

UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE PANDO
CARRERA DE MEDICINA



**CANTIDAD DE MUJERES QUE ACUDIERON A REALIZARSE LA PRUEBA DE
PAPANICOLAOU EN EL CENTRO DE SALUD DE EL SENA, EN EL PERIODO
DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018.**

POSTULANTE: ANA YANINE SUAREZ ROCA

El Sena - Pando - Bolivia

2018

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida, por los triunfos y logros alcanzados.

A mi familia por sus sabios consejos y guiarme para culminar mi carrera profesional.

Al personal del Centro de salud El Sena especialmente a mi tutor Dr. Raul Flores por su enseñanza que muy amablemente contribuyeron en mi estadía del servicio social rural obligatorio, y apoyaron en la realización de este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

“A Dios en primer lugar, por darme Salud y bienestar para poder continuar como profesional, aportando al mejoramiento de la salud de la población”.

A mi querida familia especialmente a mi madre Adelina Roca , por haberme apoyado en todo momento en toda las dificultades por siempre darme fuerza para seguir adelante , a mi ángel que está en el cielo mi padre Rodolfo que siempre te llevo en mi corazón y espero que estés orgulloso de mí desde el cielo , a mis hermanos Yngrid, Ronald , Sandra , Camila mis sobrinas Elis, Suzana, Gabriela, Rebeca , que son la fuerza que alimenta mis ganas de seguir adelante como profesional.

A mis amigos que me han acompañado en este recorrido gracias por estar en los buenos y malos momentos que el vivir sola y lejos de familia no es nada fácil gracias por su apoyo Vivian Caero , Rebeca, Dulce , Diana, Luana.

A mis docentes de la universidad y del internado por transmitirme sus conocimientos y permitirme en base a ellos mejorar mi capacidad profesional como futuro profesional

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	9
1. JUSTIFICACION	11
2. EL PROBLEMA A INVESTIGAR	13
2.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	13
2.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
2.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:	15
3. OBJETIVOS	16
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4. SUSTENTO TEORICO, DEBATE Y REFLEXION	17
4.1. MARCO REFERENCIAL.....	17
4.1.1. <i>DEFINICIÓN</i>	17
4.1.2. <i>HISTOLOGÍA</i>	17
4.1.3. <i>ETIOLOGÍA</i>	17
4.2. VPH.....	17
4.3. LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES:.....	19
4.4. DEFINICIÓN CANCER CERVICO UTERINO	21
4.4.1. <i>Factores de riesgo</i>	21
4.5. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD	22
4.6. PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	23
4.7. ANATOMÍA PATOLÓGICA:	23
4.8. CLINICA	24
4.9. DIAGNÓSTICO	24
4.10. PAPANICOLAOU	24
4.10.1. <i>INDICACIONES</i>	25
4.10.2. <i>FRECUENCIA</i>	25
4.10.3. <i>TECNICA</i>	25
4.10.4. <i>RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE PAP</i>	26
4.10.5. <i>Errores</i>	26
4.11. RESUMEN DE ANATOMÍA DEL CUELLO UTERINO.....	27
4.11.1. <i>Exocervix – epitelio escamoso</i>	28
4.11.2. <i>Endocérvix- epitelio cilíndrico</i>	29
4.11.3. <i>Zona de transformación</i>	30
4.11.4. <i>Metaplasia escamosa</i>	31
4.12. TÉCNICA DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO	32
4.13. TRATAMIENTO	34
4.14. PREVENCIÓN.....	34

4.15.	EN BOLIVIA - NORMA NACIONAL REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	38
4.16.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD	41
4.17.	PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES	42
4.18.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	43
4.19.	SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD DEL PACIENTE COMO PARTE DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	45
5.	DISEÑO METODOLOGICO	48
5.1.	<i>VARIABLES.</i>	48
5.2.	<i>DISEÑO METODOLOGICO.</i>	48
5.3.	<i>TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</i>	49
6.	RESULTADOS	50
7.	CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN	54
7.1.	<i>CONCLUSION.</i>	54
7.2.	<i>RECOMENDACIONES.</i>	55
8.	BIBLIOGRAFIA	56

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 CORTE HISTOLOGICO A MEDIANO AUMENTO DE MUCOSA EXOCERVICAL	28
FIGURA 2 CORTE HISTOLOGICO VISTA FRONTAL DEL CUELLO UTERINO	30
FIGURA 3 ZONA DE TRANSFORMACION	31
FIGURA 4 ESQUEMA DE LA EVOLUCION DEL PROCESO METAPLASICO	32

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 MUJERES QUE REALIZARON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN EL C.S. EL SENA JULIO A SEPTIEMBRE 2018	50
GRAFICO 2 MUJERES QUE REALIZAN PAPANICOLAOU EN EL C.S. EL SENA DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018 SEGUN EDAD	51
GRAFICO 3 PAPANICOLAOU, Vs IVAA C.S. EL SENA JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018.....	52
GRAFICO 4 PAP POSITIVAS REPORTADAS ENTRE JULIO Y SEPTIEMBRE DE 2018 C.S. EL SENA	53

RESUMEN

Objetivo general. El objetivo del presente estudio es determinar la cantidad de mujeres que acuden al establecimiento de salud a realizarse la prueba de Papanicolaou, en el periodo de julio a septiembre de 2018, esto para poder evidenciar si la afluencia de las mismas es adecuada o no. **Diseño metodológico.** Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico que permitió mediante los datos obtenidos tener una idea clara de lo que acontece con la prevención del cáncer cervico uterino en el centro de salud de El Sena, teniéndose un total de 79 mujeres que acudieron a realizarse la prueba. **Resultados.** Se encontró que el mes de mayor captación de pacientes o que mas mujeres acudieron a realizarse la prueba fue el mes de septiembre con un 46%, y el mes que menos pruebas de Papanicolaou se realizaron fue el mes de agosto, además de todas las que accedieron a la prueba, el mayor porcentaje corresponde al grupo etario de 20 a 34 años de edad. En cuanto a la prueba de IVAA, se entiende que la misma debe ser en igual porcentaje a las pruebas de Papanicolaou, hecho que fue comprobado, ya que el total de mujeres que realizaron PAP, también se les realizo el IVAA. **Conclusiones.** Según los reportes de datos del SNIS el mes de agosto se reportaron 7 casos positivos de PAP, pero no se especifica el tipo de lesión ni si fueron derivadas a tratamiento, es importante en base a los hallazgos, tomar acciones pertinentes para motivar no solo a las mujeres, sino al personal de salud para que mes tras mes capte en igual proporción mujeres que se realicen la prueba y se mejore la prevención del cáncer cervico uterino. El cáncer de cuello uterino se ha constituido en un gran problema en las mujeres en todo el mundo, por lo que el presente trabajo está orientado a brindar el conocimiento necesario sobre lo misma, además de poder identificar los casos de cáncer de cuello uterino en la localidad del Sena y hacer énfasis en la promoción de la salud y la prevención del cáncer son las únicas formas que tenemos de controlar el mismo.

Es importante recordar a la población en general que El cáncer del cuello uterino está dentro de la 3 primeras causas de muerte femenina.

Palabras clave: Papanicolaou, cáncer de cuello uterino

ABSTRACT

Overall objective. The objective of this study is to determine the number of women who come to the health facility to undergo the Pap test, in the period from July to September 2018, this to be able to show if the inflow of them is adequate or not. Methodological design. It is a cross-sectional, descriptive and analytical study that allowed, through the data obtained, to have a clear idea of what happens with the prevention of uterine cervical cancer in the health center of El Sena, having a total of 79 women who came to perform the proof. Results It was found that the month with the highest patient intake or that more women attended the test was the month of September with 46%, and the month that least Pap tests were performed was the month of August, in addition to all the they agreed to the test, the highest percentage corresponds to the age group of 20 to 34 years of age. Regarding the VIA test, it is understood that the same should be in the same percentage to Pap tests, a fact that was verified, since the total of women who performed PAP, they also performed the VIA. Conclusions According to SNIS data reports, 7 positive cases of PAP were reported in August, but the type of injury was not specified nor were they referred to treatment, it is important based on the findings, to take pertinent actions to motivate not only women, but to the health personnel so that month after month they get the same proportion of women who undergo the test and the prevention of uterine cervical cancer is improved.

Cervical cancer has become a major problem in women throughout the world, so the present work is aimed at providing the necessary knowledge about it, as well as being able to identify cases of cervical cancer in the cervix. Seine locality and emphasize health promotion and cancer prevention are the only ways we have to control it.

It is important to remind the general population that cancer of the cervix is among the 3 leading causes of female death.

Keywords: Papanicolaou, cervical cancer

INTRODUCCIÓN.-

Según los datos de la OMS cada año en el mundo se reportan 466,000 nuevos casos de cáncer de cuello uterino, esta patología provoca 233,000 muertes de mujeres.

Lamentablemente el 80% de estos casos ocurren en países en desarrollo. En América Latina el cáncer de Cuello Uterino representa la causa de muerte más frecuente en la población femenina (aproximadamente 30 mil mujeres por año). Guatemala como país en desarrollo no es ajeno a este problema pues tiene una incidencia aproximada de 20 X 100,000 mujeres, ubicándolo entre uno de los más altos de Latino América.

A pesar de esta alta incidencia los países en desarrollo no disponemos de una política y programas de control eficaces contra el cáncer de Cuello Uterino, por lo que se ha convertido esta enfermedad hasta el día de hoy en un problema de salud pública, ya que el 80% de los cánceres diagnosticados se encuentran en estadios avanzados.

Dentro de la recomendaciones de expertos de OMS/PAHO dicen que es el momento que las autoridades de salud y específicamente de cáncer en los países en desarrollo, que si no se toman medidas inmediatas y adicionales para prevenir el desarrollo de esta enfermedad para el año 2050 un millón de mujeres desarrollan anualmente cáncer de cuello uterino, doblando así las estimaciones actuales.

Los esfuerzos de prevención a nivel mundial se han concentrado en examinar a las mujeres utilizando una prueba de laboratorio denominada Papanicolaou, que lleva el nombre de su inventor, el dr. George Papanicolaou, y data de la década de los 40, ha dado impresionantes resultados en la reducción del cáncer cervical en los países desarrollados

Actualmente se esta trabajando bastante en la concientización de las mujeres en la importancia del Papanicolaou sobre la prevención del cáncer de cuello uterino, como sabemos además por la literatura, el cáncer de cuello uterino es una de las principales causas de muerte por cancer en la mujer a nivel mundial puede ser prevenible y tratable. El carcinoma de células escamosas, que representa entre el 85% y 90% de todos los carcinomas cervicales, tiene un periodo de latencia prolongado.' Las tasas de supervivencia parecen estar asociadas al diagnóstico y tratamiento precoz, en estadios iniciales de la enfermedad. Las tasas esperadas a los cinco años son 100% para la neoplasia intraepitelial cervical preinvasora, 80% para el carcinoma invasor en estadio I y 10% para el carcinoma invasor en

estadio IV, lo que sugiere que cualquier medida que permita una detección precoz aumentar la supervivencia.

El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres, antecedido solo por el cáncer de mama, se calcula que cada año ocurren 500.000 casos nuevos y 274.000 muertes, de los cuales el 83% se presentan en países subdesarrollados, sin embargo a diferencia de la mayoría de los cánceres, el cáncer de cuello uterino puede prevenirse mediante programas de tamizaje de fácil acceso y económicos, diseñados para identificar y tratar las lesiones pre-cancerosas.

Bolivia tiene la tasa de mortalidad, por cáncer de cuello uterino, más alta de América que alcanza a 26,3 por cada mil mujeres y la segunda tasa de incidencia con 56.55 por cada 100 mil mujeres. El Cáncer de Cuello Uterino es la enfermedad más frecuente en las mujeres de 25 a 64 años de edad en el país, con una tasa de incidencia de 151.4 por cada 100 mil mujeres en este grupo de edad.

Dado que esta es una patología potencialmente prevenible, se cuentan con planes y programas desarrollados, precisamente para disminuir estos indicadores, pero se ha visto que dichos programas al parecer no están cumpliendo con sus objetivos, probablemente se deba a que las pacientes no acuden a los Centros de Salud donde se desarrollan dichos programas, principalmente por falta de conocimiento, de la existencia de los mismos y de los beneficios para su salud, lo que lamentablemente ocasiona que estos indicadores no se hayan modificado mucho a pesar de los esfuerzos realizados, y estos son algunos de los tantos problemas, a los cuales se añade, el problema de que las pocas pacientes que acuden a los centros de salud, para realizarse la toma de muestra para el Papanicolaou, al parecer tienden a no retornar al Centro de Salud por sus resultados y menos aun a sus controles periódicos y/o a su tratamiento si es que el caso lo ameritara, lo que necesariamente hace pensar que, no sólo tenemos deficiencias en la cobertura de papanicolaou, sino que también tenemos deficiencias en motivar a las pacientes a retornar a los Centros de Salud para continuar con el proceso de detección oportuna de cáncer cervicouterino, y menos para sus controles periódicos, por ello se requiere identificar como se encontraran las usuarias de este centro de salud, al respecto de su satisfacción con la atención recibida en el centro de salud, su motivación y su continuidad con el proceso que inició en el establecimiento de salud con la toma del papanicolaou.

