

UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA
VICERRECTORÍA ACADÉMICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESCUELA DE CIENCIAS NATURALES Y EXACTAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
SOSTENIBLE
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

***ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA, EFECTIVIDAD DEL SERVICIO
OPORTUNO Y EFICACIA EN EL TIEMPO DE RESPUESTA DE LAS
CITOLOGÍAS DE CUELLO UTERINO EN LAS PACIENTES
DIAGNOSTICADAS CON LESIONES PREMALIGNAS Y MALIGNAS EN LOS
EBAIS DE SAN JUAN DE DIOS DE DESAMPARADOS DE ENERO 2002 A
DICIEMBRE 2003***

DRA. ROMY SÁNCHEZ ACHÍO

TUTORA:

DRA. SING-HUNG CHANG LIN

2006

RESUMEN EJECUTIVO

El cáncer de cérvix constituye uno de los problemas más importantes de salud de la mujer, pues es la segunda causa más frecuente de muerte por tumores malignos en las mujeres a nivel mundial.

En nuestro país ocupa el segundo lugar como causa de muerte por tumores malignos entre la segunda y tercera década de la vida, constituyendo así un verdadero problema de salud pública.

Es notorio que continúan llegando a centros terciarios de atención pacientes con enfermedad en estadios muy avanzados que con una adecuada detección no deberían presentarse. El área de estudio fue San Juan de Dios, el distrito tercero del cantón de Desamparados cuya población es de 22.982 habitantes, de los cuales aproximadamente el 50% son mujeres. La mayoría de las personas que han emigrado hacia ese lugar forman parte de una población flotante.

Del periodo 2002-2003 se realizaron un total de 2785 papanicolaous, de los cuales 66 resultaron alterados.

A pesar de que San Juan de Dios es un cantón perteneciente a Desamparados, por su accesibilidad a Aserrí, se negoció a nivel regional y central para que esta población fuera atendida en esta clínica. También por accesibilidad, se atiende a la población de “Las Fuentes” desde 1998, la cual pertenece a Alajuelita, esto porque los habitantes no tienen comunicación por carretera con ese centro de salud.

A partir de junio del 2003, por disposición del nivel central de la C.C.S.S, el papanicolaou sólo se les realiza a las pacientes aseguradas, siendo esto una directriz institucional que probablemente haya provocado una disminución en la muestra.

La inquietud de este trabajo surgió, por el tiempo prolongado que se recibe el resultado del Papanicolaou, y el tiempo en que son vistas por el segundo y tercer nivel después de ser referidas por alteraciones del mismo, como las lesiones preinvasivas, creando la incertidumbre, si se están realizando las acciones pertinentes para lograr la disminución en su prevalencia.

Para el presente trabajo de investigación se realizó una revisión retrospectiva de todos los expedientes de pacientes que tuvieron algún PAP alterado durante enero 2002 a diciembre 2003 en los EBAIS de San Juan de Dios de Desamparados.

Se tomó en cuenta sólo el primer PAP alterado de la paciente entre ese periodo.

Al determinar la prevalencia de todas las lesiones se documentó que la más frecuente fue la displasia leve, seguida de la displasia moderada.

También se encontró que las 2 lesiones malignas más frecuentes eran la displasia severa y el carcinoma in situ, ambas en igual proporción. .

Se logró determinar la diferencia en días naturales entre las distintas etapas del seguimiento y se evidenció un retraso en la atención en II nivel y el menor tiempo entre el recibido por el EBAIS y la comunicación a la usuaria.

Durante el 2002-2003 no hubo una adecuada atención a las mujeres con PAP alterado y en esto tiene responsabilidad todos los niveles de la organización relacionados con las diferentes fases de la atención en el proceso del Papanicolaou.

A nivel de EBAIS hubo falta de accesibilidad a los servicios en pacientes no aseguradas.

A nivel del Laboratorio Nacional la presa de muestras en ese período y el II o III nivel las citas tan prolongadas para la realización de la colposcopia.

En cuanto a las recomendaciones se hace evidente mejorar las campañas mediante la entrega de folletos que expliquen de manera clara y sencilla el procedimiento y la importancia de la citología. Dar charlas en el EBAIS a las pacientes que acuden mientras esperan ser atendidas en la consulta de manera que sean voceras de información.

Es importante que exista un sistema de salud que tome en cuenta no sólo los recursos sino también la accesibilidad a los mismos. Esto se implementaría a través de una móvil que se desplace a los diferentes lugares del sector para que haya mayor oportunidad de captar a las pacientes y la posibilidad de garantizar a toda mujer con o sin seguro la posibilidad de realizarse el Papanicolaou.

Se sugiere la existencia de una red institucional entre la clínica y sus lugares de referencia en este caso la Clínica Marcial Fallas y el Hospital de las Mujeres para que se canalicen adecuadamente a las pacientes procurando que sean valoradas en el menor tiempo posible, ante esto sería importante que los Jefes de la Consulta Externa de los servicios mencionados sean los que revisen las referencias para así indicar la prioridad de las citas.

ÍNDICE

PORTADA	1.
ÍNDICE	2,
INTRODUCCIÓN	4.
MARCO CONTEXTUAL	6.
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	6.
1.2 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	42.
1.3 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	44.
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	45.
MARCO TEÓRICO	46.
MARCO METODOLÓGICO	69,
3.1 TIPO DE ESTUDIO	69.
3.2 ÁREA DE ESTUDIO	69.
3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS/OBJETOS DE ESTUDIO	69.
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN	69.
3.5 IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES	70.
3.6 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71.
3.7 SELECCIÓN Y APLICABILIDAD DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	72.
3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	74.
LIMITACIONES	76.
RESULTADOS	
CUADRO 1	78.
GRÁFICO 1	78.
CUADRO 2	79.
CUADRO 3	81.
HISTOGRAMAS 1,2,3	82.
HISTOGRAMAS 4 Y 5	83.

CUADRO 4	84.
HISTOGRAMA 6	85.
CUADRO 5	85.
HISTOGRAMA 7	86.
DISCUSIÓN	87.
CONCLUSIONES	90.
RECOMENDACIONES	92.
BIBLIOGRAFÍA	96.

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervico -uterino constituye en la actualidad uno de los más importantes problemas de salud de la mujer, ya que representa la segunda causa más frecuente de muerte por neoplasias malignas en las mujeres a nivel mundial, se diagnostica cerca de medio millón de casos nuevos por año en todo el mundo, particularmente entre los grupos de población con bajo nivel socioeconómico.

En Costa Rica se cuenta con un Sistema Nacional de Salud representado por diversos niveles de atención distribuidos a lo largo del país, encontrando en el Tercer Nivel de Atención aquellos centros destinados a resolver los casos más complejos de salud y en el Primer Nivel de Atención una red importante para la prevención y el diagnóstico precoz, con el fin de disminuir la morbi-mortalidad a causa de las patologías cervicales.

En nuestro país, el cáncer de cuello de útero es considerado uno de los más frecuentes afectando a más de 600 mujeres al año, ocupando el segundo lugar en incidencia como causa de muerte por tumores malignos entre la segunda y tercera década de la vida, el tercero en mortalidad en la cuarta y quinta década de la vida, constituyendo así un verdadero problema de salud pública (Registro Nacional de Tumores).

Ciertamente, continúan llegando a los centros terciarios de atención pacientes con enfermedad muy avanzada, lo cual condiciona su sobrevida, en una entidad que, con una

adecuada detección, no debería presentarse en estas etapas. La mortalidad por esta enfermedad no se reducirá con mejor tratamiento, sino con mejores sistemas de detección y prevención.¹

Por tanto, es de suma importancia concentrar esfuerzos para mejorar las estrategias dirigidas a la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de las lesiones pre-malignas y malignas del cuello de útero.

Con respecto a esto, se debe tomar en cuenta si las instancias de salud brindan a las mujeres las facilidades para la realización de exámenes que permitan el diagnóstico precoz y oportuno de enfermedades premalignas a nivel cervical.

El trabajo pretende analizar la situación de las mujeres del sector de San Juan de Desamparados, con respecto a la prevalencia, efectividad en el servicio oportuno y eficacia en el tiempo de respuesta de las citologías alteradas por lesiones premalignas y malignas de enero 2002 a diciembre 2003.

MARCO CONTEXTUAL

1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Antecedentes históricos mundiales: diagnóstico del cáncer de cérvix

La primera referencia conocida acerca del cáncer de cérvix, fue descrita por Hipócrates (450 años a.c.) donde se refiere a un mal pronóstico de esta enfermedad.

El cáncer de cérvix fue descrito por Galeno en su libro “De Morbis Mulierum” en donde al igual que sus predecesores hace referencia a un pobre pronóstico.

Ambroise Paré, (1510-1590) reconocido en la Historia de la cirugía ginecológica, recomendaba el uso del espéculo para exponer y evaluar el cérvix.

Astruc, (1762) en su “Tratado de las Enfermedades de la Mujer” describe el cáncer uterino y recomienda métodos de tratamiento.

John Clarke en 1812 reporta la degeneración del cérvix en lo que él llamó excrescencia en coliflor. La observación y descripción se basaba en hallazgos macroscópicos. Virchow fue el primero en hacer la asociación entre estas condiciones y el cáncer cervical y lo publica en 1832.

Bennet en 1845 describe la diferencia entre lesiones benignas y malignas.

El advenimiento del microscopio y su uso para el examen de tejidos permitió una clasificación más precisa del cáncer cervical por Thomas en 1872.

Muchos médicos en los inicios del siglo XIX conjeturaron acerca de las posibles causas del cáncer de cérvix relacionándolo con el stress y el traumatismo sufrido durante los partos.

Von Scanzoni fue el primero en relacionar este tipo de cáncer con el estilo de vida, otros factores propuestos fueron las inflamaciones del cérvix, el abuso de purgantes y la presencia de hemorroides.

En los inicios del siglo XX los estudios señalaron que las lesiones cervicales no tratadas eran un importante factor etiológico en un posterior desarrollo del cáncer de cérvix. La importancia de un diagnóstico temprano fue reconocida y es así como se iniciaron las descripciones médicas con ayuda del microscopio de células provenientes del cuello de la matriz.

