora de infección vaginal relativa
- Aplicación de tratamiento o lavados vaginales 24 hrs. antes del examen.
- Relaciones sexuales 24 hrs. antes del examen.^{5,6}

EQUIPOS E INSUMOS NECESARIOS PARA LA TOMA DE LA CITOLOGIA CERVICAL.

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

- Camilla ginecológica.
- Lámpara de cuello de cisne.
- Espéculos de tres tamaños.
- Guantes descartables.
- Hoja de solicitud de citología cervical.
- Fijador en spray o alcohol 95%.

- Lámina de porta objetos.
- Espátulas de madera.
- Porta láminas.
- Torundas

TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA.

La precisión diagnóstica esta dada por la correcta obtención, fijación y lectura de la muestra, para que la muestra sea satisfactoria es necesaria la presencia de células del exo y endocervix, consiste en obtener células de la circunferencia de la unión escomocolumnar o epitelio de transición, que es el sitio donde se inicia el cáncer del cuello uterino. Con la paciente en posición ginecológica se procede a:

- ♣ Lavarse las manos, colocarse guantes.
- ♣ No debe realizarse palpación bimanual antes de la toma de la muestra.
- ♣ Introducir el especulo sin lubricar la vagina, de ser necesario, humedecerlo con agua limpia o solución salina.
- ♣ Visualizar el cérvix y fijar el espéculo.
- ♣ Si se encuentran abundantes secreciones removerlas suavemente con un aplicador de algodón o torunda humedecido antes de tomar la muestra.²

Se tomas dos muestras de la siguiente manera:

- ♣ Tomar la muestra del exocervix y del endocervix con espátula de Ayre o citocepillo rotando todo su alrededor (360) luego realizar extendido en el extremo derecho de la lamina porta objeto con movimientos suaves y rotatorio.
- ♣ Otro procedimiento, es la triple muestra del fondo de saco vaginal posterior, exocervix y endocervix, las dos primeras tomas se tomas se realizan con espátula de madera, la tercera con aplicador y se realiza en extendidose forma horizontal en la misma lámina y en el mismo orden en que fueron tomados.
- ♣ Fijar la muestra inmediatamente después de la toma, si usa fijador spray que se a una distancia de 20 a 30 cm, de lámina, si utiliza alcohol de 95, utilícelo con un atomizador de igual manera que fuese un fijado de spray.

- ♣ Si al momento de tomar la muestra se observa el cérvix sangrante, lesiones exofíticas, extensas úlceras, deberá ser transferida para valoración por ginecólogo.

Llenar formulario de solicitud de examen citológico con todos los datos requeridos en el, especificar con que instrumento se tomo la muestra para ser enviada al laboratorio de patología. La muestra, deberá secarse al aire libre y posteriormente envolverse, idealmente, y llevarse de inmediato o a más tardar dentro de la semana siguiente para su procesamiento. 2

TRANSPORTE DEL PORTAOBJETOS

Cada portaobjetos rotulado debe enviarse con un formulario de solicitud del examen. No transportar las muestra conjuntamente con las muestras para las biopsias ya que la formalina es muy volátil interfiriendo con la calidad de la muestra de Papanicolaou.

Informe e Interpretación de los Resultados de la citología cervical:

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 utilizara el Sistema Bethesda.
3. La solicitud de citología se llenara 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 reportara en la misma solicitud. La primera hoja (original), se conservara en el archivo de patología. La segunda hoja (primera copia) Se enviara al expediente clínico del hospital o unidad de salud de referencia, la tercera hoja (segunda copia) se enviara al registro central del programa de prevención y atención del cáncer cérvico uterino. 2

COLPOSCOPIA.

Consiste en la evaluación clínica del epitelio cervical permitiendo observar cambios en los patrones de superficie y red vascular. Es un medio de investigación con el cual es posible reconocer, delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales y anormales del exocervix, la vagina y los genitales externos. 4, 8, 9

Durante la observación del cuello se debe observar y reconocer la anatomía del:

1. Exocervix: con apariencia uniformemente lisa de color rosado brillante.
2. Endocervix. Mucosa con discretos relieves papilares, lisos, rosados y brillantes.
3. Orificio cervical externo: coincide idealmente con el límite entre la mucosa exocervical y endocervical
4. Zona de transformación: debe ser entendido desde el inicio que la zona entera de transformación del cérvix debe ser visualizada y es aquella área entre el epitelio columnar y el epitelio escamoso original, donde la acción y cambios cervicales es marcada, por consiguiente es el área donde el epitelio columnar se ha transformado o esta siendo transformado en un nuevo epitelio escamoso.

La zona de transformación entera debe ser visualizada, en otras palabras, el epitelio columnar debe ser visualizado internamente y el epitelio escamoso original debe ser visualizado externamente, el proceso de transformación es usualmente denominado metaplasia escamosa. La descripción de los cambios sistemáticos de la zona de transformación son los siguientes:

- 1- El epitelio columnar bajo la influencia de PH bajo o Ácido sufre una metaplasia temprana.
- 2- El metaplasia temprana puede tomar 2 tipos de evolución: normal o anormal.
- 3- La evolución normal continúa a la metaplasia fisiológica y al bien diferenciado nuevo epitelio escamoso, estos cambios son considerados como una zona de transformación normal.
- 4- La evolución anormal cambia a metaplasia atípica bajo la influencia quizás de experiencia sexual temprana, infección viral o uso de dietil – estilbestrol (D.E.S).

La metaplasia atípica sufre dos respuesta alternativas, con una respuesta adecuada del huésped no propensa a la lesión, la cual podría quedarse constante y no cambiar por toda la vida de la paciente y otra con una respuesta inadecuada del huésped donde puede ocurrir una displasia leve, modera y severa, y ser seguida a cáncer IN SITU, para cáncer invasor. Esto probablemente es una enfermedad progresiva requiriendo meses y años para que ocurra. La metaplasia atípica y su progresión con una respuesta

inadecuada del huésped son denominados zonas de transformación anormal. El valor real de la colposcopia consiste en el hecho de que estos cambios sean identificados.^{4,8,9, 10}

INDICACIONES DE LA COLPOSCOPIA

1. Valoración de pacientes con citología anormal
2. Estudio diagnóstico de las pacientes sintomáticas
3. Diagnóstico de lesiones benignas y normalización cervical
4. Apreciación de la respuesta a la estimulación con estrógenos.
5. Control del NIC durante el embarazo
6. Selección de las pacientes con NIC para ser tratadas con terapéuticas conservadoras.
7. Diagnóstico de las infecciones virales
8. Diagnóstico de la patología vulvar (vulvoscopía)
9. Diagnóstico de la patología peniana (peniscopía)

TERMINOLOGÍA COLPOSCOPICA DE BURGHARDT (1984)

I. Hallazgos colposcópicos normales.

- a. Epitelio pavimentoso original.
- b. Ectopia (Epitelio Cilíndrico)
- c. Zona de transformación

II. Hallazgos colposcópicos anormales

- Queratosis (leucoplasia)
- Punteado
- Mosaico
- Zona de Transformación.
- Erosión (Úlcera)
- Área Yodoclara netamente circunscrita insignificante.

III. Carcinoma Invasor Sospechoso.

IV. Carcinoma Invasor

V. Otros hallazgos colposc6picos (miscel6nea)

- Alteraciones inflamatorias.
- P6lipos.
- Papiloma – Condiloma.
- Alteraciones atr6ficas.
- Otros.

BIOPSIA CERVICAL

Es el m6todo que habitualmente utilizamos para extraer peque1os fragmentos de tejido, ya que no precisa anestesia se puede practicar bajo control colposc6pico, dirigiendo de esta manera la toma de la muestra hac6a el punto mas sospechosos, si se efectúa mas de una toma, siempre se empezara por el labio posterior para evitar que el sangrado dificulta la visi6n, la pinza utilizada es un sacabocado, constituida por una parte fija y una parte m6vil cortante. 4, 7, 10 En la superficie que queda sangrante se aplica un taponamiento vaginal, por varias horas o electrocoagulaci6n y la muestra se coloca en formalina 10%.