1. JUSTIFICACION

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia maligna del cérvix uterino, que se caracteriza por una marcada atipia celular con alteraciones de la relación núcleo-citoplasma, pleomorfismo, anaplasia, crecimiento celular desordenado y autónomo, así como la invasión del tejido subyacente y la producción de metástasis a distancia.

La historia natural del cáncer cérvicouterino implica la progresión gradual por etapas intraepiteliales preinvasoras (neoplasias intraepiteliales cervicales o intracervicales – NIC I, II y III o carcinoma *in situ*–CIS) y carcinoma invasivo en sus diferentes etapas.

Las células precursoras (displasia cervical, NIC) desarrollan un cáncer cervical invasivo en el plazo de unos años. La NIC grado I, II y III corresponde respectivamente a una displasia cervical leve, moderada y severa. La NIC III, que incluye la displasia severa y el carcinoma *in situ*, es poco probable que regrese espontáneamente y, si no se trata, puede atravesar la membrana basal transformándose en un carcinoma invasivo.

La detección primaria de cáncer cérvicouterino se hace por medio de la prueba de Papanicolaou o citología cérvicovaginal como parte de una exploración ginecológica, que se realiza principalmente en los Consultorios del Médico de la Familia durante los pesquijaje del programa de detección precoz del cáncer cérvicouterino,

Debido a la magnitud que representa el cáncer cérvico uterino en nuestro país, se considera un problema de salud pública, por lo que es necesario subrayar como estrategia principal la coordinación de los sectores público, privado y social para afrontar este padecimiento con mayor compromiso, eficiencia y eficacia.

Es importante una participación activa de la comunidad para resolver este problema de salud, que se podría lograr mediante la educación para la salud, acciones de promoción, difusión e información de los factores de riesgo, así como la sensibilización en el autocuidado de la salud.

La prueba de Papanicolaou es un método de extensión sencillo para estudiar células exfoliativas teñidas. Se utiliza sobre todo para detectar cáncer del cuello uterino, aunque también se puede utilizar en muestras de tejidos procedentes de cualquier órgano. Habitualmente la extensión se obtiene durante una exploración pélvica de rutina. Los hallazgos se suelen comunicar de forma descriptiva, el sistema utilizado más ampliamente para describir los resultados de la prueba de Papanicolaou es el Sistema Bethesda (TBS, por

sus siglas en inglés). Desde 1988 este sistema ha sido revisado dos veces: primero en 1991 y recientemente en 2001. Según la versión de 2001 existen tres categorías principales, algunas de las cuales se dividen en sub-categorías: 1. Negativo a lesiones intraepiteliales o cáncer. 2. Anomalías de las células epiteliales. 3. Otras neoplasias malignas.

Por ello resulta importante, conocer como se encuentra la afluencia de mujeres al Centro de Salud de El Sena del Municipio del Sena. En función a los resultados del presente estudio podremos determinar si el centro de salud está tomando las medidas acertadas para la atención de las mujeres que acuden a realizarse el Papanicolaou o por el contrario hay que modificar algunos accionares, ya sea en el personal administrativo, de salud o dentro de la organización de la institución como tal, todo esto para conseguir que las usuarias se encuentren satisfechas con la atención y esto se refleje en la intención de las usuarias para volver al mismo y consecuentemente corroborar si volvieron al centro de salud para conocer los resultados de su Papanicolaou, lo que daría a entender que están continuando con el proceso que iniciaron con la toma del papanicolaou, todo esto con la finalidad de prevenir en mayor medida el desarrollo del cáncer de cuello uterino, patología que en nuestro medio aun presenta altas tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad.

2. EL PROBLEMA A INVESTIGAR

2.1. Descripción de la situación problemática

El cáncer cervical afecta las vidas de las mujeres en todo el mundo, especialmente en los países en desarrollo, donde constituye la principal causa de muerte por cáncer entre la población femenina. Según las últimas estimaciones, cada año surgen 493.000 casos nuevos de cáncer cervical y 274.000 mujeres mueren de la enfermedad. Cuatro de cada cinco casos, y una proporción similar de las muertes, tienen lugar en los países en desarrollo, donde los programas de detección no están debidamente arraigados o no son efectivos. Las regiones más afectadas se encuentran entre las más pobres del planeta. América Central y del Sur, el Caribe, el África subsahariana y partes de Oceanía y Asia tienen los índices más altos (más de 30 casos por cada 100.000 mujeres). Esta incidencia se compara con un máximo de 10 casos por cada 100.000 mujeres en América del Norte y Europa. Debido a que la enfermedad tarda años en desarrollarse, se estima que alrededor de 1,4 millones de mujeres en todo el mundo tienen cáncer cervical, y que entre el doble y el quíntuple de dicho número (hasta 7 millones) de mujeres a nivel mundial tienen estados precancerosos que deben detectarse y tratarse. Si no se detecta y se trata en sus etapas iniciales, el cáncer cervical casi siempre es mortal. Esta enfermedad, que afecta a las mujeres más pobres y vulnerables, tiene un efecto de onda expansiva en las familias y comunidades que dependen considerablemente del papel de la mujer para su sustento y cuidado.

Bolivia tiene la tasa de mortalidad por CACU más alta de América de 26,3 por cada 100 mil mujeres y la segunda tasa de incidencia 56.55 por cada 100 mil mujeres. El Cáncer de Cuello Uterino es la enfermedad más frecuente en las mujeres de 25 a 64 años de edad en Bolivia, con una tasa de incidencia de 151.4 por cada 100 mil mujeres en este grupo de edad. En términos de números de defunciones, el estudio GLOBOCAN estimó que 987 mujeres fallecieron el 2002, lo que representa 2.7 muertes por día. Según estimaciones de la OMS, la situación sería mucho más alarmante: 1,665 defunciones por CACU en el año

2002, es decir, 4.56 muertes por día, lo que significa tasas mayores que las de mortalidad materna y las producidas por la tuberculosis.

La distribución del Cáncer Cervico uterino es diferenciada en el país; los departamentos de Potosí y Oruro son los más afectados por esta patología, con tasas de incidencia respectivas de 93,5 y 60,9 por cada 100 mil mujeres en 2002.

2.2. Delimitación del problema

En relación al tema de investigación se decidió tomar como lugar de intervención el centro de salud de El Sena del Municipio del Sena , para la recolección de datos estadísticos del PAP y determinar la cantidad de mujeres que acuden a tomarse la prueba de Papanicolaou en el periodo de Julio a Septiembre de 2018.

2.3. Planteamiento Del Problema

Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA) sobre muestras citológicas de las ciudades de La Paz y El Alto (años 2004 y 2005) indicó que la población con mayor riesgo tiene entre 25 y 40 años; esta investigación mostró que la edad media de lesiones de bajo grado era de 25 años, 28 años para las lesiones de alto grado y 38 años para los carcinomas in situ; el estudio concluye que la incidencia del CACU es cada vez más frecuente en personas jóvenes y de menor edad.

En el Plan Nacional de Prevención, control y seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino (2009 – 2015), plantea entre sus problemas que determinan estos indicadores respecto del Cáncer Cervicouterino; Las bajas coberturas de tamizaje (prueba de Papanicolaou PAP), control y seguimiento a casos positivos de lesiones preneoplásicas y cáncer. Información insuficiente y a veces distorsionada en la población (adolescentes, mujeres, familias, proveedores de salud y organizaciones sociales) sobre el CACU, sus causas y métodos de detección / tratamiento. Baja credibilidad de los servicios de salud, debido a hechos como el tiempo excesivo de espera para ser atendida en un servicio, demora o pérdida de los resultados de PAP, deficiente comunicación del personal de salud hacia las usuarias.

Por esta razón se decidió trabajar con la investigación en la localidad de El Sena, y el establecimiento de salud en el periodo asignado de estudio de julio a septiembre de 2018.

2.4. Pregunta de Investigación Científica:

¿Cuál será la cantidad de mujeres que acudieron a realizarse las pruebas de Papanicolaou en el centro de salud de El Sena entre los meses de julio a septiembre de 2018?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Determinar la cantidad de mujeres que acudieron a realizarse la prueba de Papanicolaou en el centro de salud de El Sena, en el periodo de julio a septiembre de 2018.

3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la cantidad de Papanicolaou realizados en el periodo de estudio.
- Determinar la cantidad de mujeres que salieron con algún tipo de lesión intraepitelial en el periodo de estudio.
- Identificar el grupo etario que más acude a realizarse la prueba de Papanicolaou en el periodo de estudio..

4. SUSTENTO TEORICO, DEBATE Y REFLEXION

4.1. MARCO REFERENCIAL

4.1.1 DEFINICIÓN

Comprende un conjunto de lesiones del epitelio cervical, caracterizadas todas por la presencia de Atipias nucleares en un epitelio que en general conserva su arquitectura representan una etapa previa pero no obligada del cáncer invasor del cuello uterino y su reversibilidad esta en relación inversa a la severidad de la atipia celular presente.

4.1.2. HISTOLOGÍA

El cérvix está compuesto por 2 zonas, el endocervix compuesto por epitelio columnar secretor y el ectocervix compuesto por epitelio escamoso con núcleos pienótico.

La unión escamocolunar es una zona de transformación. En las mujeres en edad reproductiva la unión escamocolunar se mueve hacia afuera por influencia hormonal. El PH vaginal provoca irritación mecánica que induce esta zona a una metaplasia escamosa esta es una área susceptible a cambios carcinogénicos.

4.1.3. ETIOLOGÍA

Casi todos (99,8%) los casos de cáncer de cuello uterino se deben al virus del papiloma humano (VPH).

4.2. VPH

La acción del papiloma virus humano sobre la epidermis y la mucosa es conocida desde tiempos antiguos, manifestándose por las proliferaciones exofílicas, papilomas y verrugas conocidas como condilomas acuminados los papilomas no son cánceres, y con más frecuencia se les llama verrugas.

El VPH se transmite de una persona a otra durante el contacto con la piel. Se puede transmitir durante las relaciones sexuales, incluyendo coito vaginal, penetración anal, e incluso durante el sexo oral.

A ciertos tipos de VPH se les llama tipos de “alto riesgo” debido a que a menudo son la causa del cáncer del cuello uterino. Estos tipos incluyen VPH 16, VPH 18, VPH 31, VPH 33

Y VPH 45, entre otros. Alrededor de dos tercios de todos los cánceres de cuello uterino son causados por VPH 16 y 18.

Los diferentes tipos de VPH causan verrugas en diferentes partes del cuerpo. Algunos tipos causan verrugas comunes en las manos y los pies. Otros tipos tienden a causar verrugas en los labios o la lengua.

Otros tipos de VPH pueden causar verrugas en o alrededor de los órganos genitales femeninos y masculinos, así como el área del ano. El término médico para las verrugas genitales es condiloma acuminado. Los dos tipos de VPH que causan la mayoría de los casos de verrugas genitales son el VPH 6 Y EL VPH 11. Estos dos tipos rara vez están asociados al cáncer de cuello uterino, por lo que se les llama tipos de VPH de “bajo riesgo”.

Muchas mujeres se infectarán con el VPH, pero muy pocas padecerán de cáncer de cuello uterino. En la mayoría de los casos, el sistema inmunitario del cuerpo lucha contra el virus, y la infección desaparece sin necesidad de tratamiento. Por razones que no entendemos, la infección persiste en algunas mujeres, lo que puede causar cáncer del cuello uterino. Aunque actualmente no hay cura para la infección con el VPH, existen maneras de tratar las verrugas y el crecimiento celular anormal que causa el VPH.

La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con el VPH.

La infección con VPH ocurre principalmente a una población sexualmente activa menor de 30 años y el condiloma acuminado pasó a ser la enfermedad de transmisión sexual más prevalente en el mundo.

Se cree que los hombres tienen más probabilidad de adquirir el virus y de transmitirlo a otra persona. El VPH puede estar presente durante años sin ningún síntoma. Aun cuando alguien no presente verrugas visibles (o ningún otro síntoma), él (o ella) puede aún estar infectado con VPH y transmitir el virus a otra persona.

Los condones proveen cierta protección contra el VPH, pero no pueden proteger completamente contra las infecciones. Esto se debe a que el VPH aún se puede transmitir de

una persona a otra mediante el contacto de piel a piel con un área del cuerpo infectada con VPH que no esté cubierta por un condón (como la piel en el área genital o anal).

Se han estado desarrollando vacunas para ayudar a prevenir la infección con algunos tipos de VPH. Actualmente, existe una vacuna contra el VPH. La vacuna, llamada gardasil®, protege contra los tipos VPH 6, 11, 16, y 18.

Otra evidencia a considerar es que la mayoría de las lesiones de bajo grado (NIC I) son transitorias (80-90% se resuelven espontáneamente), o al menos, no evolucionan hacia formas más graves. Pero, las NIC de alto grado (NIC II-III), presentan una probabilidad (30%) de evolucionar hacia un cáncer invasor. Parece que transcurren entre 10 y 20 años antes que las lesiones cervicales precursoras progresen hacia un cáncer invasor.