Novak, en 1940 hace el mayor aporte hasta el momento a la patología oncológica con las publicaciones sobre el diagnóstico temprano del cáncer de cérvix y su diferencia de las lesiones inflamatorias. El colposcopio, introducido por Von Hinselmann en 1925, poco a poco se convirtió en una valiosa herramienta en Europa para el diagnóstico del cáncer de cérvix.

La citología exfoliativa de las secreciones vaginales descritas en 1943 por Papanicolaou y Traut, brindó un valioso método de tamizaje, usado hasta nuestros días para la detección de lesiones premalignas y malignas de cérvix. A estos dos métodos de detección y diagnóstico desarrollados en Europa, no se les dio la importancia que merecían por un período de aproximadamente 25 años.²

Desde su introducción y uso masivo como método de detección las muertes por cáncer cervical en los Estados Unidos se han reducido en un 75% aproximadamente.³

El PAP es un procedimiento de tamizaje y no un estudio diagnóstico: es sencillo, de bajo costo y es el método de elección para la prevención secundaria del cáncer de cuello uterino.⁴

El propósito de la citología cervical es reducir la mortalidad por cáncer de cérvix y la incidencia de cáncer de cérvix por la detección y erradicación de lesiones premalignas.

Se ha reportado que la sensibilidad de la citología para la detección de neoplasia cervical es en el rango del 50% al 98%.⁵

Como toda prueba de tamizaje está sujeta a resultados falsos, de los cuales los falsos negativos pueden alcanzar hasta un 10%. De éstos, el 20% se debe a errores,

analíticos en el laboratorio, el resto se debe a otras causas, tales como mala preparación de la paciente, información clínica inadecuada, errores en la identificación y en la mayoría de los casos, porque la muestra se toma en forma inadecuada.⁴

A nivel mundial la realización del PAP como programa de tamizaje, reduce la mortalidad por cáncer de cérvix en relación directa a la proporción de la población tamizada, y nuestro país no escapa a esto ocupando el segundo lugar en incidencia del cáncer de cérvix.⁶

La mayor incidencia del cáncer de cérvix se presenta en Centro y Sur América, el sudeste de Asia, Europa del este y la India. Países con baja incidencia son Israel, Kuwait, España e Irlanda. La mortalidad es razonablemente paralela a esta distribución, siendo la más alta en América del Sur y Centro América y la más baja en Italia, Israel, Grecia y Malta.⁷

En el mundo entero, el cáncer cervical es la segunda enfermedad maligna más común en las mujeres, cerca de un 80% de los casos se deben al aumento de los casos en países menos desarrollados. La Sociedad Americana de Cáncer estima que durante el año 2002, 13000 casos de cáncer cervical fueron diagnosticados en mujeres que viven en los Estados Unidos, y que de esas 4100 mujeres morirán como resultado de esta enfermedad.

En Norte América, es diagnosticado en mujeres con una edad media de 47 años, y cerca de la mitad de los casos se diagnostican antes de los 35 años. Sin embargo, las

mayores de 55 años contribuyen desproporcionalmente a la mortalidad cervical, sobre todo como resultado de un diagnóstico más avanzado de la enfermedad.

La causa primaria en el desarrollo de cáncer cervical es el virus del papiloma humano (HPV). Más del 90% de los cánceres cervicales de tipo escamoso tiene el ADN del HPV. El virus es adquirido principalmente a través de las relaciones sexuales. Aunque muchos tipos de HPV han sido asociados con la neoplasia anogenital, los tipos 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58 son los que causan la mayoría de los casos de cáncer invasor.⁵

En los últimos 50 años, los países de América Latina y el Caribe, incluyendo Costa Rica, han experimentado cambios demográficos y epidemiológicos que han provocado un aumento relativo y absoluto de las enfermedades no transmisibles, como el cáncer. Desde principios de los años sesenta hasta finales de los ochenta, el número de casos de cáncer en la Región aumentó 73% y en la actualidad las neoplasias representan cerca del 20% de la mortalidad y el 6% de los años perdidos por discapacidad.⁸

De acuerdo con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Norteamericana de Cáncer y el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, todas las mujeres sexualmente activas o que han llegado a los 18 años deben ser sometidas a una citología cervical y a un examen pélvico por año. Después de tres estudios normales consecutivos, a juicio del médico la prueba de Papanicolaou puede espaciarse hasta cada tres años en mujeres de bajo riesgo.

Estimaciones obtenidas a través de modelos matemáticos indican que mediante el escrutinio cada tres años se obtiene entre 91 y 96% de los beneficios en términos de detección para cáncer cervicouterino, y se reducen en forma considerable los costos e inconvenientes de su realización.

Idealmente dicha detección debería proseguirse por el resto de la vida de la mujer, ya que 25% de los casos nuevos y 41% de las muertes de este origen tiene lugar en mujeres de 65 años y más. Sin embargo, existe controversia al respecto y algunos grupos de Estados Unidos y Canadá recomiendan suspender la detección entre los 65 y los 75 años de edad si la mujer tiene historia de exámenes con resultados normales en los últimos nueve años.

En la ciudad de Bethesda, Maryland, USA., en el año 1988 se estudiaron y analizaron las diferentes nomenclaturas conocidas y tomando en cuenta que el virus del papiloma humano tipo 16 y 18 (VPH), se asocia a las lesiones del cérvix, se acordó una nueva nomenclatura conocida como “**Sistema Bethesda**”. Este Sistema considera el condiloma o atipia colocítica y la displasia leve o NIC I (neoplasia intraepitelial) como equivalentes constituyéndose en lo que se denomina **LIE (Lesión intraepitelial) de bajo grado**.

Efectividad del Papanicolaou para el diagnóstico temprano:

Un meta análisis efectuado por Fahey en 1995 mostró que la sensibilidad de un estudio aislado de Papanicolaou para la detección de neoplasia intraepitelial cervical

grados I y II oscila entre 14 y 99%, en tanto que su especificidad varía de 24 a 96%. Un rango tan amplio puede obedecer tanto a diferencias en los procedimientos utilizados en la toma e interpretación de la muestra, como a la heterogeneidad de los criterios empleados por los investigadores para definir la sensibilidad en los estudios realizados.

Lo anterior introduce al terreno de la discusión un problema evidente: los resultados falsos negativos pueden permitir que una lesión cervical maligna progrese a una etapa más avanzada antes de que sea identificada; por su parte, los falsos positivos generan estudios adicionales innecesarios con incremento en costos, ansiedad y molestias para las mujeres.⁹

La última directriz de la Sociedad Americana del Cáncer, aconseja que el tamizaje pueda ser discontinuado en mujeres de 70 años o más, si han tenido 3 o más resultados de PAP normales en los últimos 10 años. Las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer cervical invasor frecuentemente tienen más de 50 años. Sin embargo, cerca de la mitad de las pacientes con diagnóstico reciente de cáncer cervical nunca se han sometido a un tamizaje cervical, y un 60% a un 80% no han sido examinadas en los últimos 5 años.

También existen directrices conflictivas con respecto a si una mujer hysterectomizada por indicaciones benignas, debe continuar tamizándose. En 1995, un reporte del Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, establece que el costo-beneficio de la citología en mujeres a las cuales se les eliminó el cérvix por una

enfermedad benigna no ha sido demostrada. Sin embargo, evaluaciones citológicas periódicas de la vagina (en mujeres con factores de riesgo) si están justificadas.³

Desde principios del siglo XX, se iniciaron una serie de importantes estudios citopatológicos correlacionando las lesiones pre-malignas, su avance a través del tiempo hasta la presentación de alteraciones carcinomatosas. Muchas de estas lesiones premalignas tienen una regresión espontánea. No toda lesión termina generando cáncer, pero sí todo cáncer del cuello del útero lo antecede una lesión pre-maligna. Sólo con el diagnóstico precoz y certero y el tratamiento temprano podremos reducir la morbimortalidad de tan grave problema.

Factores causales y de riesgo para lesiones premalignas y de cáncer cervicouterino:

Múltiples estudios epidemiológicos y clínicos han establecido la existencia de una fuerte relación causal entre la infección por virus del papiloma humano (VPH) y la aparición de cáncer cervicouterino o lesiones premalignas. En efecto, se ha descrito que el ADN del virus mencionado se encuentra presente en 93% de los casos de esta neoplasia o de sus formas precursoras, y se ha demostrado que los genes E6 y E7 del VPH se integran en el interior del genoma del huésped y que las proteínas transformadoras codificadas por estos genes son tumorígenas.

Se han identificado más de 70 tipos de virus del papiloma humano, de los cuales únicamente 23 infectan el cérvix uterino y sólo la mitad de ellos está asociada con

lesiones del epitelio escamoso o con carcinoma invasor. Por ello, estos tipos virales se han clasificado a su vez en los de bajo riesgo, como las variantes 6 y 11; y de alto riesgo, como los subtipos 16, 18, 31 y 45, los cuales están implicados en 80% de los cánceres cervicales invasores.

Si bien pudieran existir otros factores de riesgo, se considera que el virus es el factor esencial en el desencadenamiento de la desregulación del ciclo celular que lleva a la transformación maligna. De hecho, los VPH se asocian también con cáncer en otras localizaciones genitales como ano, pene, vulva y vagina, así como extragenitales, como cavidad oral y esófago.

Se ha descrito que de los 50 millones de estudios citológicos cervicales que se efectúan cada año en Estados Unidos, 5% muestra resultados anormales.

Debido a su prolongada fase preclínica, el carcinoma cervical de células escamosas permite su detección temprana a través del estudio citológico cervical. De hecho, se ha estimado que el tiempo entre la aparición de las lesiones premalignas cancerosas y el desarrollo de carcinoma invasor es de ocho a nueve años, y que en 50% de los casos nuevos de este último existe antecedente de no haberse practicado un estudio citológico en los 10 años previos. Debido a que el tiempo que transcurre entre la aparición de lesiones premalignas y el desarrollo de carcinoma invasor es prolongado, el estudio citológico cervical es altamente efectivo para reducir la morbilidad y mortalidad.