OTROS METODOS DIAGNOSTICOS:

El ThinPrep o Thin- layer: Es una nueva tecnolog6a para el procesamiento de muestras, las cuales son colectadas como una citolog6a convencional usando un cepillo cervical o esp6tulas de pl6stico. Inmediatamente son depositadas en una soluci6n fijadora, la cuales se dispersa las c6lulas 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 elimina elementos inflamatorios, moco, y sangre. Este m6todo mejora la calidad de los frotis, lo que conlleva a la disminuci6n de errores en la lectura.

EI PAPNET: Es un procedimiento que se implementó para disminuir los errores en las muestras de las laminillas. Con esta técnicas el diagnóstico inicial es realizado por la 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 diagnostico. Este método disminuye las variaciones de interpretación que surge de la subjetividad del profesional encargado de realizar la lectura, lo que conduce a disminuir la variabilidad Inter-laboratorio, aumentando la certeza del diagnóstico.

EI AutoPap 300QC Es un sistema computacional que se utiliza un scanner de alta resolución diseñado para el estudio de frotis cérvico vaginales 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 la densidad celular y de la forma de la misma .De esa manera, las laminillas son divididas en dos categorías: “revisar” y no “revisar” .Las clasificadas como “revisar “ deberán ser examinadas por el 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 de falsos negativos

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS EN LOS NIC

La histerectomía ha sido durante muchos años el tratamiento de elección para el carcinoma IN SITU del cuello uterino. En la década de 1960 se introdujo la conización mediante bisturí en frío y a mediados de la década de 1970 los tratamientos conservadores, en los años de la década de los 80s, algunos de ellos utilizaron según

el sitio y no la gravedad de la lesión. A mediados de la misma década la conización con LASER y por último con el LEEP (Procedimiento de Escisión Electroquirúrgica). 4, 5, 8

Todos estos métodos de tratamiento han puesto en evidencia la posibilidad de obtener resultados, comparables, a la cirugía cruenta con la ventaja específica de la conservación anatómica y funcional del órgano; según los modernos conceptos de radicalidad en Oncología, se define como tratamiento ideal a la modalidad terapéutica que permite la extirpación selectiva del área de tejido neoplásico, con el máximo respeto de tejido sano circundante, teniendo en cuenta las modalidades de extensión microscópica de la enfermedad. 4, 7

El conocimiento de la historia natural y la definición diagnóstica exacta de la lesión preinvasora, en cuanto a la extensión en superficie y en profundidad, representa la premisa indispensable para la selección de pacientes a tratamiento conservador.

Crioterapia.

Es un método que ha tenido amplia difusión en la década de 1970, sobre todo en los Estados Unidos. La Crioterapia de las lesiones cervicales aprovecha el efecto lesivo de la Hipotermia sobre tejidos humanos. El instrumento está constituido esquemáticamente por una sonda de extremo en Perilla, intercambiable de diferentes formas y dimensiones a través de la cual el paso de gas refrigerante provoca un descenso de la temperatura hasta los valores de -80°C / -90°C . 4, 7

El efecto destructivo deriva de la compleja interacción de diferentes procesos Biológicos en la adyacencia inmediata del tejido congelado, el progresivo descenso de la temperatura comporta un cambio de estado del agua intracelular con cristalización, y rotura de las membranas celulares; la Criocirugía puede realizarse con un solo ciclo de congelamiento o con dos ciclos. Durante el tratamiento la paciente puede advertir una sensación de calambre abdominal análoga a la que se experimenta en el curso de la electrocoagulación, pero de menor intensidad. Las reacciones más violentas son raras.

La Sintomatología en los días sucesivos a la Crioterapia no es diferente de la que sigue con tratamiento con electrocoagulación, desde el primer día del tratamiento se producen el área necrosada abundantes pérdidas vaginales no sanguíneas, el tiempo de curación con reepitelización completa; se extiende de 6-8 semanas, el método crío quirúrgico no permite la destrucción selectiva del área afectada.

Conización con Bisturí Frío.

La conización fue introducida por Miller y Todd en 1938, mas adelante el Bisturí eléctrico fue sustituido por el Bisturí en frío angulado para obviar la necrosis del tejido sometido. 4, 8 La conización consiste en la extirpación de un cono de tejido en ápice truncado, cuya circunferencia de base pasas por fuera de la zona yodo negativa con la solución de lugol y cuyas paredes comprenden en canal cervical. el cual es menos utilizado hoy en día, desde la aceptación de la criocirugía, la conización por asa diatérmica, y el láser como técnicas mas apropiadas para el tratamiento de los problemas precancerosos mas comunes del cérvix.

Este procedimiento permite diagnosticar definitivamente el origen de la anormalidad reflejada en la prueba de Papanicolaou, y muchas veces logra curar al mismo tiempo la enfermedad cuando se establece un seguimiento adecuado. Sin embargo, en algunos casos, podría afectar mas tarde la fertilidad de la paciente. Algunas de las indicaciones para la conización en frío mediante bisturí incluyen:

1. Aquellos casos en que existe una prueba de Papanicolaou anormal de alto grado y sin embargo el examen colposcópico es completamente normal.
2. Cuando existen lesiones identificadas mediante la colposcopia que envuelven la parte profunda del canal endocervical, imposibilitando su tratamiento adecuado mediante la conización por asa diatérmica.
3. Aquellos casos en que el legrado endocervical demuestra lesiones significativas.
4. Cuando la prueba de Papanicolaou muestra células anormales de tipo glandular que requieren una biopsia mas amplia. En estos casos puede estar indicada la conización mediante bisturí.
5. Cuando se sospecha la presencia de una lesión cancerosa micro invasora.

Generalmente, la conización mediante bisturí se considera un procedimiento quirúrgico menor de tipo ambulatorio en el cual la paciente regresa a su casa el mismo día de la cirugía y no requiere hospitalización. Ya que se lleva a cabo bajo anestesia general, se recomienda estar en ayunas por 6-8 horas antes del mismo. Se le pedirá que firme un documento de consentimiento informado.

La muestra obtenida se envía al patólogo para ser examinada y verificar que el área anormal ha sido eliminada totalmente y que no exista un cáncer invasor del cuello uterino.

Los riesgos conlleva este procedimiento

Los riesgos asociados con este procedimiento ocurren con muy poca frecuencia. Estos riesgos incluyen el sangrado, la infección, el daño a otros tejidos, desgarres vaginales, o que la lesión pueda reaparecer. No se tiene claro si el mismo puede afectar o no embarazos futuro.

Recomendaciones después del procedimiento.

Luego de este procedimiento, pueden sentirse algunos calambres y molestias que podrían durar hasta una semana, pero por lo general no se siente dolor. Debe limitar sus actividades físicas durante los primeros 10-14 días para así evitar un sangrado postoperatorio excesivo. Debe abstenerse de las relaciones sexuales, duchas vaginales, y el uso de tampones sanitarios por un periodo de aproximadamente 4-6 semanas. Puede notar un flujo abundante, sanguinolento, o amarillento que podría durar unas 2-3 semanas.

Electrocoagulación.

La Electrocoagulación se utiliza desde mediados de la década de 1950 para el tratamiento del CIN, el cual no fue tan popular debido al número de factores como el dolor Pélvico por contracción del útero, dolor vaginal debido al calor, las pérdidas vaginales después de la intervención. La elevada frecuencia de complicaciones tardías como la Estenosis Cervical y sobre todo el alto porcentaje de recidivas o de persistencia de la enfermedad. 4,9

Termocoagulación.

Propuesta por Sem, en la década de 1960 para destrucción de lesiones benignas, y en 1983 para el tratamiento del CIN. La termocoagulación aprovecha el efecto destructivo del calor sobre los tejidos humanos. Esto requiere una instrumental similar y una técnica de ejecución no diferente a la Crioterapia. A diferencia de la termo coagulación, no hay paso de corriente eléctrica al organismo y el aumento de la temperatura en el Epitelio se produce una irradiación térmica, las facilidades de ejecución que permite así mismo que un operador poco experimentado obtenga la destrucción del Tejido Cervical con una profundidad de 2 a 4 mm, y una extensión predeterminada de acuerdo con las dimensiones de las sondas utilizadas, lo cual constituye la principal ventaja del método. Por otro lado, la escasa flexibilidad del método, unido a un efecto destructivo excesivamente estandarizado constituye la alimentación principal. La técnica ofrece escasos efectos colaterales como el sangrado y pérdida vaginal. 4

Diatermia Quirúrgica (LEEP).