El problema radica que en la práctica clínica no sabemos si estamos frente a una lesión en su primer o último día; por lo cual no debemos olvidar que la historia natural de la enfermedad es un marco referencial pero, que como todo proceso biológico suele ser multifactorial y dinámico en el cual los denominados factores de riesgo pueden modificar los tiempos señalados.

4.3. LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES:

Estudios han proporcionado evidencia consistente de que los riesgos de cánceres de seno y de cuello uterino han aumentado mientras se han reducido los riesgos de cánceres de endometrio, de ovario y de colon y recto .

¿Qué se sabe acerca de la relación entre el uso de anticonceptivos orales y el cáncer?

Casi toda la investigación sobre la relación entre los anticonceptivos orales y el riesgo de cáncer se origina de estudios de observación, tanto estudios grandes prospectivos de cohortes y estudios demográficos de casos y controles. Los datos de estudios de observación no pueden establecer definitivamente que una exposición en este caso, los anticonceptivos orales cause (o impida) el cáncer. Esto es porque las mujeres que toman anticonceptivos orales pueden diferir de las mujeres que no los toman en algo más que en el uso de anticonceptivos orales, y es posible que estas otras diferencias más que el uso de los anticonceptivos sea lo que explique su diferente riesgo de cáncer.

En general, no obstante, estos estudios han proporcionado evidencia consistente de que los riesgos de cánceres de seno y de cuello uterino han aumentado mientras se han reducido los riesgos de cánceres de endometrio, de ovario y de colon y recto.

Cáncer de cuello uterino: las mujeres que han usado los anticonceptivos orales durante 5 años o más tienen un riesgo mayor de cáncer de cuello uterino que las mujeres que han usado jamás los anticonceptivos orales. En cuanto más tiempo usa una mujer los anticonceptivos orales, tanto más es el aumento en su riesgo de cáncer de cuello uterino. Un estudio encontró un riesgo aumentado en 10 % por menos de 5 años de uso; un 60 % de riesgo aumentado por 5 a 9 años de uso, y el doble de riesgo por 10 o más años de uso. No obstante, se ha encontrado que el riesgo de cáncer de cuello uterino disminuye con el tiempo después que las mujeres dejan de usar los anticonceptivos orales

El estrógeno y la progesterona, los cuales se producen naturalmente en el cuerpo de la mujer, estimulan la formación y el crecimiento de algunos cánceres (p. Ej., cánceres que expresan receptores para estas hormonas, como el cáncer de seno). Ya que las píldoras para el control de la natalidad contienen versiones sintéticas de estas hormonas femeninas, ellas podrían también aumentar el riesgo de cáncer.

Además, los anticonceptivos orales podrían aumentar el riesgo de cáncer de cuello uterino (cáncer cervical) al cambiar la susceptibilidad de las células del cuello uterino a una infección persistente por los tipos de VPH de riesgo alto (la causa prácticamente de todos los cánceres cervicales).

Los investigadores han propuesto muchas formas por las que los anticonceptivos orales puedan hacer que disminuyan los riesgos de algunos cánceres, como:

Suprimiendo la proliferación de las células del endometrio (cáncer de endometrio)

Reduciendo el número de ovulaciones que experimenta una mujer en su vida, lo cual reduciría la exposición a las hormonas femeninas producidas naturalmente por el cuerpo de la mujer (cáncer de ovario)

Haciendo que bajen las concentraciones de los ácidos biliares en la sangre para mujeres que toman estrógenos orales conjugados (cáncer colonrectal)

4.4. Definición CANCER CERVICO UTERINO

El Cáncer Cervicouterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución, que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal.

4.4.1. Factores de riesgo

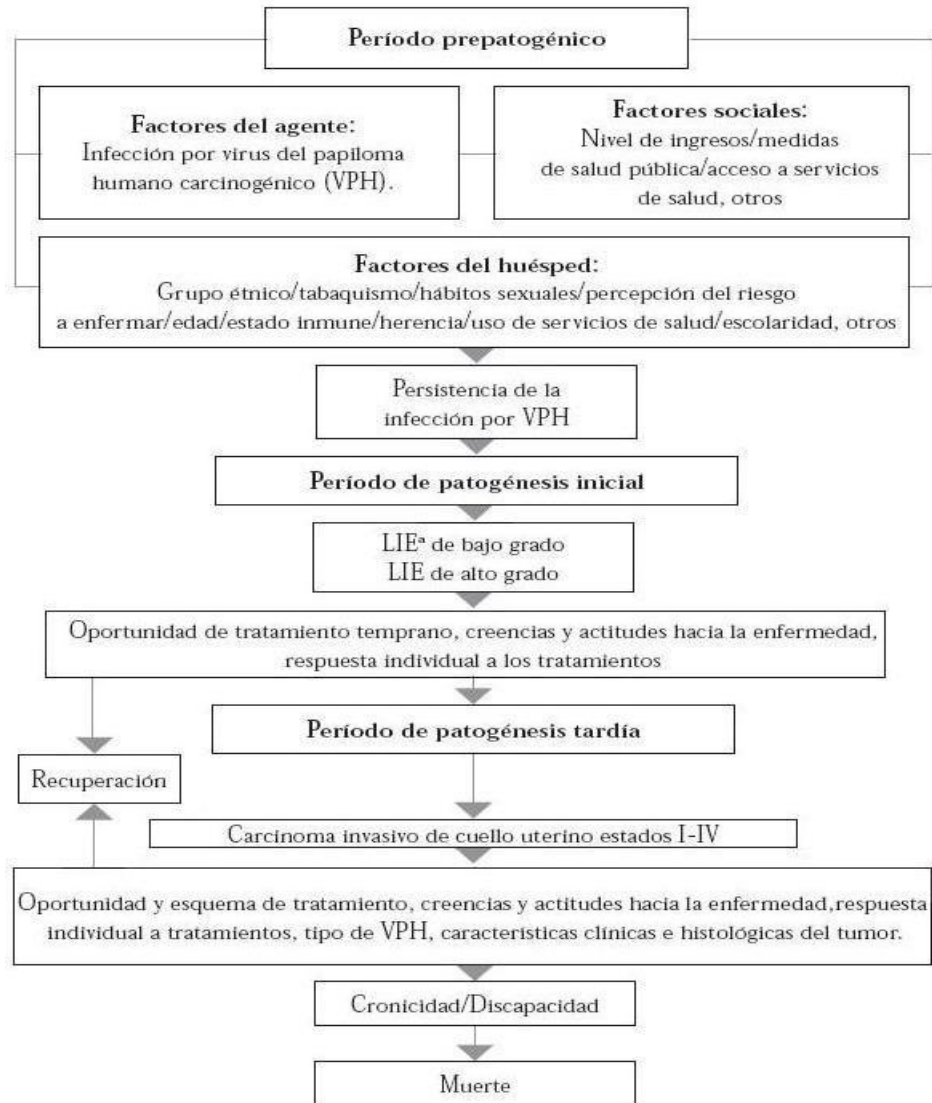
Antecedentes de enfermedades venéreas, múltiples parejas sexuales, inicio de la vida sexual activa antes de los 18 años, el riesgo fue dos veces más para aquellas mujeres cuya primera relación sexual tuvo lugar entre los 14 y 15 años, comparada con aquellas en que esta se realizó después de los 20 años. El hábito de fumar se asoció a un mayor riesgo de cáncer cervicouterino en países latinoamericanos sólo en aquellas mujeres portadoras de papiloma virus 16 y 18, en comparación con mujeres portadoras de los mismos subtipos y no fumadoras. Algunos carcinogénicos presentes en el humo de cigarrillo se han detectado en el moco cervical de mujeres fumadoras, estos compuestos podrían actuar como co-carcinógenos.

Ciertos comportamientos como las relaciones sexuales tempranas, la promiscuidad tanto de la mujer como del hombre, el consumo de tabaco por la condensación del humo en el moco cervical de las fumadoras, mujeres con alto número de embarazos, el parto en edades tempranas, los trastornos hormonales en los adolescentes y sus efectos en el epitelio cervical, la depresión del sistema inmunológico, el uso prolongado de anticonceptivos y la nutrición, aumentan la probabilidad de desarrollar una infección de VPH. La mayoría de las infecciones con VPH desaparecen por sí solas sin causar anormalidad alguna. Los estudios realizados sugieren que el desarrollo de cáncer en la mujer depende de una variedad de factores que actúan conjuntamente con los tipos de VPH asociados con el cáncer cervicouterino.

En la actualidad es bien sabido que el virus de papiloma humano (VPH), principalmente los tipos de alto riesgo (Tipos 16,18,31,33,39,45,51,52,53,56,58,59,66 y 73), transmitidos por

vía sexual, es la causa necesaria para desarrollar Cáncer cervicouterino.

4.5. Historia natural de la enfermedad



* lesión intraepitelial escamosa.

Tomado de; “Holowaty P, Miller AB, Rohan T, To T. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. J Natl Cancer Inst 1999;91:252-8.”

4.6. Progresión de la enfermedad

INFECCIÓN DEL VPH	DISPLASIA* CERVICAL LEVE	DISPLASIA GRAVE*	CÁNCER CERVICAL
Es sumamente común entre mujeres en edad de procrear. En un pequeño porcentaje de los casos degenera en cambios celulares anormales.	Los cambios celulares anormales, denominados displasia, suelen ser temporales, pero en algunos casos conducen a la displasia grave.	La displasia grave es mucho menos común que la leve, y puede degenerar en cáncer en un período de 10 a 15 años.	El cáncer invasivo tarda años en desarrollarse y es más común en mujeres entre 50 y 70 años de edad.

Tomado de; “Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP), “Natural History of Cervical Cancer: Even Infrequent Screening of Older Women Saves Lives,” *Cervical Cancer Prevention Fact Sheet* (Seattle: ACCP, 2003)”.

4.7. Anatomía patológica:

El cambio histológico más precoz en lo que se considera un *continuum* entre la normalidad y el cáncer invasor es la displasia cervical mínima, en la que hay una proliferación de células anormales en el tercio inferior del epitelio. La mayoría de las displasias mínima son autolimitadas y vuelven a la normalidad, pero las displasias más graves (2/3 del epitelio presentan una proliferación anormal) evolucionan a carcinoma in situ, en el cual todo el espesor del epitelio contiene células anormales.

SISTEMA DE BETHESDA PARA LA NOTIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICO CITOLÓGICOS CERVICALES Y VAGINALES

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
GRUPO 1	Hallazgos en los límites normales
GRUPO 2	Infecciones
GRUPO 3	Alteraciones reactivas y reparadoras
GRUPO 4	Anomalías de las células escamosas Atipia escamosa Lesión escamosa intraepitelial leve, incluyendo VPH o displasia leve. Lesión escamosa intraepitelial grave, incluyendo displasia moderada (NCI 2), displasia grave y carcinoma in situ (NCI 3) Carcinoma de células escamosas.
GRUPO 5	Anomalías de las célula glandular Atipia de significado glandular Adenocarcinoma
GRUPO 6	Neoplasia maligna no epitelial

VPH = Virus del papiloma Humano,

NCI = Neoplasia cervical intraepitelial

4.8. CLINICA

- Mayoría son asintomático.
- Leucorrea fétida (flujo con apariencia de agua de lavar carne).
- Hemorragia vaginal.
- Hemorragia postcoital.
- Anemia ferropénica.
- Metrorragias (hemorragias uterinas profusas).
- Dolor pélvico.
- Síntoma de obstrucción urinaria

4.9. Diagnóstico

La neoplasia crecical, precoz y asintomática puede detectarse antes de que se manifieste clínicamente por medio del examen citológico de extensiones cervicales obtenidas durante las exploraciones rutinarias anuales.

4.10. PAPANICOLAOU

La prueba del Papanicolaou puede detectar el 90% o más de las neoplasias cervicales iniciales; su empleo ha reducido las muertes a causa de cáncer cervical en más del 50%, ya que permite reconocer y tratar la neoplasia en una fase preinvasiva. El cáncer cervical podría eliminarse como causa de muerte si todas las mujeres se sometieran a una prueba anual; desgraciadamente sólo lo realizan menos del 40% de las mujeres.

La técnica de Papanicolaou fue desarrollada en los años treinta. El objetivo de esta prueba es detectar, en un estadio temprano, células neoplásicas. Es en estas etapas cuando se puede utilizar con éxito un procedimiento quirúrgico de relativo bajo costo y bajo riesgo, que permite remover dichas células y prevenir la diseminación del cáncer.