Aún cuando por razones éticas no es posible efectuar pruebas aleatorias para medir con precisión la efectividad del Papanicolaou en la detección del cáncer cervicouterino, la evidencia científica actual deja claros dos hechos:

- Las mujeres a quienes se les diagnostica cáncer cervical invasor habitualmente tienen historia de no haber sido sometidas en forma sistemática a la prueba.
- Se ha informado disminución en la morbilidad y la mortalidad por cáncer cervical en poblaciones específicas después de implementar el estudio de Papanicolaou en forma rutinaria.

En consecuencia, se reconoce que su valor es indiscutible para fines de tamizaje.

El problema de la prevención:

Se encuentra claramente aceptado que el carcinoma del cérvix es, en teoría, una enfermedad previsible debido a su fuerte vinculación causal con la infección por VPH, que es de transmisión sexual, por lo que se considera básicamente previsible. Por lo tanto, las acciones destinadas a su prevención primaria son básicamente educativas y consisten en la modificación favorable de la conducta sexual de la población de alto riesgo, en tanto no se desarrolle una vacuna contra el virus mencionado.

El elemento fundamental de la prevención secundaria consiste en la cobertura amplia y sistemática de la población con la prueba de Papanicolaou, que continúa siendo

el mejor recurso disponible para reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer cervical invasor, debido a la propaganda etapa preclínica de esta enfermedad.

La persistencia de amplios sectores de la población que nunca se han practicado un estudio de esta naturaleza o que se lo realizan en forma esporádica, es un problema de todo el mundo, y que afecta especialmente a los grupos sociales marginados del desarrollo.

En este terreno existe un fuerte contraste, como en otros indicadores de salud, entre la situación que muestran países en desarrollo y grupos de población desprotegidos por razones de su nivel socioeconómico.

En consecuencia, la contribución del médico familiar para reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer cervico-uterino entre la población, consiste en el ejercicio pleno del papel educativo y asistencial. El primero se centrará en la identificación de la población en riesgo con el fin de promover una conducta sexual que disminuya las probabilidades de infección por VPH, evitando las prácticas de alto riesgo y estimulando las relaciones sexuales protegidas. En su papel asistencial será determinante la interpretación adecuada de los resultados de la prueba de Papanicolaou para el tratamiento efectivo de las lesiones premalignas o su referencia oportuna a centros para atención especializada.

La prevención primaria del cáncer cervico-uterino se fundamenta en la modificación favorable de la conducta sexual y la prevención secundaria, en la práctica sistemática de la citología cervical y su interpretación adecuada, por lo que el papel educativo y asistencial del médico familiar es determinante en la modificación favorable del perfil epidemiológico actual de esta patología.⁹

La infección por VPH en el tracto genital es la enfermedad de transmisión sexual más común. Usualmente no causa síntomas y frecuentemente recibe importancia clínica por los cambios celulares detectados por el PAP.

La prevalencia de la infección por VPH es la más alta entre mujeres jóvenes tan pronto como inician las relaciones sexuales y disminuyen gradualmente con la edad, posiblemente como una inmunidad adquirida y una disminución para edades avanzadas en el número de nuevos compañeros sexuales. El riesgo a la infección es independiente a otras variables como paridad, uso de anticonceptivos orales y el fumado. Después del comportamiento sexual, la edad es el factor de riesgo más importante para adquirir la enfermedad.

El VPH fue considerado como factor de riesgo para cáncer cervical por Zur Hausen y colaboradores en 1974.²⁰

El PAP no se debe realizar cuando hay una lesión grande porque la inflamación, el sangrado y la necrosis pueden ocultar los resultados.

El carcinoma cervical es fácilmente prevenible con un tamizaje apropiado. Desafortunadamente, muchas mujeres en países industrializados continúan con un pobre acceso a un adecuado cuidado médico. El tamizaje debe brindarse a todas las mujeres para prevenir o diagnosticar el cáncer cervical tempranamente, a un estadio que sea tratable.²¹

La incidencia del carcinoma de cérvix ha disminuido marcadamente, y la tasa de muerte se redujo en un 71% en los últimos 40 años, principalmente por el uso de la citología y exámenes pélvico periódicos. Sin embargo, muchas mujeres no se lo realizan.²²

Los factores de riesgo para contraer el VPH son similares a aquellos por neoplasia cervical como aumento en el número de compañeros sexuales y una edad temprana en el inicio de las relaciones sexuales, además de la raza y la etnicidad. En la distribución de la infección el hombre juega un papel importante por los contactos con muchas compañeras sexuales, especialmente prostitutas. También se ha reportado que se puede transmitir en la actividad lesbiana, por compartir la cama, uso de toallas, trajes de baño, y tina de baño (bañera). También se ha asociado a uso de anticonceptivos orales.

La infección en los niños se adquiere a través de transmisión vertical u otras rutas no sexuales. Se ha detectado en el líquido amniótico, la mujer embarazada lo puede transmitir a la mucosa orofaríngea del neonato.

La infección en mujeres jóvenes es usualmente transitoria, su detección a corto plazo es variable, indicando limitaciones en la relevancia del riesgo para tales hallazgos. La persistencia viral de los tipos de alto riesgo han sido encontrados en muchos individuos infectados, pero la persistencia con el tiempo disminuye especialmente en mujeres jóvenes. La persistencia de la infección de VPH de alto riesgo en mujeres con una citología anormal es un fuerte marcador de enfermedad cervical progresiva. Esta persistencia puede estar relacionada con una variante de genotipos de alto riesgo. Hay un aumento en la prevalencia y persistencia de la infección del VPH durante todo el embarazo por la activación viral causada por cambios fisiológicos del embarazo.

Además de la infección por VPH, otros factores son considerados por varios autores en el desarrollo de la neoplasia, se ha sugerido otra enfermedad de transmisión sexual: el virus herpes simples, juega un posible rol en el factor de inicio para estimular el VPH. Muchos estudios epidemiológicos retrospectivos en el pasado han indicado la asociación entre el herpes simples 2 y neoplasia cervical, pero los hallazgos no fueron consistentes.

El fumado ha sido reportado como otro factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma cervical, causando daño en el epitelio cervical. Otros autores han encontrado una asociación dosis dependiente en el fumado y en la prevalencia del VPH oncogénico. Incluso el fumado pasivo puede ser factor de riesgo.²³

La neoplasia intraepitelial cervical es definida como el espectro de los cambios intraepiteliales que inician como el neoplasma bien diferenciado, tradicionalmente clasificado como displasia leve, hasta carcinoma invasor. Estos cambios afectan el epitelio escamoso sobre la membrana basal, incluye pleomorfismo nuclear, pérdida de polaridad, mitosis anormal, y pérdida de la diferenciación celular, las células progresan de la membrana basal a la superficie del epitelio.

Cuando las células malignas penetran debajo de la membrana basal del epitelio e infiltra el estroma se considera cáncer cervical invasor con posibilidad de crecer y formar de metástasis.

El rol del compañero sexual como factor de riesgo para neoplasia cervical ha recibido menos atención. Las esposas de hombres previamente casados con pacientes con cáncer cervical tienen alto riesgo de neoplasia cervical. El rol de los compañeros sexuales masculinos como reservorio de factor de transmisión sexual relacionado con neoplasia ha sido establecido por muchos estudios clínico patológicos. Lesiones sugestivas de VPH han sido detectadas por colposcopia en un 53% a un 80% de los compañeros masculinos de mujeres con anormalidades cervicales.

No hay relación consistente entre la neoplasia cervical y otras características menstruales y reproductivas, tales como menarca, edad de menopausia, paridad, número de abortos espontáneos o inducidos, edad del primer embarazo, número de partos vaginales, número de cesáreas. Es sugestivo que, la supresión del sistema inmunológico o

cambios hormonales durante el embarazo, pueda aumentar la susceptibilidad a la infección por VPH o pueda aumentar las capacidades oncogénicas del virus.

Aunque el VPH es el factor de riesgo más importante para neoplasia cervical, la participación de otros cofactores parece ser necesarios para el desarrollo de la enfermedad.²⁴

La meta primaria del tamizaje citológico cervical es identificar las mujeres que requieren ser evaluadas mediante colposcopia para detectar la presencia de verdaderos precursores de cáncer. La progresión de displasia de bajo grado a displasia de alto grado toma un promedio de 9 años, y la progresión de displasia de alto grado a cáncer invasor toma de 3 meses a 2 años. Estudios recientes de la historia natural de la displasia ha mostrado que la progresión que los cambios de bajo grado a cáncer es evitable. De hecho, más de un 70% de las lesiones de neoplasia intraepitelial cervical (NIC 1) resuelven espontáneamente al año o dos años.

Pasos que los pacientes deben tener en cuenta para obtener una adecuada muestra de PAP:

- Tomar la muestra cerca de 2 semanas (10-18 días) después del primer día de la última menstruación.
- No ducharse 48 horas antes del examen.
- No usar tampones, esponja vaginal, gel u otro tipo de cremas vaginales o medicamentos vía vaginal en las 48 horas antes del examen.

Antecedentes históricos: Costa Rica.

Los esfuerzos realizados contra el cáncer, se remontan a finales del siglo XIX y principios del XX, básicamente orientados a conocer las principales localizaciones de éste. En la década de los años cuarenta, se originan las primeras acciones de carácter político y legal para dar atención al problema con una perspectiva nacional.

En agosto de 1958, se crea una clínica para la detección temprana del cáncer de mama y cérvix, por la Asociación Médica Femenina del país. Sin embargo, no tuvo el apoyo ni la cobertura para su permanencia.

En 1962, se crea el servicio de Oncología de Mujeres en el Hospital San Juan de Dios y en 1965 el servicio de hombres, bajo la dirección del Dr. Carlos Manuel Gutiérrez Cañas.

En 1964 el Dr. Oscar Robert Aguilar empleó el primer Colposcopio que llegó al país y organiza por primera vez la consulta de Ginecología Oncológica en los Hospitales: Maternidad Carit (hoy Hospital de las Mujeres), y Central de la C.C.S.S (hoy Hospital Calderón Guardia).