LA Diatermia Quirúrgica (ASA DIATERMICA) y en la actualidad LEEP del acrónimo del Inglés " Loop Electrosurgical Escisión Procedures). El ASA de diatérmica fue introducida en Francia en los primeros años de la primera década de 1940 por Palmer para la Escisión de Pólipos Cervicales. Después fue ampliamente utilizado por Couper y por Cartier para tomar muestra de la transformación atípica. Hacia fines de la década de 1980 Boulanger y Col. Utilizaron el ASA diatérmica como método quirúrgico del CIN a método terapéutico. 8

El ASA diatérmico es un instrumento ablativo constituido por un electrodo activo de diferentes perfiles, con filamentos metálicos cuyo espesor no debe ser superior a 2/10 de mm, que se utiliza para la función de corte coagulante con emisión de corriente alternada de alta frecuencia, regulada en la medida apropiada. 7,8

Las ASAS de las viejas generaciones son:

- ❖ El ASA clásica
- ❖ El ASA de Cartier
- ❖ El ASA rotatorio.

El porcentaje de complicaciones (Hemorragias Perioperatorias y Postoperatorias, Infecciones, Estenosis Cervical) del tratamiento es incisional con LEEP está comprendido entre el 6-12 %. En el periodo Postoperatorio son frecuentes las pérdidas vaginales no hemáticas. La Escisión completa del CIN con LEEP se obtiene con mayor frecuencia cuanto menos penetra la lesión en el canal. La principal ventaja del LEEP es poder efectuar el diagnóstico y tratamiento en una única sesión. La segunda ventaja es que el instrumental para el LEEP es poco costoso en relación con el costo del aparato LASER.^{4,8,9}

Vaporización Con LASER de CO₂.

Los CIN de grado elevado (CIN II-III) pueden ser sometidos a tratamientos destructivos o exisional mediante LASER según su distribución topográfica. El método destructivo está indicado para lesiones enteramente exocervicales (con la unión Escamocilíndrica) completamente visible en Colposcopia, así como las infecciones por el virus del Papiloma.

La conización Cervical efectuada con LASER de CO₂ y microscopio quirúrgico se considera en la actualidad una intervención Segura y ha sustituido casi por completo a la clásica Conización mediante bisturís en frío. La profundidad y anchura del cono está determinado por la topografía de la lesión, por lo Morfología del Cérnix y la edad de la paciente. La conización con LASER de CO₂ se efectúa con las mismas indicaciones de la Conización quirúrgica, enfriando el rayo LASER similar al bisturí. ^{4,9}

Histerectomía

Es la Extirpación del útero con preservación de los anexos, indicada cuando por conización cervical los bordes de la piezas operatoria no están libres de enfermedad o cuando existen una Citología cérvico vaginal anormal persistente después de la conización o con la presencia de Ca IN SITU.

LA CALIDAD:

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del sector salud, existen 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 consensos encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad de sistemas de monitoria y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios.

Indicadores de calidad de la estructura:

La evaluación de la estructuras implica los recursos materiales (instalaciones, equipos y presupuestos monetario), los recursos humanos (números 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 aceptables para un momento dado.. No obstante, la estructura más perfecta no garantiza la calidad y el uso de estos indicadores es limitados si se pretende tener una visión real de la calidad de la gestión de los servicios.

Dentro de los indicadores de las estructura están la accesibilidad geográfica, la estructura física del área hospitalaria, las características y estructuras de cada servicio, los recursos humanos (números y calificación). Los recursos materiales y las actividades asistenciales, docentes e investigativas.

De Geyndt establece cuatro categorías para los indicadores de estructuras:

- ♣ **Estructura física:** Comprende cimientos, edificaciones, equipo médicos no médico, vehículos, mobiliario médicos y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y manteniendo de 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. Incluyen también relaciones entre categorías del personal

(Ej. Enfermeras, médicos) o entre personal y población, entrenamiento del personal y los criterios de desempeño del personal específicos.

- ♣ **Estructuras 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 la 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.²

Indicadores de la calidad del proceso

Los indicadores que miden la calidad del proceso ocupan un lugar importantes 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 salud quebrantada de 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 las 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.

Existe además una contradicción dialéctica entre los indicadores de proceso y los resultados, algunos alegan que el proceso pierde el sentido si su calidad no se refleja en los resultados 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 proceso.

La historia clínica como documento principal del proceso.

Entre los indicadores de los procesos más naturales se encuentran los que evalúan la calidad de los documentos o formularios que deben llenarse durante el desarrollo de la atención por los médicos y otros profesionales o técnicos de salud, Como ejemplo específico esta la evaluación de la historia clínica , documento básico donde se refleja el proceso que atraviesa el paciente durante su estancia en el hospital.

Dada a la cantidad de elementos de la historia clínica en algunos centros se han 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 conduzca una pérdida de puntos.²

Indicadores de calidad basados en los resultados.

Los indicadores basados en los resultados han sido un 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 que se basan, algo que puede resultar complicado.

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

Gil more y de Mora le atribuyen a los indicadores de resultados de la atención hospitalaria varias características entre las que se destacan los siguientes:

- ♣ No evalúan directamente la calidad de la atención, sino que simplemente permiten deducir sobre el proceso y la estructura del servicio.
- ♣ Depende de la interacción con otros factores, como la mezcla de pacientes 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 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".²

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio: Se adoptó un diseño descriptivo de corte transversal aplicable a la evaluación de servicios de salud por lo que elaboró una serie de instrumentos para medir técnica y procesamiento diagnóstico para la detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino.

Área de estudio: El estudio se realizó en el Departamento de Matagalpa, en dos centros de salud que aplican (Trinidad Guevara y Río Blanco) y dos centro de salud que no aplican las técnicas de toma de la citología cervical (Bocana de Paiwas y San Dionisio) y un puesto de salud por cada uno de ellos, del casco urbano, rural y en el laboratorio del departamento de Patología del Hospital César Amador Molina de Matagalpa.

Población de estudio, Universo, muestra: De la red de servicios de departamento de Matagalpa se tomó en cuenta:

- 1) Un puestos de salud por cada uno de los centros de Salud.
- 2) Dos centros de salud que aplican bien las técnicas toma de PAP.
- 3) Dos centros de salud que no aplican bien las técnicas de PAP.
- 4) Laboratorio del Departamento de Patología del Hospital Cèsar Amador Molina.

Procedimiento en la recolección de datos:

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

1. Se estableció coordinación con el Director del SILAIS de Matagalpa a fin de obtener el apoyo requerido y aprobación del estudio.
2. Se realizó exploración documental para complementar información sobre las técnicas para detección oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en SILAIS de Matagalpa.
3. Para elaborar el diagnóstico de la disponibilidad y requerimientos de recursos humanos calificados para la realización de exámenes, diagnósticos (clínico y de

laboratorio), y el tratamiento oportuno del Cáncer Cérvico Uterino a nivel de diferentes unidades del sector salud se realizaron visitas a las diferentes unidades de salud. Poniendo especial atención en la calidad de las muestras de PAP, calificación y suficiencia del personal que labora.