Actualmente es el método más importante en la detección de carcinoma de cuello uterino. Permite un diagnóstico diferencial sobre el grado de atipia epitelial en la región del ectocérvix y endocérvix, lo cual le da ventaja frente a la Colposcopia que queda limitada al examen del ectocérvix. Otra ventaja del citodiagnóstico exfoliativo reside en que el análisis permite captar focos múltiples, incluso a aquellos de distintos grados de atipia. En manos de

gente experta, la seguridad del diagnóstico llega hasta un 98%. Este citodiagnóstico se basa en que toda la proliferación de la piel y mucosas, aún más en el caso de una proliferación aumentada, es susceptible a la descamación celular. Las células normales y las células atípicas se distinguen por sus características citomorfológicas. En el frotis, la discariosis de las células superficiales indica un trastorno de la estructura y de la maduración epitelial en el sentido de una ligera displasia. Estas células llaman la atención por sus núcleos ligeramente agrandados, algo deformados, con hipercromía y mezcla cromatínica; mientras que el citoplasma está intacto y diferenciado

4.10.1. INDICACIONES

- ❖ Mujeres que hayan iniciado vida sexual
- ❖ Trabajadoras del sexo
- ❖ Mujeres con múltiples compañeros sexuales
- ❖ Mujeres con compañeros que tienen múltiples compañeras sexuales
- ❖ Sangrados anormales
- ❖ PAP anterior hace un año

Luego de 3 resultados normales: reducir la frecuencia a cada 1-2 años (según el riesgo).

Embarazo: no contraindica *per se* el examen

4.10.2. FRECUENCIA

Generalmente anual. Toda mujer debe someterse a la prueba PAP luego de haber iniciado su actividad sexual. Si después de 3 años consecutivos los resultados son normales, la prueba se puede hacer con menos frecuencia, cada 2 años. Las Trabajadoras sexuales cada 6 meses.

4.10.3. TECNICA

- Usar espéculo de acuerdo al tamaño de la paciente
- Si hay mucho moco, limpiar primero con gasa.
- Guantes libres de talco.
- Superficie de lámina limpia.
- No lubricantes.

Toma de endocérvix y exocérvix.

- Se toma muestra del *exocérvix* y *endocérvix*.
- Espátula de Ayre o “Citobrush”, se hacen girar 360° y se aplican en el portaobjetos con movimientos suaves en zig-zag.
- Fijar la muestra inmediatamente con alcohol de 95°, a una distancia de 20-30 cm de la lámina.

4.10.4. RECOMENDACIONES PARA LA TOMA DE PAP

- Recomendar no tener relaciones sexuales por lo menos antes de 48 horas.
- No realizar duchas vaginales, ni aplicar óvulos.
- No presentar sangrado vaginal aunque sea menstrual.

4.10.5. Errores

- - Que haya mucha secreción en la muestra.
- - Que no lleve células endocervicales.
- - Que haya defectos de fijación, tinción, o reporte.
- - Equivocaciones en la muestra, que sea de otro paciente.

Diagnóstico descriptivo Modificaciones celulares benignas

Infección: Trichomona vaginalis, Microorganismos que por su morfología sugieren Candida. Predominio de cocobacilos que sugieren modificaciones de la flora intestinal . Bacterias que por su morfología sugieren Actinomyces Modificaciones celulares asociadas con el virus herpes simple.

Modificaciones Reactivas: Modificaciones celulares reactivas asociadas a: Inflamación, Atrofia con inflamación (vaginitis atrófica) Radiaciones ionizantes, Anticonceptivos de barrera (DIU).

No realizar el examen cuando: La paciente esté menstruando, Infección vaginal importante. Aplicación de tratamientos tópicos / duchas vaginales 24 horas antes. Relaciones sexuales antes de 24 horas del examen.

Clasificación numérica de papanicolaou para extendidos citológicos

Clase I: Negativo: Células completamente normales

Clase II: Negativo: Células que presentan alguna modificación citoplasmática o nuclear sin tener características sospechosas de malignidad, ni ser totalmente normales.

Corresponden generalmente a procesos inflamatorios.

Clase III: Dudosos o Sospechosos: Células sospechosas que poseen algunas, pero no todas las características pertenecientes a las células atípicas.

Clase IV: Positivos: Células con caracteres francamente malignos

Clase V: Positivos: Igual que el anterior pero con mayor número de células atípicas y mayor grado de atipia.

4.11. Resumen de Anatomía del cuello uterino

El tracto genital inferior femenino está formado por el cuello uterino, la vagina y la vulva. El cuello uterino es la porción inferior del útero, delimitado por arriba por el istmo y protruye en la vagina. Es de forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2.5 cm a 3.5 cm de diámetro. Las dimensiones y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer.

Se divide en la porción vaginal o exocérvix y el canal o endocérvix. El conducto (canal) endocervical, que atraviesa el endocérvix, conecta la cavidad uterina con la vagina y se extiende a través de los orificios interno al externo. El exocérvix presenta dos labios (anterior y el posterior) delimitados por el orificio cervical externo. Es la parte más visible en la exploración con espéculo. La parte superior de la cavidad vaginal que rodea la porción vaginal se denomina fondo de saco vaginal.

El cuello de las mujeres que han tenido hijos es voluminoso, y el orificio externo se presenta como una ancha hendidura transversal. El orificio cervical externo de las nulíparas presenta el aspecto de una pequeña abertura circular (agujero de alfiler). La inervación del cuello uterino procede del plexo hipogástrico. El endocérvix tiene terminaciones nerviosas sensitivas extendidas, que son escasas en el exocérvix. En consecuencia, la mayoría de las

mujeres tolera bien procedimientos como la biopsia o la crioterapia sin anestesia local. Como en el endocérnix también abundan las fibras simpáticas y parasimpáticas, la manipulación del endocérnix puede estimular estas terminaciones nerviosas y, a veces, producir en la paciente una reacción vasovagal

4.11.1. Exocervix – epitelio escamoso

El cuello uterino tiene dos porciones bien delimitadas: la que protruye dentro de la vagina: “el exocérnix”, y el canal endocervical. **El exocérnix** está tapizado por un epitelio escamoso no queratinizado similar al epitelio vaginal. Este epitelio se divide en cuatro estratos:

- **El estrato basal** o estrato germinal, constituido por una sola hilera de células basales que presentan núcleos alargados que se disponen en forma perpendicular a la membrana basal.
- **El estrato espinoso profundo** (células parabasales), constituyen las dos hileras superiores y son células con mayor cantidad de citoplasma y más grandes que las basales formado por varias hileras de células redondas o ligeramente poliédricas, con núcleos redondos u ovalados más o menos voluminosos.
- **El estrato espinoso superficial** (estrato medio), formado por células que están madurando, se caracteriza por el aumento del tamaño del citoplasma. Los núcleos son redondos con cromatina finamente granular. **El estrato superficial:** es el compartimento más diferenciado del epitelio. Las células son chatas, presentan abundante citoplasma y un núcleo picnótico característico. La función de estas células es de protección. Su descamación se debe a la escasez de desmosomas.

FIGURA 1 CORTE HISTOLOGICO A MEDIANO AUMENTO DE MUCOSA EXOCERVICAL



Fuente: manual de manejo de cáncer cervicovaginal

4.11.2. Endocérvix- epitelio cilíndrico

El canal endocervical o endocérvix está formado por una hilera de células cilíndricas mucíparas que revisten la superficie y las estructuras glandulares. Estas estructuras glandulares son invaginaciones tortuosas del epitelio superficial, **no son glándulas verdaderas**.

Las células del epitelio cilíndrico secretan moco que permite lubricar el cuello y la vagina. En su límite superior se fusiona con el epitelio endometrial en el cuerpo del útero y en su límite inferior se fusiona con el epitelio escamoso en la unión escamoso cilíndrica. El epitelio cilíndrico no produce glucógeno y no cambia de color tras aplicación de Lugol, o retiene una leve capa de la solución yodoyodurada.

Como se acaba de señalar el cuello uterino tiene la particularidad histológica (sumamente importante para comprender los estadios iniciales de las lesiones) que comparte dos tipos de epitelio: el epitelio escamoso poliestratificado no queratinizado del exocérvix (que continua hacia la vagina) y el epitelio cilíndrico mucíparo del endocérvix (que continua con el istmo y cuerpo uterino). El punto donde los dos tipos de epitelio se encuentran se denomina: Unión escamocolumnar o escamocilíndrica (UEC).

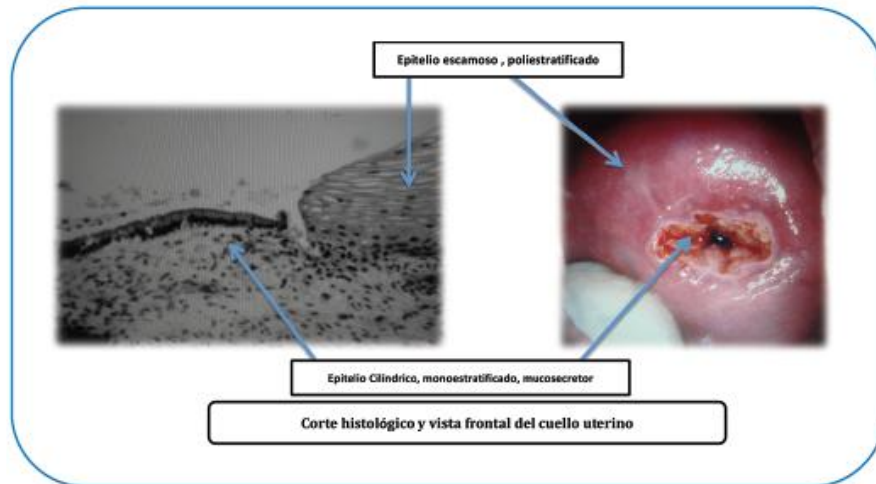
La ubicación de la **UEC**, con relación al orificio cervical externo, varía según la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto y algunas condiciones fisiológicas como el embarazo.

En el momento del nacimiento, el punto de unión entre el epitelio escamoso y el cilíndrico se encuentra en el orificio cervical externo y se denomina **unión escamocolumnar original (primitiva o primaria)**.

El desarrollo del cuello uterino durante la infancia y la pubertad produce su alargamiento con la consiguiente salida del epitelio mucíparo que forma un ectopión fisiológico. Éste presenta su máximo desarrollo durante la menarca y los primeros años de la vida reproductiva. Posteriormente este epitelio mucíparo es reemplazado por un epitelio escamoso de tipo metaplásico.

FIGURA 2 CORTE HISTOLOGICO VISTA FRONTAL DEL CUELLO UTERINO

CORTE HISTOLÓGICO Y VISTA FRONTAL DEL CUELLO UTERINO

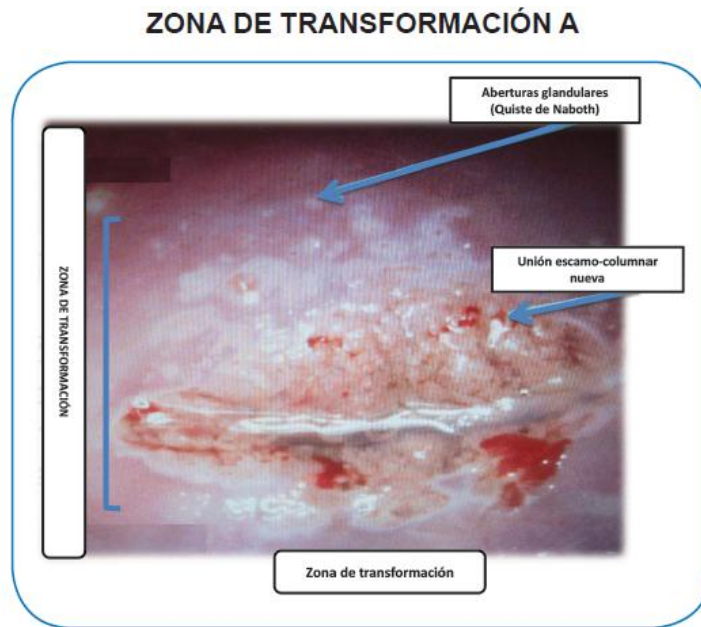


4.11.3. Zona de transformación

La zona comprendida entre la unión escamocilíndrica original y la funcional (nueva) se denomina **zona de transformación (ZT)**, corresponde a la región del cérvix donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el epitelio escamoso metaplásico

A simple vista, se puede identificar el borde interno de la zona de transformación siguiendo la unión escamocilíndrica, y su borde externo visualizando los quistes de Naboth (si hay) o los orificios glandurales (generalmente visibles con amplificación). En las mujeres premenopáusicas, la zona de transformación está plenamente ubicada en el ectocérvix. Después de la menopausia, y con la edad, el cuello uterino se reduce de tamaño, conforme descenden los niveles de estrógeno. En consecuencia, la zona de transformación puede desplazarse, primero parcialmente y luego plenamente, en el conducto endocervical. En general, todas las neoplasias cervicales se inician en esta zona (ZT)

FIGURA 3 ZONA DE TRANSFORMACION



Fuente: Manual de manejo de cáncer cervico uterino

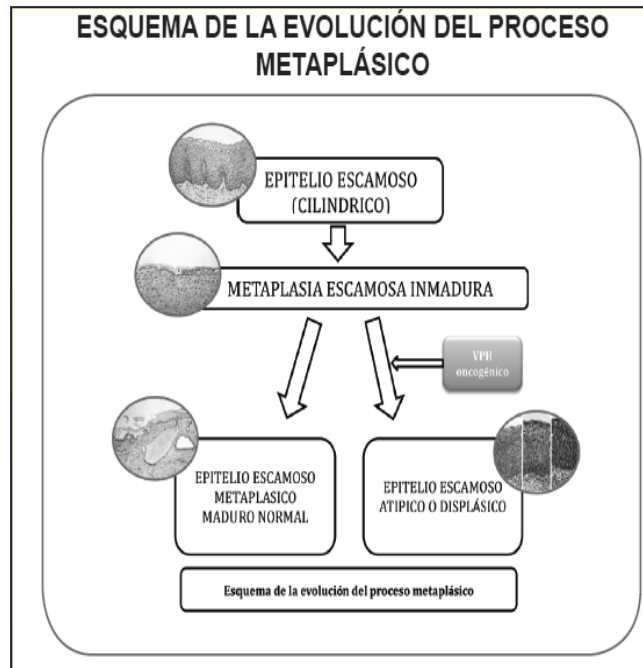
4.11.4. Metaplasia escamosa

La metaplasia escamosa se inicia en las regiones expuestas del epitelio cilíndrico por la aparición de pequeñas células redondas subcilíndricas, llamadas células de reserva. A medida que las células de reserva proliferan y se diferencian, se va formando un epitelio delgado, multicelular, no estratificado y llamado epitelio escamoso inmaduro. Las células del epitelio metaplásico escamoso inmaduro no producen glucógeno.