En 1969 se instala en el Hospital México, la primera bomba de cobalto y en 1973 se instala la segunda en el Hospital San Juan de Dios.

A mediados de la década de los setenta, se creó el Registro Nacional de Tumores, adscrito al Ministerio de Salud, para la vigilancia epidemiológica específica de esta patología, teniéndose como base la incidencia del cáncer en toda la población. ¹

Durante el período de 1978 a 1982 la tasa de mortalidad por cáncer uterino fue de 11.2 por cada 100.000 mujeres. Para el período de 1970 a 1990 la tasa estuvo en un rango entre 6.9 (1972) y 14.4 (1976) bajando en 1990 a 10.1 por cada 100.000 mujeres. ²

El cáncer de cuello de útero es uno de los problemas de salud pública más importantes de Costa Rica. En el período de 1984 a 1990 murió un promedio anual de 118 mujeres de cáncer de cuello uterino. Es, la tercera causa de mortalidad por causa oncológica en Costa Rica entre las mujeres, después del cáncer gástrico y del cáncer de mama. En el mismo período, la tasa de cáncer de cuello uterino invasivo fue de 25.6 por 100.000 mujeres lo que es significativamente superior a los países desarrollados (aproximadamente 15/ 100.000). Además, al contrario de los países desarrollados, esta incidencia no ha disminuido, ni tampoco lo ha hecho la mortalidad.¹ La tasa de incidencia fue de 17 por 100.000 mujeres en el trienio 1994-1996, la cual no ha variado significativamente en los últimos 12 años. ⁶

Este es un problema de mujeres jóvenes, ya que se presenta principalmente en las menores de 50 años de edad.¹ Esta enfermedad se manifiesta en forma importante a partir de los 20 años de edad, y alcanza su pico de frecuencia en el grupo de 30 a 44 años.⁶

También es un problema de índole social ya que se presenta fundamentalmente en mujeres con bajo nivel socioeconómico y con múltiples compañeros sexuales.¹

Los lugares con tasa de incidencia por encima de la nacional son Limón, Guanacaste y Puntarenas (1994-1996).

El grupo de edad donde es más frecuente el carcinoma in situ es de 35-39 años, mientras que el grupo de edad en el cual es más frecuente el carcinoma invasor es de 40-44 años.

El tumor maligno de cuello de útero ocupó durante el trienio 1994-1996 el tercer lugar en mortalidad por tumores malignos entre las mujeres con una tasa de 8.7 por cada 100.000 mujeres, con 146 defunciones.

En cuanto a la repercusión del tumor maligno de cérvix en los egresos hospitalarios, en el año 1997 los tumores malignos en mujeres en general provocaron casi el 5% del total de egresos hospitalarios (10.328 de 214.732) y, de estos, casi el 9% fueron por cáncer del cuello de útero (923 casos).⁶

**Antecedentes históricos: Las primeras políticas para el abordaje integral del
cáncer de cérvix**

En Costa Rica es hasta la década de los años 60 que se inicia el Plan Nacional de Detección del Cáncer de Cuello Uterino, sin embargo no tuvo apoyo ni la expansión adecuada.

En 1981, se crea La Unidad Nacional de Cáncer en el Hospital San Juan de Dios, con los servicios de cirugía, quimioterapia y radioterapia.²

Acorde con la modernización del Sector Salud, a través del proyecto de Reforma del Sector Salud iniciado en 1994, el país está organizado en sectores, los cuales están a cargo de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), que son responsables de un grupo poblacional determinado. Los técnicos de atención primaria (ATAP) son parte de este equipo, y son los responsables de levantar el censo de todas las mujeres (población blanco), en conjunto con los grupos organizados de la comunidad, con nombre completo, cédula, edad, fecha de nacimiento y dirección exacta del domicilio y teléfono.

Con los listados generados mediante el censo, el EBAIS podrá organizar el tamizaje de la población a su cargo, por medio del correo o en forma personal.¹⁰

A pesar de la implementación de políticas y programas de salud dirigidos a la disminución de la morbimortalidad, aún persisten factores difíciles de corregir, lo cual hace más vulnerables a las mujeres pertenecientes a grupos de riesgo a contraer la enfermedad.¹⁰

Es de interés tener información acerca del abordaje recibido por las mujeres con PAP alterados pues como responsabilidad del I nivel debemos de darle seguimiento a nuestros pacientes y concentrar la atención en la toma de las medidas más eficaces que conlleven a beneficiar a la población femenina.

Políticas Nacionales

La Caja Costarricense de Seguro Social vive en la actualidad un período de transformación y modernización que se caracteriza por la implementación del nuevo modelo de atención a nivel nacional. Un aspecto clave en esta transformación es la implementación de un nuevo sistema de asignación de recursos financieros, que tiene como particularidad, la separación de las funciones de planificación – financiamiento, compra y prestación de los servicios de salud.

Es dentro de este nuevo enfoque de la planificación de los servicios de salud, que surgió la necesidad de elaborar el Plan de Atención a la Salud de las Personas (PASP) presentado por la Gerencia de Modernización y Desarrollo de la Caja Costarricense del Seguro Social con la participación de funcionarios de otras dependencias.

el cual contiene las estrategias que permitirán desarrollar las acciones prioritarias, pertinentes, efectivas y factibles, con el fin de coadyuvar en el mejoramiento del estado de salud, la calidad de vida y el bienestar general de la población del país.

El Plan de Atención a la Salud de las Personas es parte de la planificación estratégica que en materia de salud se le ha asignado a la Gerencia de Modernización y Desarrollo. Dicho Plan se enmarca dentro del Plan Estratégico Corporativo, los lineamientos y políticas nacionales e internacionales que se dictan en materia de salud y a los principios de la modernización de la CCSS, siendo así, un instrumento que permite orientar la función de compra y la prestación de servicios de salud.

Con el PASP se ofrece un instrumento dinámico que se suma a otros instrumentos que tienen como fin orientar la toma de decisiones institucionales. Retoma los principios, valores, objetivos y la concepción social de la salud, para contribuir a reorientar las acciones en salud y los recursos, con efectividad, hacia los principales problemas y necesidades de salud de la población costarricense.

El PASP forma parte de todo un proceso de cambio que la CCSS ha iniciado a partir de la década de los noventas con el fin de solventar diversos problemas que se detectaron en el sistema de salud, tales como baja productividad, desigualdad, baja calidad y un modelo de atención despersonalizado y enfocado en un concepto biologista de la salud y, por tanto, dirigido básicamente a la curación de la enfermedad.

El proceso de modernización, fundamentado en tres componentes: un nuevo modelo de atención, un nuevo sistema de asignación de recursos y el fortalecimiento institucional, pretende, entre otras cosas, una mejor distribución de los recursos, basada en la producción y la calidad de los servicios de salud, de tal modo que los recursos estén dirigidos a lograr mejores condiciones de salud en la población costarricense. Es aquí donde el PASP se incorpora en el engranaje del proceso de modernización, con la determinación de los problemas prioritarios y, para cada uno de ellos, la identificación de las intervenciones más costo- efectivas.

Ejes y líneas estratégicas

El PASP incluye una serie de acciones desde el punto de vista organizativo, que buscan una mayor equidad en la prestación de servicios, de manera que pueda adecuarse a las necesidades reales de la población y disminuir las situaciones de desigualdad. Asimismo, las intervenciones se ajustan a los cambios del entorno de salud y socioeconómico, las cuales se articulan alrededor de los siguientes ejes:

- Dar continuidad y establecer coherencia con los planteamientos y los objetivos trazados por las autoridades en salud, por el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Nacional de Salud y el Plan Estratégico Corporativo de la CCSS.
- Contribuir al mantenimiento y mejora de la salud y de la calidad de vida.
- Considerar en la aplicación de las intervenciones la expresión de las diferencias entre regiones y grupos de población dentro del país.

- Adecuar los servicios a las necesidades de la población con características de calidad, equidad y oportunidad, dando crucial importancia a elementos de humanización y mejora del trato.
- Desarrollar estrategias orientadas a obtener beneficios en salud.
- Dar continuidad al impulso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Establecer un equilibrio entre promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Desarrollar actividades integrales eficaces, eficientes y de calidad, basadas en evidencias científicas.
- Visualizar el usuario de los servicios en salud como una prioridad dentro del sistema de salud.
- Buscar el consenso entre los clínicos para la atención de los problemas prioritarios de salud.
- Hacer explícito el proceso de elaboración de estrategias para desarrollar las políticas de salud y de servicios.

De acuerdo al PASP, los tumores se consideran como uno de los problemas prioritarios en salud y las intervenciones que indican para el cáncer del cuello del útero son:

- El tamizaje para el diagnóstico precoz de tumor de cuello de útero, junto con el tratamiento oportuno pueden disminuir hasta en un 80% la incidencia y mortalidad por tumor maligno invasor del cuello uterino. La citología

- cervicovaginal reduce el riesgo de carcinoma infiltrante de cuello uterino en las mujeres que han sido sexualmente activas.
- Existe controversia en cuanto al momento del inicio del tamizaje para tumores malignos de cérvix en la población, así como consideraciones de tipo jurídico nacional, que deberán ser tomadas en cuenta en la fase de elaboración de las Guías de Atención.
 - Un tratamiento efectivo es incapaz de disminuir la mortalidad del tumor maligno por cuello uterino más allá del 15%; este efecto reducido sólo puede ser incrementado mediante la detección temprana de los casos y tratamiento oportuno.

En cuanto a las metas de reducción del riesgo proponen que:

- Al finalizar el año 2004, los establecimientos de salud de la CCSS, habrán fortalecido el programa de divulgación y motivación comunitaria para que la población meta acuda de manera oportuna, según las Guías de Atención, a los servicios de salud para recibir la atención en relación con la detección temprana de los tumores malignos de cuello de útero.
- Al finalizar el año 2006, se habrá logrado una cobertura en todas las áreas de salud en el tamizaje para la detección del tumor maligno de cérvix uterino, no menor del 70%, en el grupo de mujeres de 35 años y más.
- Al finalizar el año 2006, se habrá logrado una cobertura del tamizaje para tumor maligno de cérvix uterino, no menor del 50% en las mujeres de 15-34 años, con énfasis en las zonas de mayor incidencia.