4. Realización de un diagnóstico sobre la existencia de insumos médicos y no médicos, infraestructuras, equipo, instrumental, y tecnología para el diagnóstico temprano del Cáncer Cérvico Uterino se visitarán las diferentes unidades de salud seleccionada para entrevistar a sus gerentes y observando el proceso técnica y la existencia de:

Unidades	Información requerida
a) Los Centros y Puestos de Salud.	<p>Sistemas de registro de citologías con fechas de salida, entrada y diagnostico citológico.</p> <p>Formatos de solicitud de estudios citológicos.</p> <p>Formatos de solicitud de interconsulta o de referencia</p> <p>Formatos de solicitud de exploraciones complementarias.</p> <p>Mesa ginecológica</p> <p>Foco de luz potente</p> <p>Silla baja de ruedas para toma citológica.</p> <p>Mesa de consulta y ordenador</p> <p>Biombos para asegurar la intimidad de las pacientes al desnudarse</p> <p>Espátulas de Ayre y citocepillo</p> <p>Torundas para toma endocervical</p> <p>Espéculos de tres tamaños (metálicos)</p> <p>Portaobjetos</p> <p>Fijador de citologías</p> <p>Sabanitas para camilla y usuarias, batas de un solo uso.</p>

Unidades	Información requerida
b)Hospital	<p>Formato de historia clínica</p> <p>Formatos de petición exploraciones complementaria</p> <p>Formatos de petición Inter consultas</p> <p>Espéculos vaginales metálicos</p> <p>Sabanillas para la mesa exploración ginecológica</p> <p>Espátulas de Ayre para tomas citológicas</p> <p>Cepillos endo cervicales para la toma s citológicas</p> <p>Portaobjetos con banda de 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 electro quirúrgica</p> <p>Equipamiento para realizar laparoscopias ginecológicas</p> <p>Botes contenedores de biopsia de formol</p> <p>Material desechable de utilización de cirugía laparotómica</p> <p>Suturas mecánicas / Clips vasculares para cirugía laparoscópica y laparotómica</p> <p>Sistema informático</p>

Unidades	Información requerida
c) Laboratorio de Patología	<p>Formato informe anatomo-patológico prediseñado</p> <p>Sistema de registro informes anatomo-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 trans operatoria)</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 de histoquímicas, porta y cubreobjetos, bandejas porta preparaciones, guantes, papel filtro, material de vidrio, diferentes botes y recipientes para pinzas.</p> <p>Pistola porta jeringas para punción-aspiración.</p> <p>Sistema informático.</p>

5. Para conocer el grado de satisfacción se harán encuesta 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 las pacientes con la atención. ➤ Información, comunicación, educación sobre la prevención del Cáncer Cérvico Uterino.
b) Laboratorio de Patología	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Calidad del manejo de laminillas. Se refiere a la presencia de elementos de origen técnicos, físico o administrativo que dificultan o impiden la lectura de las muestras, 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 de envío de lámina, 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 del aprovechamiento del recurso instalado. Productividad en la interpretación de la laminillas en los laboratorios.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Conceptos	Indicador
Edad	Tiempo transcurrido en años desde el nacimiento hasta la encuesta.	10-19 20-29 30-39 40-49
Municipio	Origen o localidad de donde procede el paciente	Se especificará
Calidad y proceso técnico de la toma de la muestra de la muestra citológica	Se refiere a la presencia de elementos de origen técnicos, físico o administrativo que dificultan o impiden la lectura de la muestra.	No Menstruación No relaciones sexuales ni ducha vaginales 24 hrs. antes del examen Lavado de mano Colocación de guantes No tacto ni lubricación del espéculo con gel Muestra de endo y exocervix con espátula ayre Fijación a 20-30 cm de distancia Láminas multfragmentada, mal fijadas, teñidas o identificadas. Llenar formulario
Trasporte de la muestra	Son las características y condiciones en que se trasladan la muestra a la unidad de salud donde se analiza.	El portaobjetos se enviara en su porta lámina 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 de la citología cervical. Enviar la muestra máximo una semana para su procesamiento.

Variables	Conceptos	Indicador
Equipo y mobiliario	Son los insumos materiales necesarios para realizar el examen.	Lámpara de cuello de cisne Espéculos de tres tamaño Guantes Camilla Ginecológica Papelería Spray en el 95% Laminillas Pota laminas Espátulas Torundas
Satisfacción de usuaria en cuanto al conocimiento, actitud y práctica.	Es el grado de cumplimiento de las expectativas del usuario en cuanto a la atención recibida y sus resultados. Conocimiento: La información que tiene las usuaria Actitud: Postura que adopta en relación al PAP. Práctica: Cumplimiento de las usuarias con realización del PAP	Muy satisfecha Poco satisfecha Insatisfecha Sabe que es la citología cervical (PAP). Utilidad de la citología cervical (PAP). Fuente de información. Porque se realizo la citología cervical (PAP). Razones para no hacerlo. Satisfacción confiabilidad. Confiabilidad del resultado. Cuando se realizo la última citología cervical (PAP). Acudió al control posterior.

Variables	Conceptos	Indicador
Gerencia del programa	Se refiere a las actividades gerenciales relacionadas con formación y supervisión de los recursos humanos, aspecto de comunicación e información que debería tener para incidir en la conducta poblacionales	<p>Coordinación de la unidad de salud con el laboratorio clínico y patología.</p> <p>Coordinación entre el personal de salud y especializado del nivel superior hasta hospitalario.</p> <p>Programa de capacitación al personal de salud</p>
Disponibilidad de los recursos	Se refiere a valorar la existencia en cantidades suficientes, para el buen desempeño en la red de salud de los insumos necesarios para la atención, toma de muestra y lectura de la misma	<p>Recursos Humanos</p> <p>Equipo y mobiliario</p>

RESULTADOS

La mayoría de las usuarias del programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino se caracterizaron por ser menores de 30 años 51.6% y baja escolaridad (primaria o menos). Se estudio similar número de usuarias por municipio (Cuadro 1).

Al valorar la satisfacción de las usuarias con los servicios se determinó que el servicio médico tuvo mejores resultados que los de admisión y enfermería (Cuadro 2).

El Cuadro 3 presenta algunos aspectos de la satisfacción de las usuarias. El 46.3% dijo que el tiempo de espera era mucho, 43.2% que era aceptable y solamente 10.5% dijo que era poco; 4.2% manifestó rechazo del personal; 68.4% dijo no estar satisfechas con la infraestructura del centro; 6.3% dijo que no les explicaron el procedimiento del PAP; 62.1% consideraron que la explicación fue buena y 37.9% regular o mala; 18.9% no estuvieron satisfechas con la realización de la citología cervical y las principales razones fueron la poca privacidad y la falta de batas y sabanillas; solamente el 8.4% dijo no saber para que es el examen de citología cervical (PAP); las principales fuentes donde las usuarias habían obtenido información sobre la importancia de la citología cervical fueron el médico y la enfermera en un 53.7% y 37.8%, respectivamente.

La mayoría de usuarias dijeron que se realizan la citología cervical cada año (32.6%) y cada dos y cinco años (18.9%). Sin embargo, un 29.5% dijo que una sola vez. El personal médico y de enfermería habían realizado un porcentaje similar de citología cervical. El 47.4% dijo que la tardanza entre el examen y el resultado de la citología cervical es de semanas, 44.2% en meses; y a la mayoría le habían explicado el resultado de la citología ce PAP, pero en 11.6% no. Aproximadamente dos terceras partes de usuarias habían recibido tratamiento por el resultado del PAP y 31.6% no; 47.4% acudió a control posterior y 52.6% no; solamente una usuaria dijo que no regresaría a la unidad de salud para recibir atención (Cuadro 4).

Las características generales de los responsables de las siete unidades de salud bajo estudio se presentan en el cuadro 5. Al valorar los conocimientos de los responsables de las unidades de salud sobre aspectos relacionados al programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino se observó lo siguiente: la mayoría manifestó que el personal relacionado con el programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino no había recibido capacitación en los últimos 3 meses; solamente 4 habían organizado evaluación del desempeño de su personal y dijeron que había coordinación entre las unidades de salud y el laboratorio; 5 dijeron que se conocía el estado de la muestra que envía el personal; ninguno dijo haber discutido con epidemiología del SILAIS los resultados del programa; solamente 3 dijeron conocer el desempeño del personal, haber montado un sistema de vigilancia, haber enviado en los últimos tres meses información al SILAIS sobre la situación del programa y de que existe coordinación entre las unidades de salud; cinco dijeron saber cuando una usuaria es transferida a un especialista (Cuadro 6).

Al valorar la disponibilidad de recursos del programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino en las unidades de salud se determinó que las principales carencias estuvieron relacionadas a los formatos de solicitud de interconsulta o de referencias o de solicitud de exploraciones complementarias; a las sillas de ruedas para toma citológica; y en menor grado las sábanas. La mayoría tienen formatos de solicitud de estudios citológicos, sistema de registro de citología, mesa ginecológica, lámpara de cuello cisne, mesa de consulta, sillas para personal y usuarias, biombo para garantizar la intimidad de las pacientes, guantes, espéculos, torundas, portaobjetos y laminillas (Cuadro 7).