Pueden surgir a la vez varios grupos aislados de metaplasia escamosa inmadura. El epitelio metaplásico inmaduro neoformado puede evolucionar de dos modos. En la gran mayoría de las mujeres, se convierte en epitelio cilíndrico metaplásico maduro, bien estratificado, rico en glucógeno, similar para todos los efectos prácticos, al epitelio escamoso presente en el exocérnix. En el epitelio escamoso metaplásico maduro pueden verse unos folículos, los llamados quistes de Naboth. Los quistes de Naboth se forman por retención de moco, como resultado de la oclusión de una cripta endocervical por el epitelio escamoso metaplásico que se superpone. En una minoría de las mujeres, la metaplasia escamosa inmadura puede evolucionar hacia el desarrollo de un epitelio displásico (epitelio anormal que presenta cambios

celulares precancerosos), debido a una infección con algunos tipos de papilomavirus humanos.

FIGURA 4 ESQUEMA DE LA EVOLUCIÓN DEL PROCESO METAPLASICO



4.12. TÉCNICA DE LA INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO

Definición

La inspección visual con ácido acético consiste en examinar el cuello del útero sin necesidad de aumento bajo una luz brillante un minuto después de la aplicación de ácido acético diluido al 3-5%. Al entrar en contacto con el ácido acético diluido, el tejido cervicouterino anómalo adquiere transitoriamente un color blanquecino (“acetoblanco”), permitiendo evaluar de inmediato si el resultado es positivo (anormalidad) o negativo (normalidad).




Entonces se trata de una prueba sencilla, segura y asequible. Los resultados están disponibles de forma inmediata, permitiendo que el diagnóstico y/o el tratamiento se lleven a cabo en una visita única, siempre que sea posible.

Además la pueden realizar tanto médicos generales como otro personal de salud no médico, tras un período de capacitación muy corto. Por otra parte, la infraestructura y los insumos

requeridos son los mismos de cualquier consulta de medicina general (excepto el ácido acético). Todas estas características convierten a la IVAA en una opción enormemente factible en entornos con recursos limitados.

Figura N°5

CATEGORIAS IVAA

CLASIFICACIÓN	IMAGEN	HALLAZGOS
PRUEBA (+) POSITIVA		Epitelio acetoblanco (de color blanco opaco, mate o blanco ostra) o placas blancas elevadas y gruesas, bien definidas, densas contiguas con la unión escamo-columnar.
PRUEBA (-) NEGATIVA		La ausencia de lesiones acetoblancoas en el cuello. Epitelio uniforme, rosado, liso, ausencia de lesiones acetoblancoas. Puede observarse: pólipo cervical, ectropión, cervicitis o quistes de Naboth. Lesiones acetoblancoas (no intensas) de contornos mal definidos, irregulares, sueltas, alejadas de la ZT.
SOSPECHA DE CÁNCER		Lesión ulcerosa, con aspecto de coliflor, fácilmente sangrante y proliferativa. Puede existir deformación de la anatomía del cuello uterino. Puede haber presencia de tejido necrótico

La biopsia es obligatoria si se observa una lesión sospechosa (una masa friable o una úlcera). La displasia o el carcinoma detectados en la extensión pueden explorarse con el colposcopio.

La colposcopia puede poner de manifiesto el lugar de la biopsia en el 85% de los casos. Si no se dispone de colposcopio, pueden identificarse las zonas más anormales para tomar la biopsia de ellas por medio de la tinción del cuello con una solución yodada como la de Lugol (muy yodada) o la de Schiller (yoduro potásico, 2g; I 1 g y 300 ml de agua). Las zonas que no se tiñen pueden corresponder a zonas cervicales malignas, displásicas, atípicas o glandulares. En pacientes ambulatorias, la biopsia cervical en sacabocados y el legrado endocervical (para descubrir lesiones más altas en el canal cervical) diagnostican la invasión en el 90% de los casos que presentan citología anormal. La conización en frío (sin cauterio) o la conización con láser con dilatación y legrado parcial bajo anestesia local o general sólo se emplean cuando la biopsia corriente no consiguen establecer la presencia o la ausencia de invasión o bien cuando el examen colposcópico no es satisfactorio ni concluyente.

4.13. Tratamiento

Las lesiones in situ preinvasivas localizadas pueden escindirse totalmente por medio de la conización en frío o por láser y la vigilancia constante o bien mediante histerectomía total. La elección depende de si la paciente desea mantener su capacidad de procreación, así como la factibilidad de su seguimiento. Si se escoge la conización, las pruebas de Papanicolaou deberían realizarse cada cuatro meses durante el 1º año y luego cada 6 meses con el fin de asegurar que se ha extirpado toda la lesión y que no recidiva. En la actualidad, la crioterapia y, en ocasiones el tratamiento con láser se están utilizando como métodos ambulatorios de tratamiento con precisión de la lesión y si se ha descartado un cáncer invasor.

En el caso del carcinoma cervical en el embarazo, aproximadamente el 1% de todos los carcinomas cervicales se complican con el embarazo o bien aparecen en el inicio de éste.

4.14. Prevención

La prevención de las muertes de cáncer cervical es clara: si se identifican los cambios precancerosos en el tejido del cérvix con prontitud y se tratan debidamente, se impide que el

tejido anormal degenera en cáncer. Los servicios de salud pueden reducir la enfermedad y la muerte por cáncer cervical al examinar a las mujeres para ver si tienen estados precancerosos (la edad ideal de hacerlo es entre los 35 y los 40 años), realizar pruebas del VPH, si es posible, y escindir o destruir el tejido anormal.

Los estudios realizados en países desarrollados coinciden en señalar que los programas de detección que utilizan la prueba de Papanicolaou son eficientes y costo-efectivos, de hecho, Brown y Garber encontraron que el aumento reciente en la sensibilidad de la prueba de Papanicolaou la ha hecho todavía más costo-efectiva. Koopmanschap y colaboradores, en un estudio realizado en Holanda, concluyeron que la detección oportuna es una acción costo-efectiva si se la compara con no realizarla y tener que atender a una mujer con CaCu avanzado. ⁽²⁰⁾ Mandelblatt y Fahs, por su parte, realizaron un estudio en mujeres mayores de 65 años, de bajos ingresos, en EUA, y concluyeron, también, que el programa de detección oportuna en esta población disminuye los costos de la atención y ahorra recursos en el futuro.

La falta de estrategias eficaces de detección y tratamiento es una de las razones principales del drástico incremento en los índices de cáncer cervical en los países en desarrollo, en comparación con las naciones más desarrolladas. Hasta la fecha, los esfuerzos de detección se han concentrado en el Papanicolaou, una prueba de laboratorio para detectar cambios celulares anormales, que data de la década de 1940. Además los programas de detección con frecuencia van dirigidos a mujeres jóvenes, que son fáciles de contactar mediante los programas de salud materna, y generalmente se someten a pruebas múltiples veces. Sin acceso a programas viables, las mujeres de comunidades pobres generalmente sólo buscan ayuda cuando empiezan a mostrar síntomas, y el cáncer ya está avanzado y es difícil de tratar. Para entonces, poco es lo que pueden hacer los proveedores de atención sanitaria para salvar sus vidas, y quizás incluso no se disponga de medicamentos para aliviarles el dolor. Entre otros obstáculos para la prevención y el tratamiento pueden encontrarse la falta de conocimiento acerca de la existencia de este cáncer y de las formas de prevenirlo, así como la dificultad para llegar a las clínicas y hospitales, la necesidad de hacer varias visitas y el alto costo de las pruebas de detección.

Según un estudio cualitativo, realizado precisamente por las preocupantes cifras de

incidencia y mortalidad generadas por el cáncer cervicouterino, el cual maneja como el mejor método de prevención para este cáncer, la realización del PAP, determina que existen tres factores señalados para no acudir a realizarse la práctica de detección oportuna del cáncer: **1)** la consideración y el reconocimiento de que su salud no es prioritaria, **2)** el hecho de que los cuidados a la salud se realizan al sentirse ya enfermas, y **3)** aspectos relacionados con la condición social de las mujeres y su rol de género, particularmente en la familia. Alrededor de estos factores se analizan otros aspectos muy interesantes en la vida de las mujeres y que también intervienen en la decisión de hacerse o no la prueba: la carga doméstica, la actitud de los hombres que están cerca de ellas, especialmente el marido, así como la percepción que tienen sobre los centros de salud (médicos, enfermeras, costos de la prueba, lejanía del lugar). Estos, entre otros, constituyen elementos fundamentales en el análisis y permiten reconocer que hay más de un responsable del problema y por lo tanto en la solución. Pero también de manera concluyente pueden afirmar que entre los elementos socioculturales, esta el hecho de que las mujeres comienzan la práctica de la prueba de Papanicolaou después de iniciar la maternidad, ya que a través de ella se acercan a los diferentes servicios de salud; igualmente dicen que no encuentran diferencia entre las mujeres mayores y las más jóvenes cuando de información sobre la reproducción y el funcionamiento del cuerpo se trata.

En 1993 un estudio del Banco Mundial descubrió que la prevención del cáncer cervical mediante la prueba del papanicolaou constituía un método moderadamente costo efectivo, comparado con otras intervenciones de salud, como el tratamiento de la malaria o las vacunas de la polio, y sumamente costo efectivo si se lo comparaba con otras labores contra el cáncer.

La investigación de la ACCP en Sudáfrica examinó la eficacia en función del costo de las diferentes estrategias de detección, diagnóstico y tratamiento de las anomalías cervicouterinas. Los investigadores usaron un modelo para estimar los casos de cáncer, la esperanza de vida, el costo total de por vida, y el costo de tres técnicas de detección diferentes: la inspección visual, las pruebas del papanicolaou y las pruebas del VPH. El modelo mostró que tan sólo con que las mujeres de 35 a 40 años se hicieran una única prueba en su vida, se reduciría la incidencia de cáncer cervical en Sudáfrica al menos en un

26%. Con pruebas más frecuentes existirá menor incidencia. Los resultados del estudio de Sudáfrica muestran que en las naciones más pobres una sola inspección visual durante la vida de la mujer, junto con el tratamiento inmediato, puede que sea la única estrategia costeable; pero para los países con mayores recursos, la prueba del VPH puede, de hecho, salvar más vidas.

La eficacia en función del costo de ambas estrategias de detección es buena cuando se comparan con otras intervenciones de salud pública, como la vacunación infantil y los programas de prevención del SIDA.

Un buen programa de prevención del cáncer cervical tiene que entrar en contacto con una considerable proporción de las mujeres con riesgo de contraer la enfermedad, para hacerles las debidas pruebas, y tratar (o controlar) la situación de las que resulten positivas, garantizar el seguimiento de dichas pacientes, y observar y evaluar el impacto del programa. Los insumos técnicos y financieros específicos que se necesitan para iniciar el programa dependen del tamaño de la población que se desee atender, el enfoque de detección utilizado y la infraestructura de salud, pero la experiencia y la investigación de la ACCP demuestran que en todos los contextos existen varios elementos claves que contribuyen al éxito.

Para ser efectivos, los programas de prevención del cáncer cervicouterino tienen que incluir un conjunto de servicios educativos, y de detección y tratamiento de las lesiones precancerosas, y entrar en contacto con la mayoría de las mujeres en riesgo de contraer la enfermedad. Si se implementa un sólo elemento sin el resto, el resultado no es bueno. Se necesitan labores educativas para alentar a las mujeres a hacerse la prueba, y los servicios de detección deben ir seguidos de tratamiento, para asegurarse de corregir debidamente los estados precancerosos que se encuentren.