En las metas de mejora de la oferta de servicios el PASP determinaron que:

- Al finalizar el año 2002, los tiempos promedios entre las diferentes fases de la atención: toma de la muestra de la citología cervical, el reporte del resultado alterado, la convocatoria de la paciente para el estudio citológico, el reporte de las pruebas confirmatorias y la continuación del tratamiento, no será superior el estipulado en la Guía de Atención para tumores malignos del cuello uterino.
- Al finalizar el año 2004, la CCSS habrá reducido el porcentaje de casos de tumores malignos del cuello uterino diagnosticados en estadios avanzados, de acuerdo con la línea de base correspondiente al año 2001.
- Al finalizar el año 2006, todos los servicios de colposcopia y los laboratorios de citologías estarán debidamente acreditados, de acuerdo con criterios estandarizados.
- Al finalizar el año 2006, el Laboratorio Nacional de Citologías estará procesando en forma oportuna el 100% de las muestras de citología del cuello uterino.
- Al finalizar el año 2001, la CCSS habrá coordinado con el Registro Nacional de Tumores, la incorporación de la información referente al estadio diagnóstico de los tumores.
- Al finalizar el año 2002, la CCSS habrá logrado el acceso en línea a la red del banco de datos del Registro Nacional de Tumores.
- Al finalizar el año 2004, la CCSS contará en todas las áreas de salud con información sobre la cobertura lograda en el tamizaje de los tumores seleccionados en el PASP.⁶

Ante el crecimiento acelerado de las necesidades en el sector salud y la escasez de recursos para hacer frente a éstas, el uso de la planificación en los servicios de salud se ha ido incrementando desde algunas décadas, lo que ha permitido a sus actores, armonizar varios elementos que intervienen en el uso y distribución de los recursos dentro de la gestión administrativa.

En la CCSS, como institución compleja es posible encontrar que la planificación se desarrolla e implementa con características particulares en 3 niveles distintos pero complementarios e íntimamente interrelacionados:

- Nivel central: donde el proceso está dirigido por la Dirección de Planificación Institucional. Desde ella se realiza una labor coordinadora y facilitadora en conjunto con otras unidades responsables de alto nivel jerárquico.
- Nivel medio: la que es abordada por mandos ejecutivos en coordinación con los niveles superiores correspondiendo a las gerencias o a las direcciones regionales las cuales están en condiciones de definir prioridades y develar por su implementación.
- Nivel operativo: la cual se realiza por medio del Plan Anual Operativo y su correspondiente presupuestación y debe involucrar a las correspondientes subunidades que las integran. Es un plan a corto plazo.

La planificación que se desarrolla en la institución está basada en planes estratégicos institucionales preparados desde el nivel central. De ello se derivan

directamente los planes anuales operativos desarrollados y ejecutados anualmente, los cuales se han venido implementando desde 1996.¹²

Para este año la Dirección de Compra de Servicios de Salud preparó una nueva versión de los indicadores a pactar en los Compromisos de Gestión (se define como el instrumento legal y técnico que establece un convenio entre “Comprador” y “Proveedor”, en que se definen los objetivos y metas de salud a alcanzar con criterios de calidad y oportunidad, y asigna los recursos financieros en función de las necesidades de salud de la población¹³) del año 2004, el cual en su estructura plantea los objetivos perseguidos de cada indicador, en este caso nos interesa el de la cobertura de mujeres con citología vaginal por grupos de edades. El objetivo de este indicador es: incrementar la detección temprana y el abordaje de las mujeres con cáncer de cérvix.

La definición del indicador: porcentaje de mujeres a las que se les realizó el Papanicolaou de acuerdo a la periodicidad que indica la norma, es decir, cada dos años. Para este año 2004, la meta es obtener una cobertura de un 25% en mujeres menores de 35 años e igual porcentaje en mujeres de 35 y más años.¹⁴

Responsabilidad de los EBAIS

1. Programación de Toma de PAPS

Es responsabilidad de cada EBAIS tener su respectivo ASIS (Análisis Situacional de Salud) en el que debe estar indicada la población adscrita y

por medio de esta información efectuar la programación de la toma del PAP de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos.

2. Toma de PAP

Cada EBAIS debe mantener el stock necesario y debe efectuar un inventario del equipo básico disponible y actualizarlo para la toma del PAP.

3. Rotulación de las Laminillas y/o Empaque

El personal de enfermería de cada EBAIS será el responsable de la debida rotulación de la laminilla, tarjeta y /o empaque correspondiente a la muestra e igualmente del envío de dicha muestra.

Aquellas muestras que no estén debidamente rotuladas serán devueltas y cada Unidad referente asumirá la responsabilidad de lo sucedido.

4. Envío de las Muestras al Laboratorio Nacional de Citologías

a. Medio de transporte: Las muestras deben ser empacadas en los sobres confeccionados especialmente para este fin. Cada sobre debe llevar toda la información requerida en su etiqueta.

b. Frecuencia del envío: Cada paquete de muestras citológicas será recogido semanalmente por Correos de Costa Rica en cada EBAIS.

c. Cantidad de muestras por envío: Cada envío semanal debe ser de 10 a 15 muestras según lo estimado de acuerdo a la Norma. Se recomienda no demorar más de una semana entre la toma y el envío de la misma.

5. Notificación de Resultado

Una vez clasificados, se harán 3 grupos de entrega.

Citar, a las interesadas de los resultados, a repetir en caso de muestra inadecuada, con la mayor brevedad posible.

Los resultados negativos se entregarán a las interesadas y en caso de enfermedad benigna (candidiasis, tricomoniasis, etc.) dar tratamiento.

Todos los casos positivos deben ser referidos a colposcopia bajo las siguientes normas:

- a. Displasia leve, AGUS, ASCUS. Efectuar colposcopia antes de los siguientes 60 días.
- b. Cáncer in situ, LIEAG, NIC II, NIC III, Displasia Moderada, Displasia Severa. Efectuar colposcopia en los próximos 30 días.
- c. Cáncer invasor. Efectuar colposcopia en los próximos 8 días.

Responsabilidad del Laboratorio Nacional de Citologías (L. N. C.)

1. Recibir Muestras contra Recibo

El L.N.C. aceptará contra recibo, todas las muestras enviadas por los EBAIS que llenen los requisitos de rotulación y calidad, y simultáneamente levantará un listado con el fin de correlacionar lo recibido contra los resultados que entregará. En el caso de las muestras que no se reciban por cualquier causa, deberán ser inmediatamente reportadas al EBAIS que refiere y acompañadas de la razón de rechazo.

2. Lectura de Muestras

El L.N.C. será el responsable de la lectura de todas las muestras recibidas y de la devolución de los resultados de cada muestra leída.

3. Distribución y Entrega de los Resultados

El L.N.C. le entregará semanalmente los resultados correspondientes a los EBAIS a Correos de Costa Rica quien será responsable de efectuar la entrega directamente a los EBAIS.¹⁰

Procedimiento para la toma del PAP:

El objetivo de la muestra citológica es obtener células exfoliadas del cuello del útero y deben estar en cantidad suficiente para garantizar que el citólogo pueda analizarlas. Una muestra adecuada debe contener material del exocérvix y especialmente de la unión escamo- columnar (zona de transformación del epitelio).

Instrumento para la obtención de la muestra:

Actualmente las mejores muestras se obtienen cuando se combina el uso de la espátula de Ayre para la región del exocérvix, con el cepillo endocervical para el endocérvix. Sin embargo, en mujeres con sequedad del cuello del útero, embarazadas o cuando no hay cepillo endocervical, se puede usar un hisopo de algodón comercial no absorbente en solución salina.

Preparación del material:

Llenado de fórmula de solicitud: La fórmula diseñada para este fin debe ser llenada en forma cuidadosa y completa, ya que esta información es muy importante para garantizar adecuada calidad en la lectura e identificación de la usuaria.

Identificación de la lámina: La lámina debe ser rotulada antes de la toma del frotis. Se debe escribir con lápiz número 2 sobre el extremo esmerilado los apellidos, nombre de la paciente y el número de cédula, que es indispensable para la adecuada identificación.

Toma de la muestra:

Para garantizar un máximo de calidad de la muestra que se someterá a análisis, deben enfatizarse las siguientes recomendaciones a la paciente:

- Explicar detalladamente a la paciente el procedimiento, haciendo énfasis en que el examen es indoloro y está exento de complicaciones.

- La fecha ideal de la toma de muestra es dos semanas después del primer día del ciclo menstrual.

- Evitar el uso de medicamentos, anticonceptivos vaginales o duchas, 48 horas antes del examen.

- Evitar las relaciones sexuales 24 horas antes del examen.

Técnica:

Colocar a la paciente en la camilla ginecológica.

Introducir el espéculo vaginal de tamaño adecuado, sin lubricantes ni agua, hasta lograr visualizar el cuello en forma completa. Si se observan áreas sospechosas, debe referirse a la paciente a valoración ginecológica, independientemente del resultado de su frotis cervical. Si se presenta leucorrea, debe tomarse dos frotis del exudado, uno seco y otro con suero fisiológico, para enviar al laboratorio clínico, posteriormente se dará el tratamiento indicado y se citará a la paciente para la toma del PAP. La muestra debe tomarse primero en la zona de transformación con la espátula de Ayre; se apoya la espátula en el os externo y se efectúa un raspado firme pero delicado, girándola 360 grados. Posteriormente, se obtiene la muestra endocervical utilizando el cepillo endocervical, el cual se introduce lentamente en el canal hasta un máximo de la longitud de sus cerdas; luego se gira 180 grados; no más, porque puede producir sangrado y esto dificultaría la lectura de la muestra. En caso de que se utilice la espátula de Ayre y el hisopo de algodón, éste debe sumergirse previamente en suero fisiológico y se introduce en el canal cervical rotándolo 180 grados.¹⁰

Extendido del material:

El material obtenido debe colocarse en una sola lámina y extenderse uniformemente sobre la totalidad de la superficie no esmerilada. El material del exocérvix que se obtiene con la espátula de Ayre por ambos lados, se distribuye sobre el portaobjeto en forma uniforme en toda su superficie no esmerilada. Seguidamente el cepillo endocervical es rotado sobre toda la superficie del portaobjeto, y a su vez, se le imprimen movimientos hacia arriba y hacia abajo. En el caso de que se utilice el hisopo de algodón, éste también debe ser rotado sobre la lámina y no frotado, de esta manera las células

obtenidas son transferidas al portaobjeto, evitándose que sean trituradas. La muestra debe fijarse inmediatamente para evitar artefactos por la sequedad, lo que disminuiría su calidad.