Al valorar la disponibilidad de recursos en el laboratorio de patología se determinó que no existe lo siguiente: mesa de tallado de biopsia y piezas quirúrgicas con sistema de extracción de vapores tóxicos, microsoma de congelación, balanza, agitador magnético, teñidor automático, sistema de montaje de preparación con extracción de vapores tóxicos, sistema de microfotografía, congelador y dispensador de parafina. Otros recursos existentes pueden observarse en el Cuadro 8.

Los patólogos (2) y citotecnólogos (2) manifestaron que los factores que influyen para que la muestra sea adecuada son: la hemorragia, la celularidad escasa, la mala fijación y la extensión incorrecta. Además, manifestaron que la calidad del manejo y el proceso de las laminillas es de buena calidad. Todos dijeron que cuando evalúan la muestra el componente celular que mas observan es del exocervix. Por otro lado, 3 de ellos consideraban a la mayoría de las muestras de los municipios en estudio como inadecuadas y uno como adecuada con limitantes.

DISCUSIÓN

Aunque a la mayoría de las usuarias se les había explicado el procedimiento para realizarse la citología cervical, a una tercera parte no le pareció que la explicación fue considerada como buena, y casi una quinta parte manifestó que no estuvo satisfecha con la realización de la citología cervical. El 8.4% dijo no saber para que es el examen de la citología cervical y una proporción considerable no sabía la frecuencia en que debe realizarse.

Con respecto a los conocimientos de los responsables de las unidades de salud se observaron limitaciones principalmente en el monitoreo, evaluación, y manejo de las usuarias en otros niveles. Estas deficiencias de parte de los responsables de los centros de salud pueden deteriorar el desarrollo y éxito del programa. Por otro lado, los encargados del programa manifestaron que con respecto a la disponibilidad de recursos del programa, la falta de solicitudes fueron las principales limitaciones.

Los encargados del laboratorio de patología del Hospital Regional César Amador Molina manifestaron que aunque hay insumos para realizar la citología cervical, todavía hay limitaciones en alguno de ellos. Si se mejora el abastecimiento material e insumos adecuados, se podría mejorar la calidad en el diagnóstico de las muestras procesadas. Además manifestaron que la mayoría de las muestras recibidas de las unidades estudiadas se consideran como inadecuadas, lo cual podría afectar la detección de los casos y su tratamiento oportuno.

Los determinantes de la participación de las usuarias en el PDOC son complejos, pero uno de los más importantes es la presencia de profesional de la salud que no solamente recomienden, eduquen y practiquen el procedimiento; sino también puedan planificar y evaluar todos los elementos que intervienen en el PDOC.

Los resultados de este estudio dejan claro que hay una necesidad para mejorar el desempeño de los responsables del programa y el conocimiento del PDOC por parte de los responsables de las unidades de salud. Para esto se podrían considerar varias estrategias como la actualización, el reciclaje, la capacitación, y educación en salud y la educación médica continua para mejorar la calidad de atención brindada a las usuarias.¹⁵⁻¹⁸

La intervención educativa entre los profesionales de la salud es necesaria para promover un incremento en la cobertura de las mujeres en riesgo del PDOC. Sin embargo, la necesidad de instrumentos que faciliten el trabajo de vigilancia puede facilitar el trabajo, reducir el tiempo empleado en la atención de los pacientes y mejorar el seguimiento de estas pacientes. Almendárez (2008) recibió el primer premio a la Excelencia Latina por sus aportes en el Sistema de Vigilancia para la Prevención del Cáncer cervicouterino (SIVIPCAN), y constituye un buen sistema de seguimiento y la implementación de mejores prácticas para reducir la mortalidad. Desde enero del 2008 se han registrado más de 2000 usuarias.¹⁹

Otro elemento, es mejorar la comunicación y monitoreo entre las unidades de salud y el laboratorio del HRCAM para identificar los problemas y superarlos.

CONCLUSIONES

Las usuarias estuvieron más satisfechas con el servicio médico que con los servicios de admisión y enfermería. Pero estuvieron menos satisfechas con el tiempo de espera, con la infraestructura del centro, y con la explicación del procedimiento.

Las principales fuentes sobre la importancia de la citología cervical fueron, el médico y la enfermera. La mitad de usuarias realizan la citología cervical cada año o cada dos y cinco años.

Casi la mitad de usuarias dijeron que la tardanza entre el examen y su resultado duraba más de un mes; a la mayoría le habían explicado el resultado del PAP. Aproximadamente dos terceras partes de usuarias habían recibido tratamiento y la mayoría de estas se realizó control.

Algunos aspectos gerenciales que podrían obstaculizar el programa fueron la falta de lo siguiente: capacitación de su personal, evaluación del desempeño, coordinación entre las unidades de salud, sistema de vigilancia. Por otro lado, dentro del programa las principales carencias estuvieron relacionadas a los formatos de solicitud de interconsulta/referencias/exploraciones complementarias.

Los patólogos y citotecnólogos del HRCAM consideran que la mayoría de las muestras de los municipios son inadecuadas y el personal del laboratorio de patología carece de muchos materiales que son necesarios para mejorar la calidad de los resultados de las muestras.

RECOMENDACIONES

AL SILAIS:

Mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud a través de jornadas de actualización, reciclaje, capacitación y educación médica continua en las unidades de salud.

Mejorar a mediano plazo la infraestructura de las unidades de salud.

Garantizar insumos médicos y no médicos para mejorar la toma de la muestra.

A LA GERENCIA

Reducir el tiempo de espera en la atención a las pacientes, así como agilizar la entrega de los resultados. Además, mejorar la educación brindada a estas usuarias.

.

AL LABORATORIO

Mejorar los mecanismos de comunicación y de retroalimentación entre el laboratorio y las unidades de salud para mejorar la calidad en la toma de las muestras y los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

1. La agencia Española de Cooperación e Internacional. Puntualizaciones acerca del cáncer Cérvico uterino y su principal método diagnóstico: papanicolau.
2. Zavala Luna, Griselda. Diagnóstico de la situación de los servicios públicos para Detección y Atención del Cáncer Cérvico uterino en el casco urbano de la ciudad de León. Agosto del 2005.
3. Prado Vargas, Carolina Isabel. Evaluación de la calidad en que se desarrolla el Programa de Detección Oportuna del Cáncer Cérvico Uterino en los municipios de San Juan Cinco Pinos de Chinandega, en el periodo de diciembre-abril del 2004.
4. Pravia Lazo, Magela Del Carmen. Abordaje y seguimiento de las lesiones cervicales preinvasoras en pacientes atendidas en la clínica de patología cervical en el periodo de Enero 2004-2005 del Hospital Cesar Amador Molina.
5. Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. Departamento de Atención Integral a la Mujer. Septiembre 2000 MINSA.
6. Normas de Promoción, Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. II Borrador. Plan Nacional de Salud 2004-2015. MINSA.
7. Curso Precongreso. Diagnóstico y manejo de las lesiones premalignas del Cérvix. Facultad de Medicina UNAN-León 2003.
8. De Palo, Guisepppe. Colcospìa Patología del tracto genital inferior. II Edición. Editorial Médica Panamericana. 1993 Madrid, España.
9. Delgado G, Nelson. Correlación Citológica, Colposcópica e Histológica de paciente con atipia escamosa en el Hospital Bertha Calderón Roque de Abril-septiembre 1995. Managua, UNAN-Biblioteca Nacional de la Salud Concepción Palacio.
10. Latino Gaytan, José Santos; Hernández, Patricio José. Detección Precoz del Cáncer Cérvico Uterino a través del papanicolau en mujeres en edad fértil del municipio de San Juan de Oriente de Abril-Septiembre 1997.