La evolución del cáncer cervical es una guía importante al decidir cuándo iniciar las pruebas de detección, con qué frecuencia hacerlas y cuándo recomendar tratamiento o evaluaciones posteriores.

- Cuándo iniciar las pruebas: El cáncer cervical aparece generalmente entre las mujeres mayores de 40 años. Normalmente se puede detectar un alto nivel de displasia hasta 10 años antes de que surja el cáncer, con la mayor incidencia alrededor de los 35 años de edad. Es

decir que, donde los recursos de programas son limitados, inicialmente las pruebas deben concentrarse en las mujeres de treinta y tantos, y cuarenta y tantos años.

- Con qué frecuencia: Se pueden hacer pruebas con relativamente poca frecuencia y tener considerable efecto en los índices de la enfermedad. Con sólo una prueba en la vida, entre las mujeres de 35 a 40 años, se puede reducir entre el 25% y 35% el riesgo de cáncer en toda su existencia, y se disminuye aún más si se añaden dos pruebas adicionales en un intervalo de cinco años (por ejemplo a los 35, 40 y 45 años). Es decir, el énfasis en los programas de detección debe concentrarse en la cobertura de mujeres de alto riesgo, y no tanto en la frecuencia de las pruebas.
- A quién hay que tratar y dar seguimiento: Debido a que el 70% de las lesiones precancerosas de bajo nivel entran en remisión por sí solas y no llegan a convertirse en cáncer, el tratamiento debe concentrarse en las mujeres con lesiones de gravedad y dar seguimiento a las menos afectadas. Alrededor de una tercera parte de las lesiones serias no tratadas acaban degenerando en cáncer en un período de 10 años. Los servicios también deben incluir atención paliativa para las mujeres con cáncer avanzado.

Como mínimo los programas tienen que poder entrar en contacto con las mujeres con mayor riesgo de lesiones cérvicouterinas, para comunicarles mensajes educativos, hacerles por lo menos una prueba y darles el tratamiento adecuado, o medicamentos para aliviar el dolor si lo necesitan. A medida que el programa avance, podrá ampliarse a mujeres hasta de 60 años, y luego a las menores de 30, dependiendo de los grupos de edad que estén más afectados a nivel local. Lo ideal será que se establezcan políticas nacionales que sirvan de orientación en la realización de pruebas y en el tratamiento apropiado al contexto.

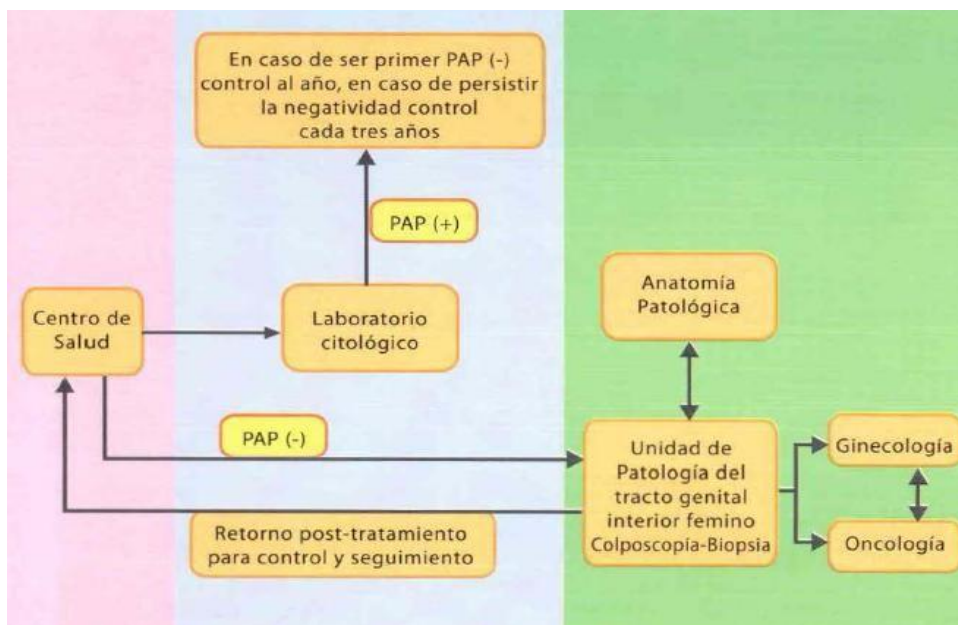
4.15. En Bolivia - Norma nacional reglas, protocolos y procedimientos para la detección y control de cáncer de cuello uterino

Esta norma contiene un conjunto de reglas, lineamientos y características destinadas a uniformar el desempeño del equipo de salud dentro de las redes SAFCI para mejorar la calidad de atención y hacer comparables los resultados, a establecer bases técnicas y legales de respaldo, tanto para el desempeño del equipo de salud, como para garantizar a las personas una atención segura y de calidad, a asignar responsabilidades por niveles de

atención, e identificar los parámetros para dar inicio a las actividades de auditoría médica y formulación de políticas.

El objetivo general de la norma es “Contribuir a disminuir progresivamente la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino, a través de la unificación de la norma, detección oportuna, tratamiento y seguimiento de lesiones pre-malignas y cáncer en todas las mujeres bolivianas desde el inicio de la actividad sexual hasta los 64 años, con énfasis en las mujeres comprendidas entre 25 y 64 años. Además de implementar la vigilancia epidemiológica.

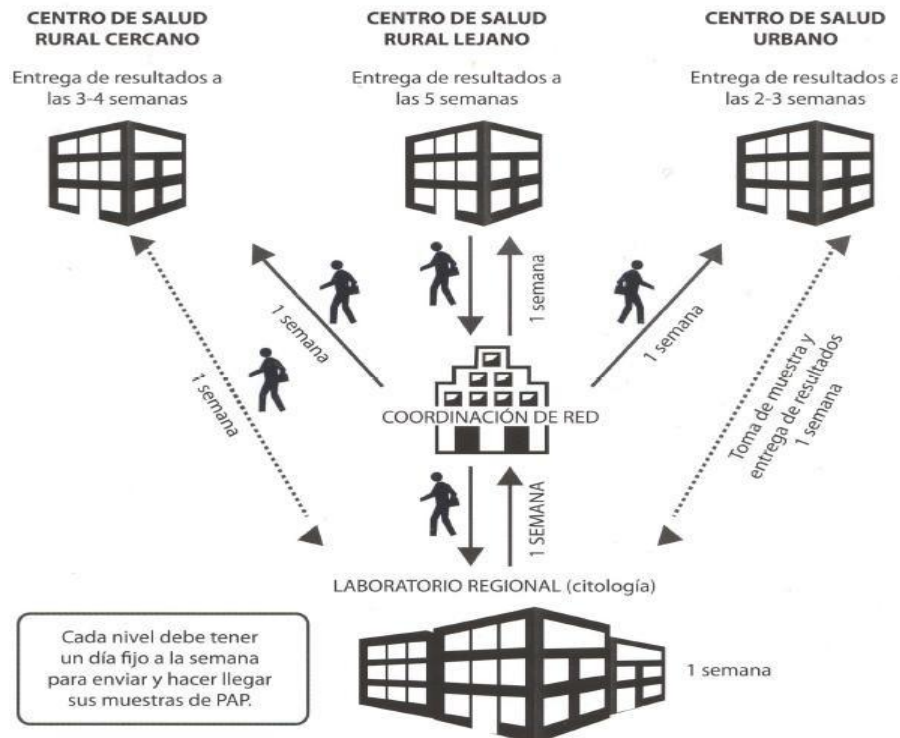
Flujograma de actividades a realizar para la detección y control de Cáncer de Cuello Uterino



Tomado de: Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos para la detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de Salud Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Estado Plurinacional de Bolivia. 4ta Edición. 2009.

Una vez tomada la muestra para el papanicolaou con los procedimientos y controles de calidad adecuados, se envía la misma a patología a través del sistema de referencia de muestras.

FLUJO CRONOGRAMA DE MUESTRAS

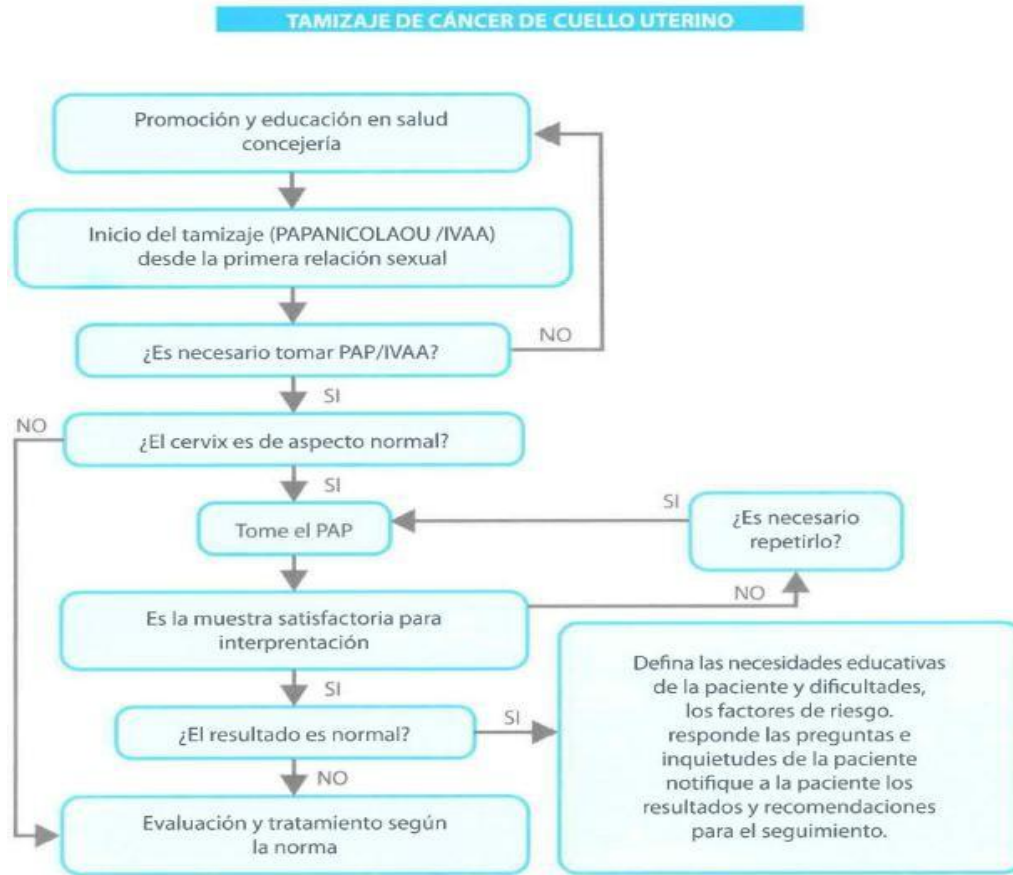


Tomado de: Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos para la detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de Salud Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Estado Plurinacional de Bolivia. 4ta Edición. 2009.

Si el Frotis es inadecuado para informe citológico: repetir la muestra, 21 días luego de la última toma de muestra. Frotis negativo a células neoplásicas: (NILM) en caso de ser el primer PAP, control al año, en caso de ser el segundo negativo, control a los 3 años y así sucesivamente.

Frotis atípico sin características definidas, frotis sugerente de "Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado" (LIE de bajo grado), frotis sugerente de "Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado" (LIE de alto grado) y frotis sugerente de carcinoma invasor referir a la usuaria al hospital de segundo o tercer nivel de atención, donde existan consultorios de patología cervical y la mujer pueda ser tratada (ginecología u oncología), de acuerdo a diagnóstico y estadiaje.

FLUJOGRAMA DE MANEJO EN MUJERES CON CITOLOGÍA DE CUELLO UTERINO (Papanicolaou)



Tomado de: Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos para la detección y Control de Cáncer de Cuello Uterino. Ministerio de Salud y Deportes Dirección General de Salud Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Estado Plurinacional de Bolivia. 4ta Edición. 2009.

4.16. Educación para la salud

La Educación para la Salud es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar las informaciones necesarias para un examen crítico de los problemas de salud y así responsabilizar a los individuos y a los grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica individual y colectiva.

La estrategia de atención primaria pretende que el individuo y la comunidad conozcan, participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. Tanto la comunidad como los individuos deben tomar conciencia de cuál es su situación, qué problemas deben resolver por sí mismos y sobre cuáles aspectos tienen derecho a exigir a otros niveles.

La educación para la salud debe ser una herramienta más del quehacer diario del personal de salud, y convertirse en una parte indivisible entre la relación del individuo y la comunidad con los servicios de salud.

La educación para la salud permite la transmisión de información, y fomenta la motivación de las habilidades personales y la autoestima, necesaria para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud individual y colectiva. Supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan a la salud.

La educación para la salud es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar, y mantener prácticas y estilos de vida saludables; propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos.

Genera el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transforman al individuo y la comunidad, en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

El aprendizaje supone fundamentalmente interacción o relación persona-ambiente; existencia de información; actividad u observación por parte de las personas; interiorización; asimilación de algo nuevo que produce.