Fijación de la muestra:

La fijación del material puede realizarse con:

- Alcohol de 95 grados. Se sumerge la lámina en el alcohol durante 15-20 minutos.
- Alcohol y carbowax. Puede ser en spray, gotero o vertido sobre la lámina desde una bolsa. Cuando se utiliza el spray, debe rociarse desde una distancia de 15 a 20 cms. Cuando se utiliza el gotero o la bolsa, se vacía el contenido sobre la lámina.
- La lámina debe dejarse secar completamente antes de empaclarla para el envío.

Envío al Laboratorio de Citologías:

La lámina siempre se envía seca y correctamente identificada.

Siempre debe acompañarse con la fórmula de solicitud llenada en forma completa.

Debe empacarse de manera que se garantice su integridad hasta su recepción, ya sea en forma individual, en portaláminas de cartón o citofrascos sin alcohol.

Envíe el material por el mecanismo usual en su establecimiento (correo, mensajero u otro).⁴

En el caso de mujeres embarazadas no se debe utilizar el cepillo en el canal endocervical.¹⁰

Antecedentes del área de estudio

San Juan de Dios es el distrito tercero del cantón de Desamparados, está ubicado a 5 kilómetros suroeste de Desamparados, y a 7 kilómetros al sur de San José. El área es de 2.98 kilómetros cuadrados. Su altitud es de 1185 metros sobre el nivel del mar. En lo civil pertenece a Desamparados, eclesiásticamente a Aserri.

Los límites son:

- Norte: San Rafael Abajo.
- Sur: Aserri.
- Este: San Rafael Arriba.
- Oeste: Alajuelita.

Los linderos de San Juan de Dios son:

- Norte: Río Cañas.
- Sur: Río Poás.
- Este: Río Cañas.
- Oeste: Cerro el Común.¹⁵

La población actual es de 22982 habitantes de acuerdo con los balances de la clínica, de los cuales aproximadamente el 50 % son mujeres. La mayoría de las personas que han emigrado hacia ese lugar forman parte de una población flotante.

El 22% de la población no tiene seguro, mientras que el 21.8% tiene seguro directo.

De 2002-2003 se realizaron 2785 Papanicolaous, de los cuales 6 resultaron alterados (datos aproximados, no exactos, suministrados por los auxiliares de enfermería del EBAIS).¹⁶

A pesar de que San Juan de Dios es un cantón perteneciente a Desamparados, por su accesibilidad a Aserrí, se negoció a nivel regional y central para que esta población fuera atendida en esta clínica. También por accesibilidad, se atiende a la población de “Las Fuentes” desde 1998, la cual pertenece a Alajuelita, esto porque los habitantes no tienen comunicación por carretera con ese centro de salud.

En este momento se cuenta con 3 EBAIS para cubrir esta población, cada uno de los cuales dispone de adecuados consultorios y equipo necesario para la realización de Papanicolaous (espéculos, laminillas, cepillo endocervical, espátulas, papelería). Los médicos realizan los PAP en estos EBAIS, pues los auxiliares de enfermería no están autorizados. El equipo básico está contratado para laborar 9 horas diarias de lunes a viernes y 8 horas los viernes.

Las pacientes se captan mediante: las visitas que ejecutan las técnicas de atención al darles un comunicado para que asistan al EBAIS y saquen cita previa, cuando llegan a la consulta y además durante las ferias de salud.

Los Papanicolaous son enviados a la clínica, luego al Laboratorio Nacional de Citología, generalmente los resultados se reciben 2 meses después de realizados, lo que produce preocupación en el área, por el progreso de alguna enfermedad si la hubiera. Los resultados se reciben en la clínica en primer instancia por la jefatura de enfermería, en donde en caso de haber Papanicolaous alterados, inmediatamente son notificados y enviados a los EBAIS correspondientes para la localización de las pacientes en menos de 15 días, ya sea vía telefónica o mediante visita del técnico de atención primaria.

Toda paciente con Papanicolaou alterado era referida al Hospital de las Mujeres, donde recibían atención 6 meses después de enviadas. Sin embargo, desde diciembre 2003, se llegó a un acuerdo con la Clínica Marcial Fallas para que atendieran las pacientes que se referían por displasia leve o ASCUS-AGUS, donde son atendidas con mayor prontitud.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En Costa Rica, el cáncer de cuello de útero es considerado uno de los más frecuentes, afectando a más de 600 mujeres al año, por lo que se considera un problema de Salud Pública.

A pesar de los esfuerzos a través de políticas y diferentes programas de salud, aún ha sido difícil disminuir la mortalidad por el cáncer de cérvix, por lo que es importante concentrar esfuerzos, sobre todo en el primer nivel para intensificar las medidas de

prevención, mediante la educación permitiendo un mejor acceso a la información y concientización de las mujeres con actividad sexual en la realización del Papanicolaou, como método de tamizaje para la detección de patología cervical.

La inquietud de este trabajo surgió, por el tiempo prolongado que se recibe el resultado del Papanicolaou, y el tiempo en que son vistas por el segundo y tercer nivel después de ser referidas por alteraciones del mismo, como las lesiones preinvasivas, creando la incertidumbre, si se están realizando las acciones pertinentes para lograr la disminución en su prevalencia. También surge la duda de que si ¿Será que no son pertinentes las medidas de prevención, y seguimiento oportuno, para que las mujeres consulten a nuestro servicio, provocando quizás con el tiempo, un descenso de la captación por un nivel resolutivo bajo?

La investigación, permitió conocer la prevalencia de las lesiones premalignas del cuello de útero en este sector de Desamparados en un tiempo predeterminado, y si el abordaje se realizó de la mejor manera, a las que presentaron alteraciones en el Papanicolaou, evitando que llegaran a un nivel secundario o terciario en algún estadio de cáncer.

Hay dos beneficiarios principales con los resultados de la presente investigación: las pacientes en primer lugar, pues se ayudaría a identificar la situación actual con respecto a este tema, concientizando al personal de salud, sobre la necesidad de aumentar la captación, mediante la realización rutinaria de la citología cervical, que al final

conlleva a aumentar la esperanza de vida de las pacientes, a través de un diagnóstico oportuno y un tratamiento específico en aquellas con Papanicolaous alterados.

También se beneficia la institución, pues permitirá visualizar estadísticamente los datos del sector, creando la necesidad de enfocar actividades tendientes a promover estilos de vida saludable y adecuados hábitos de salud sexual, contribuyendo con el tiempo a disminuir la incidencia de lesiones premalignas de cérvix, a través de los factores prevenibles.

La información se obtendrá de los datos recopilados por los auxiliares y por la jefa de enfermería, y de los expedientes de las pacientes. Es factible ya que no se requerirá de una inversión económica elevada, pues la mayoría de la información es accesible, debido a que se tiene disponible en la clínica.

1.3 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿ El seguimiento oportuno de las citologías de cuello uterino está determinada por la prevalencia de las lesiones, la efectividad en el servicio oportuno y la eficacia en el tiempo de respuesta en las pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas y malignas, en el sector de San Juan de Dios de Desamparados en el periodo 2002-2003?

1.4 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de las lesiones, la efectividad en el servicio oportuno y la eficacia en el tiempo de respuesta en las pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas y malignas, en el sector de San Juan de Dios de Desamparados en el periodo 2002-2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de las lesiones premalignas y malignas en los Papanicolaou realizados de enero 2002 a diciembre 2003.
- Establecer la efectividad en días naturales sobre el servicio oportuno en pacientes con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino.
- Determinar la eficacia de la capacidad resolutive en días naturales al conocer el tiempo de respuesta de II o III nivel.

MARCO TEÓRICO

La prevalencia de las lesiones nos da una visión de las lesiones premalignas y malignas más frecuentes en el sector para ese período.

Como punto de comparación para verificar la efectividad en el proceso se tomó en cuenta las normas de atención establecidas por la CCSS. Al ser así, los pacientes reciben un mejor servicio, un servicio más efectivo, en tanto cumpla con las normas.

Definición de PAP alterado: Reporte de PAP que indique: Lesión Intraepitelial de Bajo Grado (Displasia leve, Condiloma o Papilomavirus), Lesión Intraepitelial de Alto Grado (Displasia moderada y severa, Cáncer in situ, Cáncer invasor o sugerencia de Cáncer de endometrio) con abordaje según los siguientes criterios de calidad: Tiempo de comunicación y abordaje según norma.¹⁷

Tiempo de comunicación y abordaje adecuado: Verificación en el expediente que a la usuaria se le da el tratamiento y / o referencia a colposcopia o ginecología en un lapso de tiempo de 15 días calendario o menos, contados a partir del momento de recepción del reporte alterado de la citología en el establecimiento y la en que consulta la usuaria. El proveedor deberá sellar o anotar la fecha de recepción en el reporte de la citología.¹⁷

Manejo de lesiones premalignas del cuello uterino

En todo Papanicolaou con diagnóstico de NIC I, II o III, deberá realizarse colposcopia.¹

La toma de biopsia de las zonas colposcópicas anormales es la base para documentar y diagnosticar la existencia real de la enfermedad y es requisito indispensable para aplicar un proceso terapéutico. La biopsia debe ser tomada del sitio exacto donde se asienta la anormalidad más importante de la enfermedad (biopsia dirigida).²

Los pacientes con Papanicolaou alterados (NIC I, II o III) detectados en los EBAIS o clínicas periféricas, deberán ser transferidas a Hospitales que cuenten con ginecólogos entrenados en colposcopia. En el II nivel de atención, se podrán manejar las lesiones premalignas hasta el carcinoma in situ. Las lesiones más avanzadas, es decir, a partir del carcinoma microinvasor, deberán ser transferidas a centros con unidades de ginecología oncológica como es el III nivel de atención.