11. Méndez Rojas, Boanerge. Estudio comparativo Citológico e Histopatológico del condiloma cérvico uterino, frecuencia y relación con lesiones premalignas y malignas en el departamento de HEODRA. 1992
12. Villanueva, Ana Maria. Correlación clínico cito-histopatológica del cáncer cérvico uterino HEODRA 1992. Estudio monográfico / Biblioteca HEODRA.
13. Willkinson J. Frotis de Papanicolau y detección de Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). I Edición. Volumen 4. Pág. 796. México.
14. León Cruz, Gretel; Bosque, Diego Omar; Silveira, Pablo Mario. Mecanismos Moleculares de los cofactores asociados con el cáncer del cuello del útero. Instituto Nacional de Oncología y Radio biología.
15. Arillo-Santillán E, et al. El conocimiento de profesionales de la salud sobre la prevención del cáncer cervical. Alternativas de educación médica. Salud Pública de México 2000; 42 (1): 34-41.
16. Rodríguez-Frausto M, et al. Calidad de la toma de muestra para la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Rev Mex Patol Clin 2006; 53 (4): 229-234.
17. Cúmplán-Loredo BP. Conocimiento sobre detección oportuna de CaCu y mamario. Rev Enferm IMSS 2000; 8 (3): 129-132.
18. Premio Ecelencia Latina: Para organizaciones de apoyo al paciente con cáncer. <http://www-redcamcer.prg/Page.Asp?Id=35>.
19. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Epidemiología. Evaluación de indicadores del programa de detección oportuna de cáncer cérvico-uterino (DOC). 2003; 20 (51): 1-3.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

CALIDAD DE TOMA DE MUESTRA DE PAP

Laboratorio de Patología: a) Cito tecnólogo b) Patólogo

1. ¿Qué factores influyen para que la muestra sea inadecuada?
 - a. Celularidad escasa
 - b. Mala fijación
 - c. Extensión incorrecta
 - d. Todas las anteriores
 - e. Ausencia de células endocervicales

2. La calidad de la muestra depende de:
 - a) Buena extensión
 - b) Suficiente material celular incluyendo exocervix y material de la unión y endocervix.
 - c) Buena solicitud
 - d) Todas

- 1.2. ¿Cómo es la calidad del manejo y proceso de laminillas?
 - a) Identificadas
 - b) Buena tinción
 - c) Buen montaje
 - d) Multi fragmentadas
 - e) 1, 2 y 3

4. ¿Cuándo se evalúa la muestra ¿Qué componentes celulares encuentra con mayor frecuencia?
 - a) Endocervix
 - b) Exocervix y unión
 - c) Endocervix y exocervix
 - d) Exocervix
 - e) 2 y 4

5. ¿Cómo seleccionaría la mayoría de las muestras de los municipios en estudio?
 - a) Inadecuadas
 - b) Adecuadas con limitantes
 - c) Adecuadas

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD.

Unidad de Salud: a) Puesto de salud b) Centro de salud

Procedencia: _____

Información Requerida	Si	No	Cantidad
Sistema de registro de citología con fecha de salida entrada y diagnostico citológicas			
Formato de solicitud de estudio citológicos			
Formato de solicitud de interconsulta o de referencia			
Formato de solicitud de exploraciones complementaria			
Mesa ginecológica			
Lámpara de cuello cisne (Foco de luz potente)			
Silla baja de ruedas para toma citológica			
Mesa de consulta			
Silla para profesionales y usuaria			
Biombo para asegurar la intimidad de la paciente			
Guantes			
Especulo de tres tamaño			
Espátula de Ayre			
Torunda para toma de Endocervical			
Portaobjetos			
Laminillas			
Sabana para camillas y usuarias , bata de un solo uso			

¿Qué tipo de fijador usa?

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS EN LABORATORIO DE PATOLOGIA

Información Requerida	Existe	No Existe	Cantidad
Formato informe anatomo-patológico prediseñado			
Sistema de registro informe anatomo-patológico			
Mobiliario de laboratorio			
Mesa de tallado de biopsia y piezas quirúrgica con sistema de extracción de vapores tóxicos			
Procesador automático de inclusión en parafina			
Micrótopo de parafina			
Microsoma de congelación (biopsia intraoperatoria)			
Baño de flotación			
Estufa			
Balanza de distinto grado de precisión			
Agitador magnético			
Centrifugas			
Teñidor automático			
Sistema de montaje de preparación con extracción de vapores toxico			
Microscopio óptico			
Sistema macrofotografía			
Frigoríficos			
Congelador			
Sistema de archivo de bloque de parafina y preparaciones citológicas			
Dispensador de parafina			

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

SASTIFACIÓN DE USUARIA EN CENTRO Y PUESTO DE SALUD.

Edad: _____

Procedencia _____

Unidad de salud: a) Puesto de salud b) Centro de salud

1. ¿Que nivel académico tiene?

- a) Analfabeta
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Técnica
- e) Universitaria

2. ¿Está satisfecha con la atención del servicio de :

- | | | | | |
|--------------|----------------|------------|--------------|-----------|
| a) Admisión | Excelente_____ | Bueno_____ | Regular_____ | Malo_____ |
| b) Enfermera | Excelente_____ | Bueno_____ | Regular_____ | Malo_____ |
| c) Médico | Excelente_____ | Bueno_____ | Regular_____ | Malo_____ |

3. ¿Cómo le parece el tiempo de espera?

- a) Mucho
- b) Aceptable
- c) Poco

4. ¿ Existe rechazo del personal de ser atendido?

- a) Si
- b) No

5. ¿Está satisfecha con la infraestructura del Centro de salud?

- a) Si
- b) No

6. ¿Al momento que se iba realizar el PAP le explicaron a usted el procedimiento?

- a) Si
- b) No

7. ¿Cómo le pareció la explicación?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

8. ¿Està satisfecha con la forma en que realizaron el examen del PAP?

- a) Si
- b) No

Si la repuesta es negativa escoja las siguientes:

- a. Poca privacidad
- b. Mala higiene
- c. Falta de sabanillas en mesa ginecológicas
- d. Falta de Batas

9. ¿Conoce para que es un examen de Papanicolaou?

- a) Examen que detecta el Cáncer Cérvico Uterino
- b) Examen que detecta el Cáncer de Útero
- c) Examen que detecta Cáncer
- d) No se

10. ¿Quién le informó sobre de la importancia del Papanicolaou?

- a) Médico
- b) Enfermera
- c) Medios de comunicación
- d) Otros

11 . ¿Cada cuánto tiempo se hace el PAP?

- a) Cada seis meses
- b) Cada año
- c) Cada dos y cinco año
- d) Cada embarazo
- e) Una sola vez
- f) Nunca

12 . ¿Quién le tomo el examen de Papanicolaou?

- a) Enfermera _____
- b) Médico Social _____
- c) Médico General _____
- d) Especialista _____
- e) Otros _____

13 ¿Porqué se realizó el Papanicolaou?

- a) Se lo ordenaron
- b) Por iniciativa propia
- c) Por infecciones
- d) Otros.

14. ¿Cuánto tiempo pasó desde que se realizó examen y recibió su resultado?

- a) Semanas_____
- b) Meses_____
- c) Años_____
- d) Nunca_____

15. ¿Le han explicado el resultado del PAP?

- a) Si
- b) No

16. ¿Ha recibido tratamiento o la han transferido a otra unidad de salud (Hospital) por el resultado del PAP?

- a) Si
- b) No

17. ¿Acudió a control posterior?

- a) Si
- b) No

18. ¿Volvería al Centro de salud o Unidad para recibir atención?

- a) Si
- b) No

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

GERENCIA DEL PROGRAMA.

Profesión: _____

Cargo: _____

Unidad de salud: a) Centro de salud d) Laboratorio Clínico c) Patología

Información requerida	Si	No	Desconoce
¿El personal que esta a cargo de actividades relacionada con la detección oportuna del CaCu ha recibido capacitación sobre el tema en los últimos tres meses?			
¿La dirección ha organizado algún sistema de monitoreo y evaluación del desempeño del personal que participa en la actividades de detección oportuna del CaCu?			
¿Conoce el resultado del desempeño del personal de salud que trabaja en actividades de detección oportuna del CaCu?			
¿Su unidad ha montado algún sistema de vigilancia epidemiológica para valorar como va la situación en lo relacionado a la detección oportuna del CaCu?			
¿En los últimos tres meses ha enviado información al SILAIS para informar como esta la situación en lo relacionado a la detección oportuna del CaCu?			
¿Conoce el estado de la muestra que envía su personal a laboratorio clínico y patología?			
¿Conoce la valoración que tiene los especialistas sobre la transferencia que hace su personal?			
¿Existe mecanismo fluido de coordinación entre su unidad , el laboratorio clínico y patología?			
¿Existe mecanismo fluido de coordinación entre el personal de salud y el personal especializado del nivel superior, hasta el nivel hospitalario?			
¿Cuándo una usuaria del servicio de detección oportuna del CACU, ha sido trasferido a un especialista recibe hoja de contrarreferencia o la epicrisis para ser anotado en su expediente?			
¿ Se ha discutido con epidemiología del SILAIS los resultados de la captación, referencia y tratamiento de las usuarias en otros niveles			

¿Cuales considera que son las dificultades para cumplir de la mejor manera posible las demandas y necesidades de las usuarias?