4.17. Participación de las comunidades

Los servicios de prevención del cáncer cervical más efectivos son los que reciben un amplio apoyo de la comunidad y de las mujeres, lo que asegura que los proyectos respondan a sus necesidades, inquietudes y creencias. La participación de las mujeres y las comunidades en

el desarrollo, aplicación y evaluación, tanto de los planes como de las actividades, es esencial para el éxito de todo proyecto de prevención.

La experiencia de la ACCP demuestra que es vital dirigirse a las comunidades para alentar el uso de los servicios de prevención del cáncer cervical entre las mujeres que los necesitan.

Para hacer partícipe a la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Escuchar lo que tenga que decir la comunidad y conocer sus percepciones culturales sobre el cáncer cervical, los obstáculos para someterse a las pruebas de detección y las características de las mujeres desatendidas por los servicios.
- Hacer partícipes a los interesados (como las organizaciones de mujeres y de otro tipo, los grupos de asesoría local, los trabajadores de salud de la comunidad y los hombres) en el desarrollo y la ejecución de los programas.
- Responder a las necesidades de la comunidad mediante materiales de comunicación, actividades de divulgación y acciones locales de planificación.

Estas técnicas pueden elevar y sostener la demanda de servicios y mejorar la calidad de los mismos, lo que a su vez hace que un mayor número de mujeres sean examinadas y que se atengan más a las recomendaciones de tratamiento. ⁽²⁶⁾

4.18. Calidad de la atención en los servicios de salud

Todo acto médico implica el intento científico de curar una enfermedad y el esfuerzo humano de cuidar a un paciente. Humano por definición, es aquello perteneciente o relativo al hombre o propio de él o también se aplica a la persona que se compadece de las desgracias de sus semejantes. La concepción de cliente o usuario que excluye el enfoque ético y humanístico del cual debe estar impregnado todo acto médico, no tendrá el alcance de calidad total en la atención médica.

El enfoque humanístico, constituye una condición innata que debe tener una base ética y deontológica, para que aun sin estudiar estas materias que hoy se ofrecen, se conduzca instintivamente por la senda adecuada, en el ejercicio de su misión, y el estudiarla enriquezca y desarrolle lo que ya tiene en si.

La concepción de la dualidad enfermedad-dolencia, es indispensable en todo acto medico.

Definida la enfermedad, como el conjunto de cambios que el médico debe objetivar mediante el empleo del examen físico o de exámenes auxiliares, y dolencia, lo que la persona enferma siente y experimenta con todo su agregado de ansiedad por la interpretación que hace de su problema. Por lo tanto durante el acto médico, el "diagnosticar sirve a la vez para explicar la enfermedad y comprender la dolencia de un paciente para lo cual es necesario ponernos en su lugar, de interpretar plenamente su sufrimiento, angustia y preocupaciones".

El médico debe tener por esencia un sentido humano, impregnado de la técnica exquisita. En consecuencia para ser un buen médico se requiere de una calidad muy excelsa de vocación ligada a la ética. La medicina no debe ser jamás objeto de lucro, precepto que deriva de la necesidad de vocación.

Por lo cual si el médico es un ser social con derecho a recobrar un honorario por su servicio prestado, entonces este debe ser prudente, concertado y sin el objetivo de lucrar.

Los principios de beneficencia, autonomía y justicia son percibidos con validez y vigentes en el conjunto de la vida social, como eficaces y correctas para la toma de decisiones en el campo de la moral médica. Según el principio de beneficencia, el profesional de salud debe poner el máximo empeño en atender al paciente y a hacer cuanto pueda para mejorar la salud, de la forma que aquel considere más adecuada.

En este principio se basa el Juramento Hipocrático. El segundo principio de Autonomía, involucra al ser humano como un sujeto y no como un objeto y restablece su capacidad de decisión y el respeto por el ser humano. Bajo este principio en el ser humano la concepción de cliente tendría más connotación de objeto. El tercer principio de justicia que aboga por servicios médicos de calidad, dignos y básicos.

En las circunstancias actuales es cada vez más frecuente encontrar descontento y desconfianza de los pacientes hacia sus médicos; las razones de este hecho están relacionados con una inadecuada relación médico-paciente. La comunicación verbal no es el único mecanismo de la relación entre médico y paciente, factores tales como actitud, la expresión y los movimientos corporales forman parte de la capacidad del médico para establecer una comunicación no verbal. Es frecuente la queja del tiempo insuficiente que el médico ofrece a su paciente para establecer una comunicación y empatía adecuada.

En este aspecto los médicos que laboran en muchas entidades prestadoras de salud en nuestro país, son exigidos a rendir mayor producción, con menos recursos; descuidando la calidad. Luego existiría la tendencia a una relación médico-cliente, de trato muy superficial y de poca confianza.

Según el enfoque dualista de enfermedad dolencia, el tiempo y firma de la relación médico-paciente, redundaría en beneficio de la satisfacción del paciente y la "confianza en su doctor".

De acuerdo con Donabedian la calidad es un atributo de la atención médica que se define como los “logros de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente”. Para este mismo autor, la calidad puede interpretarse en dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La atención técnica refiere a “la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de una manera que rinda un máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El grado de calidad es por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgo y beneficios” y, la atención interpersonal “se mide por el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes”.

La opinión de las usuarias tiene alta credibilidad en los estudios sobre satisfacción puesto que la evaluación que hacen del servicio es producto de sus experiencias y no está mediada por juicios de los servidores.

El grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades". Es por ello que Donabedian juzga a la calidad de la atención médica como la aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar los riesgos.

4.19. Satisfacción de las necesidades de salud del paciente como parte de la calidad de la atención médica

En congruencia con su condiciones particulares y de la gravedad de su enfermedad, para estar en condiciones de ofrecer curación de la enfermedad, control del padecimiento, mejoría del paciente, paliación de sus síntomas, especialmente dirigida a quitarle el dolor y la angustia, el apoyo moral en las etapas terminales y, en su caso, una muerte serena,

preferentemente en el ambiente familiar.

Desde el enfoque de la salud pública, la calidad de la atención incluye cobertura de la población, disminución de la morbilidad, disminución de la mortalidad e incremento en el tiempo y calidad de vida. Es relevante la desaparición y control de las enfermedades prevenibles por vacunación, la disminución de las secuelas y la prevención y rehabilitación de las discapacidades.

Una atención con calidad debería concluir invariablemente con la satisfacción de los usuarios (pacientes y familiares), con los resultados de la atención y con la calidad de los servicios recibidos. Para lograr esta satisfacción debe tenerse en cuenta la accesibilidad de los servicios, la oportunidad de la atención, en cuanto a tiempos de espera y diferimientos; la congruencia de las instalaciones con los servicios que se requiere otorgar; la suficiencia y capacidad profesional del personal, con el nivel de atención que se requiere otorgar y la suficiencia de los recursos materiales para otorgarla. El usuario espera que la atención no sea interrumpida, que el trato sea personalizado, amable, el mobiliario cómodo y sobre todo, que se satisfagan sus necesidades de salud.

Un elemento fundamental para que los servicios se puedan otorgar con calidad, es la satisfacción de las expectativas del trabajador con el desempeño de su trabajo, en función de que disponga de los recursos para otorgar la atención con calidad, de que se le otorgue el reconocimiento que corresponda, que la remuneración sea congruente con la magnitud, calidad y complejidad del trabajo realizado; que existan oportunidades para su capacitación y superación, posibilidades de ascenso en función del servicio civil de carrera y de que exista seguridad en el puesto.

Por otro lado, la satisfacción de las usuarias como indicador de calidad es valorada desde los distintos modelos de atención a la salud. Se define como la relación que existe entre las expectativas y necesidades del paciente o sus familiares con el logro de las mismas, a través de la atención médica recibida y la satisfacción del prestador de los servicios se refiere al logro de sus expectativas y satisfacción de las necesidades personales a través de la realización de su trabajo.

La satisfacción de las usuarias es un concepto multidimensional que analiza en particular cada elemento que tenga relación con el cuidado de la salud y se toma como un indicador confiable para medir calidad de la atención.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1. VARIABLES.

Variable independiente.

- Factores de riesgo: socioeconómicos. Culturales, ambientales

Variable dependiente.

- Casos confirmados y sospechosos de cáncer de cuello uterino.
Papanicolaou, cancer cervico uterino

5.2. DISEÑO METODOLOGICO.

Tipo de estudio: cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y analítico.

Cuantitativo: se toma en consideración todas las pacientes que realizaron la prueba de Papanicolaou en el centro de salud de El Sena y las encuestadas, entre los meses de julio a septiembre de 2018.

Descriptivo: debido a que se hace una descripción del proceso de recolección de datos y de las pacientes que acudieron al establecimiento de salud a realizarse la prueba de Papanicolaou.

Corte transversal: porque se realiza un corte en el tiempo. Vale decir de julio a septiembre de 2018.

Analítico: Porque se recogió datos del establecimiento de Salud sobre el Papanicolaou y las encuestas realizadas a fin de realizar un análisis y explicación de las mismas..

Área de estudio: el Centro de Salud de El Sena del Municipio de El Sena del departamento de Pando.

Universo: el mismo esta constituido por todas las mujeres en edad fértil de 13 a 59 años que deben realizarse la prueba de Papanicolaou que corresponden al centro de salud de El Sena, siendo un total de 2340 mujeres en edad fértil

Muestra: el Total de pacientes que acudieron al centro de salud a realizarse la prueba de Papanicolaou siendo un total de 76.

Criterios de inclusión: Mujeres en edad fértil de 13 a 59 años de edad que hayan realizado la prueba de Papanicolaou en el centro de salud de El Sena en el periodo de estudio. En el caso de las encuestas se considera a las mujeres a partir de los 13 años en adelante.

Criterios de exclusión: en el caso del PAP se toma a mujeres menores de 13 años de edad y mujeres mayores de 60 años. O mujeres que no hayan realizado el papanicolaou. En el caso de las encuestas se excluye a niñas menores de 13 años de edad. O las que no quisieron participar de la encuesta.

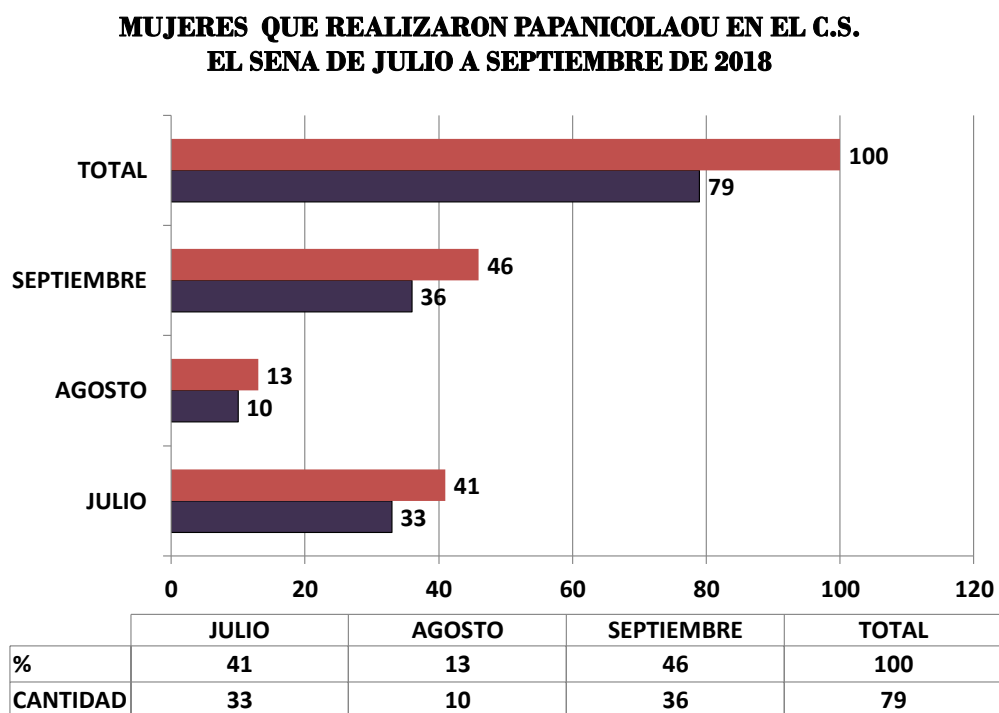
5.3. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- Estadísticas del Centro de Salud de El Sena del Municipio de El Sena Revisión documental del centro de salud para el levantamiento de datos y revisión del SNIS.