Equivalencias con el sistema de “Bethesda”:

NIC I / o VPH: Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado.

NIC II-III: Lesión intraepitelial escamosa de alto grado.¹

Colposcopia

Es un procedimiento diagnóstico, que consiste en la visualización directa del cérvix a través de un sistema de ampliación utilizando diferentes grados de magnificación provisto de una fuente de luz. Permite hacer la toma de biopsia dirigida además de la realización del “LEEP” o procedimiento de conización con asa diatérmica.

Se recurre a este procedimiento a partir de una lesión cervical clínica o citológicamente diagnosticada.

Candidatas a colposcopia

1. Toda paciente con citología alterada que indique: V.P.H., ASCUS, AGUS, lesiones de bajo y alto grado y carcinomas invasores.
2. Toda paciente con lesión clínica sospechosa.
3. Toda paciente con lesiones de vagina y vulva.

Tiempo de respuesta para la primera cita en colposcopia

1. Toda paciente con VPH, ASCUS – AGUS, LIEBG debe efectuársele la primera colposcopia antes de los 60 días.
2. Toda paciente con LIEAG debe efectuársele la primera colposcopia antes de 30 días.
3. Toda paciente con lesiones invasoras debe efectuársele la primera colposcopia antes de 8 días.

Contrarreferencia

Al tener el diagnóstico histológico o al terminarse el caso debe contestarse la referencia.¹⁰

Normas para el tratamiento del cáncer del cuello uterino:

Todos los estadios críticos del carcinoma de cuello uterino deberán ser manejados en hospitales clase A, en los departamentos de ginecología oncológica, a menos de que existan, en los otros hospitales, ginecólogos y oncólogos debidamente entrenados. El manejo del carcinoma in situ de cérvix se podrá realizar en los servicios de ginecología general.

Ciertamente, continúan llegando a los centros terciarios de atención pacientes con enfermedad muy avanzada, lo cual condiciona su sobrevida en una enfermedad que, con una adecuada detección, no debería presentarse en estas etapas. Está claro que la mortalidad por esta enfermedad no se reducirá con mejor tratamiento, sino con mejores sistemas de detección y prevención.

Hay varios factores de riesgo, importantes en la incidencia de la enfermedad:

- a. Mujeres con múltiples compañeros sexuales o con compañeros con múltiples compañeras sexuales.
- b. Mujeres que iniciaron actividad sexual a temprana edad.
- c. Mujeres con compañeros que han tenido compañeras con cáncer de cuello uterino.

- d. Mujeres con historia de papilomavirus.
- e. Mujeres con historia de infección de herpes simplex.
- f. Mujeres con historia de infección con el VIH.
- g. Mujeres con historia de infección de enfermedades de transmisión sexual (como herpes, Chlamydia).^{1,9}
- h. Fumadoras y consumidoras de otras sustancias (alcohol o drogas).
- i. Pobreza.
- j. Historia previa de displasia cervical o cáncer de cuello uterino, endometrio, vulvar o vaginal previos.¹
- k. Multiparidad (traumatismo de cuello de útero)¹⁰
- l. Déficit de vitamina A y de ácido fólico.
- m. Mujeres que nunca se hayan hecho un PAP.
- n. Mujeres con más de 2 años sin realizarse el PAP.
- o. Mujeres mayores de 35 años.¹⁰
- p. Tener un compañero sexual que tiene o ha tenido cáncer de pene.
- q. Debilidad en el sistema inmune por ejemplo, HIV u otra inmunodeficiencia.
- r. Ser hija de una mujer que tomó dietilestradiol (DES) durante el embarazo.
- s. Raza: el cáncer es mayor en afroamericanos, hispanos y nativos americanos.¹⁸

El factor etiológico fundamental es la infección por papilomavirus humano (HPV). Hay una relación entre la infección venérea de estos virus (especialmente las cepas 16, 18, 31, 33, 35) y la incidencia de cáncer de cuello uterino.¹

Presentación clínica y diagnóstico:

Signos y síntomas de la enfermedad:

El cáncer cervical en sus etapas tempranas es asintomático. Una vez que invade tejidos circundantes, la mujer puede presentar síntomas vagos como:

- Sangrado intermenstrual
- Metrorragia e Hipermenorrea.
- Sangrado después de las relaciones sexuales, del baño o de la realización del PAP.
- Sangrado vaginal postmenopáusico.¹⁹
- Dispareunia.
- Descarga vaginal anormal (amarillo, oloroso)¹⁸

El método de tamizaje y diagnóstico temprano es la citología cervical. El problema ha sido mantener un estándar de calidad. Esto es determinante en la sensibilidad de la prueba y, por lo tanto, su valor como prueba de tamizaje. El reporte debe ser usando el sistema de Bethesda.

Con respecto al estadiaje, éste es fundamentalmente clínico según FIGO.

Sin embargo, el trabajo diagnóstico inicial por imágenes depende del estadio clínico, e incluirá:

Laboratorio general (hemograma, función renal, función hepática)

Radiografía de tórax

Sigmoidoscopia o enema baritado

Pielograma

Cistoscopia

Lo anterior es el trabajo fundamental en estadios tempranos (FIGO). En casos más avanzados, se podrán incluir:

Linfangiografía

TAC de abdomen y pelvis o RMN de la pelvis

Otros estudios de acuerdo con los síntomas o los signos (por ejemplo centelleografía ósea, etc.)

La necesidad de estos exámenes en estadios avanzados, es por la importancia de establecer si hay metástasis ganglionares o no para planeamiento terapéutico. Pacientes con primarios más avanzados presentan un riesgo mayor de tener compromiso ganglionar pélvico y paraaórtico. Los casos deben discutirse en plano individual entre los diferentes expertos.¹

Tratamiento por estadio:

1. Estadio IA1

El diagnóstico es histológico, producto de una conización cervical y biopsia.

- a. Conización cervical: en aquellos casos de mujeres con deseos de paridad. El cono cervical debe reunir las siguientes condiciones: que no exista invasión vascular o linfática y márgenes quirúrgicos libres de neoplasia.
- b. Histerectomía extrafascial: en aquellos casos en que no exista invasión vascular o linfática.
- c. Histerectomía radical : en aquellos casos en que exista invasión vascular o linfática.
- d. Radioterapia: en aquellos casos de mujeres no candidatas a cirugía.

El tratamiento para el adenocarcinoma de cérvix un estadio IA, es la histerectomía radical modificada más linfadenectomía pélvica bilateral.

2. Estadio IA2:

El diagnóstico debe realizarse con base en la conización cervical.

- a. Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral: en todos los casos, siempre y cuando sean candidatas a cirugía.
- b. Radioterapia: aquellos casos de mujeres ni candidatas a cirugía.

3. Estadio IB1:

- a. Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral: en pacientes candidatas a cirugía.

4. Tratamiento de etapas IB2 y IIA:

El tratamiento primario estándar de esta etapa es radioterapia en pelvis + braquiterapia (total 75-80 Gys al punto A) +/- radioterapia en las cadenas ganglionares. Esto se debe dar de manera concomitante con cisplatino 40 mg/m² por semana durante seis semanas. De manera alternativa, se podrá agregar a la radioterapia una histerectomía adyuvante que servirá para mejorar el control local y como pronóstico.

Un punto importante es el manejo del área paraaórtica, especialmente cuando no hay histología (tratamiento con radioterapia). Cuando esta se documenta con métodos no invasivos, se debe ofrecer tratamiento extendiendo los campos de radioterapia al retroperitoneo.

Tratamiento de enfermedad localmente avanzada (IIB a IVA)

El tratamiento primario de estas etapas clínicas es quimioterapia + radioterapia. En algunos casos se podrá efectuar un muestreo quirúrgico (abierto o con laparoscopia). Si los estudios de clasificación son positivos por enfermedad ganglionar, entonces se podrá hacer una biopsia con aguja fina guiando con ultrasonido o TAC. Si éstos son negativos por enfermedad, se usará quimiorradioterapia. El campo que se debe irradiar será sólo la pelvis. Si hay enfermedad, se podría considerar linfadenectomía. Si sólo hay enfermedad ganglionar pélvica (no aórtica), se tratará con quimiorradioterapia (radioterapia en pelvis + braquiterapia total de 75-80 Gys al punto A). En caso de ganglios aórticos tomados, se debe incluir el retroperitoneo en el campo tratado. Previo a

ello, debe efectuarse una biopsia del ganglio escaleno y revisar bien el trabajo diagnóstico metastático.

Tratamiento de etapa IVB o recurrente

El tratamiento de enfermedad metastásica es paliativo. El tratamiento para estos casos es quimioterapia. La radioterapia en la pelvis va a aumentar el riesgo de neutropenia y, por lo tanto, limita mucho la dosis de citotóxicos que se podrán administrar. Además con frecuencia, la función renal estará comprometida por obstrucción. En todo caso los citotóxicos más activos en este campo son: ifosfamida, cisplatino (o carboplatino) bleomicina y, más recientemente, gemcitabina, irinotecán y los taxones. En los pacientes que no han sido tratados previamente, se podrá usar la combinación de bleomicina, ifosfamida y cisplatino o carboplatino.

Manejo de las recurrencias

1. Posterior a radioterapia, si son candidatas a cirugía, se valora la posibilidad de una exenteración pélvica, siempre y cuando de reúnan las condiciones para este tipo de cirugía.
2. Posterior a cirugía, la radioterapia está indicada.
3. Quimioterapia con agentes únicos: cisplatino, ifosfamida, duxorrubicina. Su utilización debe valorarse en forma individual.