¿En cuánto envía la muestra después de realizada y como la transporta?

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

CALIDAD DE TOMA DE MUESTRA DE PAP

Laboratorio de Patología: a) Cito tecnólogo b) Patólogo

1. ¿Qué factores influyen para que la muestra sea inadecuada?
 - f. Celularidad escasa
 - g. Mala fijación
 - h. Extensión incorrecta
 - i. Todas las anteriores
 - j. Ausencia de células endocervicales

3. La calidad de la muestra depende de:
 - e) Buena extensión
 - f) Suficiente material celular incluyendo exocervix y material de la unión y endocervix.
 - g) Buena solicitud
 - h) Todas

- 1.3. ¿Cómo es la calidad del manejo y proceso de laminillas?
 - f) Identificadas
 - g) Buena tinción
 - h) Buen montaje
 - i) Multi fragmentadas
 - j) 1, 2 y 3

5. ¿Cuándo se evalúa la muestra ¿Qué componentes celulares encuentra con mayor frecuencia?
 - f) Endocervix
 - g) Exocervix y unión
 - h) Endocervix y exocervix
 - i) Exocervix
 - j) 2 y 4

6. ¿Cómo seleccionaría la mayoría de las muestras de los municipios en estudio?
 - d) Inadecuadas
 - e) Adecuadas con limitantes
 - f) Adecuadas

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS EN CENTROS Y PUESTOS DE SALUD.

Unidad de Salud: a) Puesto de salud b) Centro de salud

Procedencia: _____

Información Requerida	Si	No	Cantidad
Sistema de registro de citología con fecha de salida entrada y diagnostico citológicas			
Formato de solicitud de estudio citológicos			
Formato de solicitud de interconsulta o de referencia			
Formato de solicitud de exploraciones complementaria			
Mesa ginecológica			
Lámpara de cuello cisne (Foco de luz potente)			
Silla baja de ruedas para toma citológica			
Mesa de consulta			
Silla para profesionales y usuaria			
Biombo para asegurar la intimidad de la paciente			
Guantes			
Especulo de tres tamaño			
Espátula de Ayre			
Torunda para toma de Endocervical			
Portaobjetos			
Laminillas			
Sabana para camillas y usuarias , bata de un solo uso			

¿Qué tipo de fijador usa?

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

DISPONIBILIDAD DE LOS RECURSOS EN LABORATORIO DE PATOLOGIA

Información Requerida	Existe	No Existe	Cantidad
Formato informe anatomo-patológico prediseñado			
Sistema de registro informe anatomo-patológico			
Mobiliario de laboratorio			
Mesa de tallado de biopsia y piezas quirúrgica con sistema de extracción de vapores tóxicos			
Procesador automático de inclusión en parafina			
Micrótopo de parafina			
Microsoma de congelación (biopsia intraoperatoria)			
Baño de flotación			
Estufa			
Balanza de distinto grado de precisión			
Agitador magnético			
Centrifugas			
Teñidor automático			
Sistema de montaje de preparación con extracción de vapores toxico			
Microscopio óptico			
Sistema macrofotografía			
Frigoríficos			
Congelador			
Sistema de archivo de bloque de parafina y preparaciones citológicas			
Dispensador de parafina			

EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.

SASTIFACIÓN DE USUARIA EN CENTRO Y PUESTO DE SALUD.

Edad: _____

Procedencia _____

Unidad de salud: a) Puesto de salud b) Centro de salud

1. ¿Que nivel académico tiene?

- f) Analfabeta
- g) Primaria
- h) Secundaria
- i) Técnica
- j) Universitaria

2. ¿Está satisfecha con la atención del servicio de :

- | | | | | |
|--------------|----------------|------------|--------------|-----------|
| b) Admisión | Excelente_____ | Bueno_____ | Regular_____ | Malo_____ |
| b) Enfermera | Excelente_____ | Bueno_____ | Regular_____ | Malo_____ |
| c) Médico | Excelente_____ | Bueno_____ | Regular_____ | Malo_____ |

3. ¿Cómo le parece el tiempo de espera?

- a) Mucho
- b) Aceptable
- c) Poco

4. ¿ Existe rechazo del personal de ser atendido?

- a) Si
- b) No

5. ¿Está satisfecha con la infraestructura del Centro de salud?

- a) Si
- b) No

6. ¿Al momento que se iba realizar el PAP le explicaron a usted el procedimiento?

- a) Si
- b) No

7. ¿Cómo le pareció la explicación?

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

8. ¿Està satisfecha con la forma en que realizaron el examen del PAP?

- a) Si b) No

Si la respuesta es negativa escoja las siguientes:

- e. Poca privacidad
- f. Mala higiene
- g. Falta de sabanillas en mesa ginecológicas
- h. Falta de Batas

9. ¿Conoce para qué es un examen de Papanicolaou?

- a) Examen que detecta el Cáncer Cérvico Uterino
- b) Examen que detecta el Cáncer de Útero
- c) Examen que detecta Cáncer
- d) No se

10. ¿Quién le informó sobre de la importancia del Papanicolaou?

- e) Médico
- f) Enfermera
- g) Medios de comunicación
- h) Otros

11 . ¿Cada cuánto tiempo se hace el PAP?

- a) Cada seis meses
- b) Cada año
- c) Cada dos y cinco año
- d) Cada embarazo
- e) Una sola vez
- f) Nunca

12 . ¿Quién le tomo el examen de Papanicolaou?

- f) Enfermera_____
- g) Médico Social _____
- h) Médico General_____
- i) Especialista_____
- j) Otros_____

13¿Porqué se realizó el Papanicolaou?

- e) Se lo ordenaron
- f) Por iniciativa propia
- g) Por infecciones
- h) Otros.

14. ¿Cuánto tiempo pasó desde que se realizó examen y recibió su resultado?

- e) Semanas_____
- f) Meses_____
- g) Años_____
- h) Nunca_____

15. ¿Le han explicado el resultado del PAP?

- a) Si
- b) No

16. ¿Ha recibido tratamiento o la han transferido a otra unidad de salud (Hospital) por el resultado del PAP?

- a) Si
- b) No

17. ¿Acudió a control posterior?

- a) Si
- b) No

18. ¿Volvería al Centro de salud o Unidad para recibir atención?

- a) Si
- b) No

**EVALUAR LA CAPACIDAD TÉCNICA Y DIAGNOSTICA PARA LA ATENCION Y
DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO.**

GERENCIA DEL PROGRAMA.

Profesión: _____

Cargo: _____

Unidad de salud: a) Centro de salud d) Laboratorio Clínico c) Patología

Información requerida	Si	No	Desconoce
¿El personal que esta a cargo de actividades relacionada con la detección oportuna del CaCu ha recibido capacitación sobre el tema en los últimos tres meses?			
¿La dirección ha organizado algún sistema de monitoreo y evaluación del desempeño del personal que participa en la actividades de detección oportuna del CaCu?			
¿Conoce el resultado del desempeño del personal de salud que trabaja en actividades de detección oportuna del CaCu?			
¿Su unidad ha montado algún sistema de vigilancia epidemiológica para valorar como va la situación en lo relacionado a la detección oportuna del CaCu?			
¿En los últimos tres meses ha enviado información al SILAIS para informar como esta la situación en lo relacionado a la detección oportuna del CaCu?			
¿Conoce el estado de la muestra que envía su personal a laboratorio clínico y patología?			
¿Conoce la valoración que tiene los especialistas sobre la transferencia que hace su personal?			
¿Existe mecanismo fluido de coordinación entre su unidad , el laboratorio clínico y patología?			
¿Existe mecanismo fluido de coordinación entre el personal de salud y el personal especializado del nivel superior, hasta el nivel hospitalario?			
¿Cuándo una usuaria del servicio de detección oportuna del CACU, ha sido trasferido a un especialista recibe hoja de contrarreferencia o la epicrisis para ser anotado en su expediente?			
¿ Se ha discutido con epidemiología del SILAIS los resultados de la captación, referencia y tratamiento de las usuarias en otros niveles			

¿Cuales considera que son las dificultades para cumplir de la mejor manera posible las demandas y necesidades de las usuarias?