6. RESULTADOS

Como resultado de la investigación realizada tenemos los siguientes resultados:

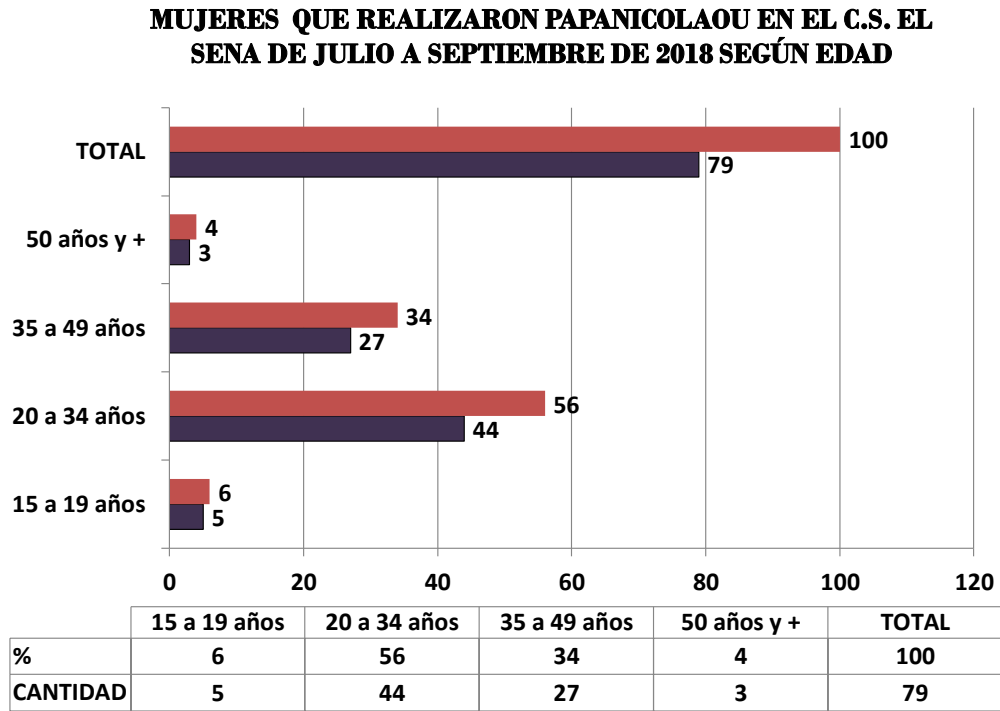
GRAFICO 1 MUJERES QUE REALIZARON LA PRUEBA DE PAPANICOLAOU EN EL C.S. EL SENA JULIO A SEPTIEMBRE 2018



FUENTE: SNIS SEDES PANDO - EL SENA

Según lo que se pudo investigar en los datos del establecimiento de salud de El Sena, cruzando información con el SNIS Departamental, según el periodo de estudio, el mes de septiembre es el mes que mas PAP se realizaron siendo un 46% del total, Julio un 41% y agosto solo 13%.

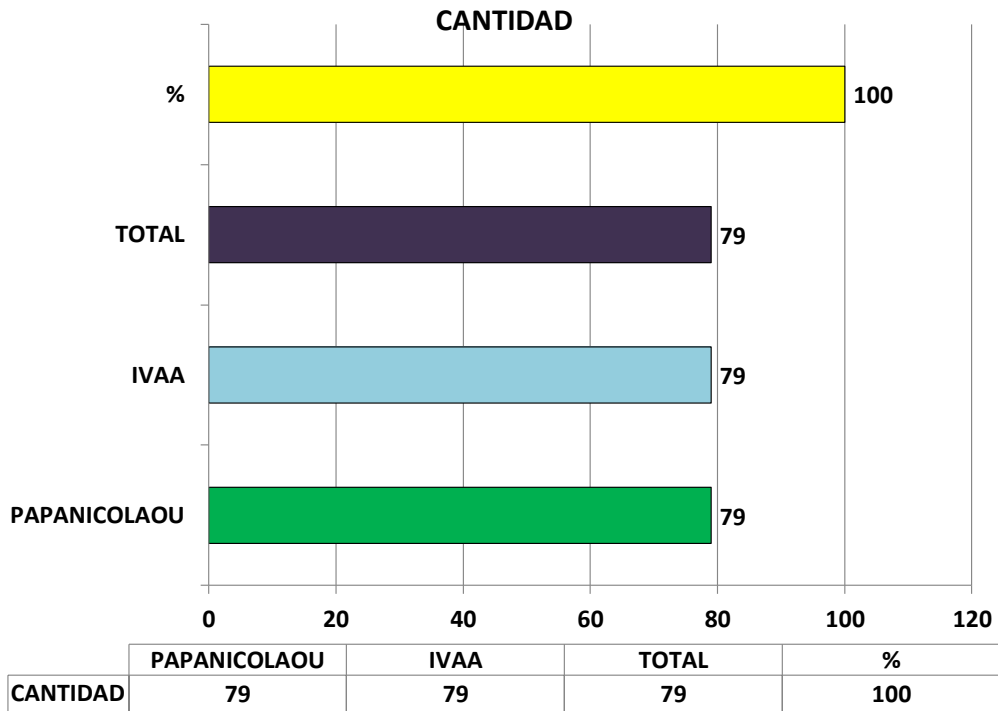
GRAFICO 2 MUJERES QUE REALIZAN PAPANICOLAOU EN EL C.S. EL SENA DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018 SEGUN EDAD



FUENTE: SNIS SEDES PANDO - EL SENA

En este grafico lo que se puede apreciar es que para el periodo de estudio, el grupo etareo que mas acude a realizarse las pruebas de Papanicolaou en el establecimiento de salud, es el grupo de 20 a 34 años de edad, con un 56%, seguido por el grupo de 35 a 49 años con un 34%, un 6% corresponde al grupo entre 15 y 19 años, y 4% mayores de 50 años.

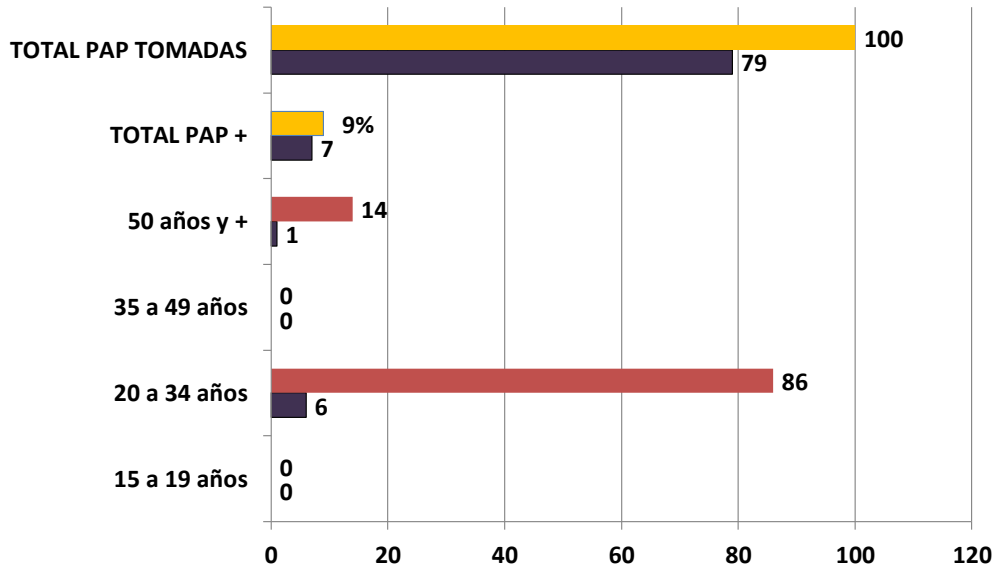
GRAFICO 3 PAPANICOLAOU, Vs IVAA C.S. EL SENA JULIO A SEPTIEMBRE DE 2018



FUENTE: SNIS SEDES PANDO – EL SENA

En este grafico lo que se puede apreciar es que del total de mujeres que acudieron a realizarse la prueba de Papanicolaou, el 100% se les realizo también la inspección visual con ácido acético (IVAA).

GRAFICO 4 PAP POSITIVAS REPORTADAS ENTRE JULIO Y SEPTIEMBRE DE 2018 C.S. EL SENA



	15 a 19 años	20 a 34 años	35 a 49 años	50 años y +	TOTAL PAP +	TOTAL PAP TOMADAS
%	0	86	0	14	9	100
CANTIDAD	0	6	0	1	7	79

FUENTE: SNIS SEDES PANDO – EL SENA

En cuanto a los PAP positivos reportados en el periodo de estudio, todos corresponden al mes de agosto, donde podríamos indicar que del total de PAP tomadas, el 9% salieron positivas, y de ese 9%, que en números representa 7 casos, el 86% corresponden al grupo etareo de 20 a 34 años, y 14% al grupo etareo de 50 años y mas.

7. CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIÓN

7.1. CONCLUSION

Es importante como personal de salud incidir en la prevención del cáncer de cuello uterino ya que como se describió en el presente trabajo las causas principales de morbimortalidad en las mujeres, es el diagnóstico tardío del cáncer.

Dentro de lo mas relevante que se pudo identificar tenemos que el mes de mayor captación de mujeres, o el mes que mas mujeres acudieron a realizarse la prueba de PAP, fue el mes de septiembre con un 46% del total, y el mes que menos mujeres acudieron fue el mes de agosto con un 13%

Actualmente este es uno de los pocos tipos de cáncer que se puede prevenir, siendo la clave de la prevención realizar controles ginecológicos frecuentes incluyendo el Papanicolaou, colposcopia, prueba de Schiller, y vacunarse a tiempo. La vacuna contra el HPV la protegerá en un 70% contra el cáncer de cuello uterino, la cual se puede aplicar desde los 9 años de edad.

Por tanto es importante considerar el resultado encontrado como sigue:

Dentro de las causas principales y los riesgos descritos en el presente trabajo se identifican como principales a la falta de información, a eso se suma la cultura y los factores socioeconómicos.

De acuerdo a los resultados obtenidos pudimos indicar que en los tres meses de estudio

Se pudo evidenciar que el mes de mayor captación o el mes de junio con un 74% de mujeres realizaron la prueba de Papanicolaou

Algo que llama la atención es que de las entrevistadas, el 73% inicio su vida sexual entre los 13 y 15 años de edad.

En base al conocimiento de la enfermedad, efectivamente la mayor parte de las mujeres conocen lo que es el cáncer de cuello uterino, saben que es el Papanicolaou, pero otro porcentaje no menos importante desconoce del tema lo cual debe ser considerado por el

establecimiento de salud ya que el 100% de las mujeres y no solo ellas sino varones de igual forma deben conocer esta problemática para prevenir la misma.

Es importante contar ante esta situación con un ambiente adecuado para la atención al adolescente pues como se vio una gran parte de las entrevistadas esta en ese grupo etareo.

7.2. RECOMENDACIONES

Importante indicar para el establecimiento de salud que debe trabajar mas en el tema de capacitación a la población en general y a las adolescentes en particular ya que la gran parte de las mismas han iniciado actividad sexual antes de los 15 años, ya que con la concientización en el tema no solo se previene el CACU o las ETS, también prevenimos el embarazo en adolescentes a temprana edad.

Como se mencionó en las conclusiones e importante poder dar continuidad al presente estudio a fin de hacer una investigación completa durante el periodo de un año, a fin de ver cómo va fluctuando la ocurrencia de casos y de qué forma se puede intervenir en los mismos.

- El Municipio de Sena debe trabajar más en coordinación con sus autoridades a fin de poder lograr la implementación de mejores estrategias de salud y poder trabajar con la gente de la comunidad, en conjunto a fin de poder implementar las medidas de prevención de esta enfermedad.
- Es importante identificar las dificultades por las cuales las mujeres no acude al centro de salud para realizar el Papanicolaou.
- Se debe mejorar la concientización de pacientes. Las políticas de reorientación de los servicios de salud también son importantes para mejorar la promoción de la salud y la prevención del CACU y sus factores de riesgo.

El cambio de conducta es un proceso largo, y si se quiere mejorar las condiciones de vida y promover la prevención, se debe buscar estrategias que permitan un mejor acceso a la información y comunicación.

Es importante mejorar las coberturas en Papanicolaou, ya que como se vio hay algunos meses en los que la cobertura es demasiado baja.

8. BIBLIOGRAFIA

1. Castedo, M. L. (2010). *Factores cognitivos y Socioeconomicos*. Cobija-Pando-Bolivia: ENFI.
2. CACU, L. P. (2007). Prevencion de cancer de cuello uterino en bolivia. En L. P. (págs. 19-21). La Paz: v & v produccionesgraficas.
3. Papanicolaou, L. P.-U. (2007). *-Guia operativa para el control del CACU en Bolivia*. La Paz-Bolivia: 2007.
4. Mosby. (2014). Diccionario de Medicina. En L. e. Anderson, *Diccionario de Medicina* (pág. 1568). Barcelona .España: MMVII Editorial Oceano.
5. Canela, D. M. (2008). *Patologia General Aparato Reproductor Femenino*.
6. Gutierrez C., M. F. (1997). Prevencion de cancer cervico uterino. Mexico.
7. OMS. (2005). *El Tratamiento y prevencion del cacu* . Ginebra.
8. OPS. (1987). *Manual de Tratamiento del Cancer Cervico Uterino*. Serie Paltex.
9. *The Treatment of diarrhoea*. (junio de 2013). Recuperado el 13 de noviembre de 2017, de whqlibdoc.who.int/publication/2005