¿En cuanto tiempo envía la muestra después de realizada y como la transporta?

Cuadro 1 Características generales de usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, Matagalpa, 2008.

Características	No.	%
Edad:		
< 20	10	10.5
20-29	49	51.6
30-39	32	33.7
40-49	4	4.2
Unidad de salud:		
Trinidad Guevara	25	26.3
Bocana de Paiwas	20	18.9
Río Blanco	20	21.1
San Dionisio	18	18.9
Macera	5	5.3
Ocote	5	5.3
Ubú norte	2	2.1
Municipio:		
Matagalpa	26	26.3
Bocana de Paiwas	25	25.3
Río Blanco	25	25.3
San Dionísio	23	23.2
Escolaridad:		
Analfabeta	13	13.7
Primaria	41	43.2
Secundaria	32	33.7
Universitaria	9	9.5
Total	95	100.0

Cuadro 2 Satisfacción de las usuarias* del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, Matagalpa, 2008.

Satisfacción con el servicio:	Excelente	Bueno	Regular	Malo
Admisión	11.6	70.5	16.8	1.1
Enfermería	9.5	69.5	21.1	0.0
Médico	13.7	75.8	9.5	1.1

* Los porcentajes están basados en base a n=95

Cuadro 3 Satisfacción de las usuarias del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, Matagalpa, 2008.

Satisfacción	No.	%
Tiempo de espera:		
Mucho	44	46.3
Aceptable	41	43.2
Poco	10	10.5
Rechazo del personal:		
Si	4	4.2
No	91	95.8
Satisfacción con la infraestructura del centro:		
Si	30	31.6
No	65	68.4
Le explicaron el procedimiento del PAP:		
Si	89	93.7
No	6	6.3
Como le pareció la explicación:		
Buena	59	62.1
Regular	31	32.6
Mala	5	5.3
Satisfacción con la realización del PAP:		
Si	77	81.1
No	18	18.9
Razones de la no satisfacción al realizarse el PAP:		
Poca privacidad	11	11.5
Falta de batas	6	6.3
Falta de sabanillas en mesas ginecológicas	2	2.2
Mala higiene	1	1.1
Conoce para que es el examen de PAP:		
Detectar el cáncer cérvico uterino	9	9.5
Detectar el cáncer de útero	28	29.5
Detectar cáncer	45	47.4
Detectar infección	5	5.3
No se	8	8.4
Quien le informó sobre la importancia del PAP:		
Medico	51	53.7
Enfermera	36	37.8
Medios de comunicación	4	4.2
Otros	4	4.2
Total	95	100.0

Cuadro 4 Satisfacción de las usuarias* del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, Matagalpa, 2008 (Continuación).

Satisfacción	No.	%
Frecuencia en que se realiza el PAP:		
Cada 6 meses	11	11.6
Cada año	31	32.6
Cada dos y cinco años	18	18.9
Cada embarazo	7	7.4
Una sola vez	28	29.5
Persona que realizó el PAP:		
Enfermera	47	49.5
Médico en servicio social	21	22.1
Médico general	27	28.4
Por que se realizò el PAP:		
Se lo ordenaron	49	51.6
Por iniciativa propia	42	44.2
Por infecciones	4	4.2
Tardanza entre el examen y el resultado :		
Semanas	45	47.4
Meses	42	44.2
Años	3	3.2
Nunca	5	5.3
Le han explicado el resultado del PAP:		
Si	84	88.4
No	11	11.6
Recibió tratamiento por el resultado del PAP:		
Si	65	68.4
No	30	31.6
Acudió a un control posterior:		
Si	45	47.4
No	50	52.6
Volvería a la unidad de salud para recibir atención:		
Si	94	98.9
No	1	1.1
Total	95	100.0

Cuadro 5 Características generales de los responsables de las 7 unidades de salud bajo estudio, Matagalpa, 2008.

Características	No.
Profesión:	
Auxiliar de enfermería	1
Enfermera	2
Lic. Salud Pública	2
Médico	2
Unidad de salud:	
Trinidad Guevara	1
Bocana de Paiwas	1
Río Blanco	1
San Dionisio	1
Macera	1
Ocote	1
Ubú norte	1

Cuadro 6 Conocimientos de aspectos gerenciales del programa de detección oportuna del cáncer cérvico uterino (PAP) en Matagalpa, 2008.

Información requerida	Si	No	Desconoce
El personal a cargo de actividades relacionada con la detección oportuna del Cacú ha recibido capacitación sobre el tema en los últimos tres meses.	1	6	0
La dirección ha organizado algún sistema de monitoreo y evaluación del desempeño del personal que participa en la actividades de detección oportuna del Cacú.	4	2	1
Se conoce el resultado del desempeño del personal de salud que trabaja en actividades de detección oportuna del Cacú.	3	2	2
Su unidad ha montado algún sistema de vigilancia epidemiológica para valorar como va la situación en lo relacionado a la detección oportuna del CaCu.	3	3	1
En los últimos tres meses ha enviado información al SILAIS para informar como esta la situación en lo relacionado a la detección oportuna del CaCu.	3	3	1
Se conoce el estado de la muestra que envía el personal a laboratorio clínico y patología.	5	1	1
Se conoce la valoración de los especialistas sobre la transferencia que hace su personal.	2	4	1
Existe mecanismo fluido de coordinación entre la unidad, el laboratorio clínico y patología.	4	1	2
Existe mecanismo fluido de coordinación entre el personal de salud y el personal especializado del nivel superior, hasta el nivel hospitalario.	3	2	2
Sabe cuándo una usuaria del servicio de detección oportuna del CACU, ha sido transferida a un especialista recibe hoja de contrarreferencia o la epicrisis para ser anotado en su expediente.	5	2	0
Se ha discutido con epidemiología del SILAIS los resultado de la captación, referencia y tratamiento de las usuarias en otros niveles	0	5	2

Cuadro 7 Disponibilidad de recursos del programa de detección oportuna de cáncer cérvico uterino, unidades de salud, Matagalpa, 2008.

Información Requerida	Si	No
Sistema de registro de citología con fecha de salida entrada y diagnostico citológicas	5	1
Formato de solicitud de estudio citológicos	5	1
Formato de solicitud de interconsulta o de referencia	1	5
Formato de solicitud de exploraciones complementaria	1	5
Mesa ginecológica	6	0
Lámpara de cuello cisne (Foco de luz potente)	6	0
Silla baja de ruedas para toma citológica	3	3
Mesa de consulta	5	1
Silla para profesionales y usuaria	6	0
Biombo para asegurar la intimidad de la paciente	5	1
Guantes	6	0
Especulo de tres tamaño	5	1
Espátula de Ayre	5	1
Torunda para toma de Endocervical	5	1
Portaobjetos	5	1
Laminillas	6	0
Sabana para camillas y usuarias , bata de un solo uso	4	2

Cuadro 8 Disponibilidad de recursos en el laboratorio de Patología, HRCAM, Matagalpa, 2008.

Información Requerida	Existe	No Existe	Cantidad
Formato informe anatómico-patológico prediseñado	X		1
Sistema de registro informe anatómico-patológico	X		2
Mobiliario de laboratorio	X		2
Mesa de tallado de biopsia y piezas quirúrgica con sistema de extracción de vapores tóxicos		X	0
Procesador automático de inclusión en parafina	X		1
Micrótopo de parafina	X		1
Microsoma de congelación (biopsia intraoperatoria)		X	0
Baño de flotación	X		1
Estufa	X		1
Balanza de distinto grado de precisión		X	0
Agitador magnético		X	0
Centrifugas	X		1
Teñidor automático		X	0
Sistema de montaje de preparación con extracción de vapores tóxicos		X	0
Microscopio óptico	X		5
Sistema macrofotografía		X	0
Frigoríficos	X		3
Congelador		X	0
Sistema de archivo de bloque de parafina y preparaciones citológicas	X		1
Dispensador de parafina		X	0