Vigilancia postratamiento

- a. Examen cada 3 meses por dos años, debido a que la mayoría de las recurrencias ocurren en este periodo. Luego, cada seis meses por dos años; posteriormente, en forma anual.
- b. Papanicolaou en cada visita.
- c. Radiografía de tórax y pielograma intravenoso cada año.
- d. Para enfermedad avanzada, TAC en forma periódica de abdomen y pelvis, analizando cada caso en forma particular.¹

El médico debe tener cuidado de tomar la muestra de la zona de transformación (zona T) del cérvix, donde surgen la mayoría de los cánceres cervicales. La zona escamocolumnar es la marca que identifica la zona T. La inclusión en la toma de células glandulares endocervicales indica que la muestra tomó adecuadamente la zona T.

De acuerdo con el Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, el tamizaje cervical debe iniciar a los 18 años o en el momento del inicio de las relaciones sexuales. Este colegio y muchas otras organizaciones médicas recomiendan que una mujer quien ha tenido tres PAP normales con intervalos de un año, consultando con su médico, pueda disminuir su frecuencia a cada 2 ó 3 años.

Las mujeres inmunocomprometidas, incluyendo aquellas infectadas con HIV, son de alto riesgo para neoplasia cervical y deben ser tamizadas más frecuentemente que la población general. Las mujeres HIV positivas deben tamizarse cada 6 meses para el primer año después de su diagnóstico y después cada año. Las mujeres embarazadas

deben ser tamizadas y evaluadas (si sus resultados son anormales) de la misma manera que se hace en una mujer no embarazada.

El término displasia significa cambios morfológicos en las células epiteliales del cuello uterino. Se caracteriza por variaciones en la maduración del citoplasma y anormalidades del núcleo. La severidad de la displasia es mayor dependiendo del grosor del epitelio involucrado y de la severidad de las anormalidades.

En cuanto a la clasificación de las displasias, a continuación se resumen las que están vigentes: displasia, NIC (neoplasia intraepitelial) y LIE (lesión intraepitelial)

Clasificación de las Lesiones del Cuello Uterino

Nomenclatura

El uso de la materia celular de las células descamadas del cuello del útero para tratar de establecer diagnósticos de lesión se remonta al año 1928, en el cual el patólogo George N. Papanicolaou publica su informe denominado “New Cancer Diagnosis”. Es entonces que se origina la primera nomenclatura citológica clasificando el resultado del frotis vaginal en cinco clases diferentes:

- Clase I: **Negativo**. Epitelio escamoso normal.

- Clase II: **Inflamatorio**. Células con proceso inflamatorio, hiperplasia de células basales agrupadas y bien demarcadas.
- Clase III: **Sospechoso**. Células displásicas o atípicas, precancerosas con diferentes grados de diferenciación.
- Clase IV: **Muy sospechoso**.
- Clase V: **Positivo**. No hay duda de carcinoma.

Richard y colaboradores proponen la nomenclatura conocida como **NIC** (neoplasia intraepitelial cervical), al llegar a la conclusión que no era posible diferenciar citológicamente la displasia severa y el carcinoma in situ, ya que ambas conllevan un riesgo similar de evolucionar a carcinoma invasor.

Richard propuso clasificar en grados las alteraciones celulares dependiendo del grosor del epitelio que está afectado.

- NIC I: **Displasia leve**. Un tercio inferior de la capa celular afectado.
- NIC II: **Displasia moderada**. Dos tercios inferiores de la capa celular afectado.
- NIC III: **Displasia severa y Carcinoma in situ**. Toda la altura epitelial afectada.

Clasificación de lesiones del cuello del útero.

El NIC II y III se consideran equivalentes, desde el punto de vista de su historia natural y virológica, y más del 60% progresan a carcinoma invasor.

El proceso se origina probablemente en una infección por VPH, que en la mayoría de los casos se resuelve sin dejar secuelas. Sin embargo, en algunas pacientes, por razones aún no muy claras, las lesiones no se curan solas, sino que siguen progresando hasta convertirse en cáncer.

Las diferentes etapas de las displasias toman períodos relativamente largos para progresar, y son totalmente curables con procedimientos sencillos. Estas lesiones son detectables a través del examen citológico de las células obtenidas del cuello.

Cuando la enfermedad ha progresado hasta el carcinoma invasor, el tratamiento es mucho más difícil y caro, a menudo, ineficaz, produciendo la muerte de las pacientes.

Un beneficio adicional que ofrecen los programas de tamizaje es la reducción del estadio de los cánceres invasores que se detectan.

Los cánceres que se detectan en estadios más tempranos son de mejor pronóstico que los que se detectan en estadios avanzados.¹⁰

Para lograr la cobertura máxima es necesario conocer la población blanco, de manera que se generen listados en cada establecimiento que permitan saber quiénes faltan por tamizar y dirigir los esfuerzos posteriores a esas mujeres.

Periodicidad para la toma del PAP:

- Mujeres de bajo riesgo cada 2 años.
- Mujeres de alto riesgo cada año.¹⁰

DEFINICIONES

La **prevalencia** es la proporción de individuos de una población que presentan un evento determinado en un momento, o periodo de tiempo, determinado.

La prevalencia de una enfermedad es el número de casos que presentan la enfermedad, dividido por el número de individuos que componen la población en un determinado momento de tiempo.

La prevalencia es útil porque es una medida de la frecuencia de la enfermedad, y es de gran ayuda para médicos para calcular la probabilidad de alcanzar ciertos diagnósticos, usada normalmente por epidemiólogos, política sanitaria, agencias de seguros y salud pública.²⁶

Efectividad es la extensión a la cual los beneficios deseados bajo óptimas condiciones son alcanzados en la práctica diaria. Una dimensión del desempeño que evalúa el grado al cual una intervención de salud es proveída en la forma correcta, dado el estado actual del conocimiento, a fin de lograr el resultado deseado bajo las condiciones usuales de atención.²⁷

Estos resultados son los que se obtienen bajo condiciones reales. El concepto de efectividad abordado desde este enfoque quiere decir que el propósito se ha logrado bajo

las condiciones reales del lugar donde se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y éste se consigue bajo las condiciones reales existentes, los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.²⁸

En la investigación epidemiológica, se entiende por **Eficacia**, aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones ideales. La medida de eficacia de una intervención diagnóstica, preventiva o terapéutica implica el análisis del resultado obtenido, cuando ésta se aplica en condiciones ideales.²⁹

Días Naturales: días calendario o corridos.³⁰

Un servicio oportuno se define como aquel conjunto de servicios que son brindados a la mayor brevedad posible para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de cérvix.²

Primer Nivel de Atención está constituido por el conjunto de EBAIS que determina una zona de salud. Las atenciones estarán reglamentadas por el programa de Atención Primaria pertinente y la identificación y el manejo de las enfermedades crónicas. Su punto de referencia será la Clínica de la zona, o el Hospital Periférico respectivo.

Segundo Nivel de Atención está constituido por la Clínica o el Hospital Periférico de referencia, para interconsultas, procedimientos de diagnóstico u hospitalización en las cuatro especialidades básicas. Constituye el nivel de referencia para el primer nivel.

Tercer Nivel de Atención está constituido por el Hospital Regional que recibe los pacientes de su territorio, para diagnóstico o tratamiento de las referencias, ya que es cabeza de una Región de Salud y el conjunto de zonas de salud de su territorio.³¹

Análisis de la oferta y la demanda de servicios de salud

Un sistema de salud es una organización creada para proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar y rehabilitar el daño en salud. El sistema está compuesto por un conjunto de establecimientos sanitarios que se organizan en niveles de complejidad, relacionándose entre sí a través de sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes. Su meta es asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable.

Estructura General de la Oferta de Servicios

Es un diagnóstico sobre los recursos con los que se cuenta para satisfacer las necesidades de salud de la población en estudio. Es decir lo que se quiere describir es a los prestadores de servicios, el número de establecimientos, sus principales características y su producción. Para ello es necesario realizar un catastro de establecimientos, de acuerdo a los diferentes organismos aseguradores que participan en la provisión de servicios.

Análisis de la Oferta por Niveles de Atención

Se entiende por oferta el número de atenciones otorgadas y el recurso humano y físico disponible para otorgarlas en un determinado período. Su medición se hace a través de:

- La cuantificación de las atenciones otorgadas por los establecimientos (controles, consultas, exámenes, egresos).
- La disponibilidad de recursos humanos.
- La disponibilidad de recursos físicos en términos de infraestructura y equipamiento.

Por atenciones (o prestaciones) se entenderá el conjunto de actividades, acciones y procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico realizados por los establecimientos sanitarios. Para facilitar la descripción y análisis de la oferta, se sugiere considerar a lo menos dos grandes categorías de establecimientos:

- Los situados en el nivel primario de atención. (consultorios, dispensarios, centros de salud, etc.) y
- Los situados en el nivel secundario y terciario.

Nivel Primario:

Presenta tres características relevantes a la hora de analizar su provisión de servicios:

- En primer lugar, la tipología y nomenclatura de los centros suele variar de país en país, e incluso al interior de los países: desde los más simples que solo cuentan con un promotor rural que administra un botiquín, hasta centros de

diagnóstico y tratamiento con equipos multidisciplinarios, que atienden a urgencias y cuentan con apoyo como radiología y laboratorio.

- En segundo lugar, en este nivel convergen actividades de tipo programado, que responden a campañas o programas nacionales (como las vacunaciones), junto a la atención de demanda espontánea como las consultas de morbilidad.
- En tercer lugar, los procedimientos e indicadores para evaluar este nivel requieren conocer la población objetivo, dato que no siempre es fácil de obtener con precisión o que incluso puede variar dependiendo del tipo de atenciones.

Considerando el rol de la atención del nivel primario, los aspectos más relevantes a analizar son:

- a. Acceso y Accesibilidad: El acceso se puede entender como la probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere. La relación entre acceso, necesidad y uso se puede esquematizar en la siguiente forma:

		NECESIDAD	
		Alta	Baja
Uso	Alto	Acceso apropiado	Sobreutilización
	Bajo	Acceso deficiente	Acceso apropiado

En los casos de sobreutilización (baja necesidad y alto uso) se requieren medidas de gestión que limiten el acceso directo, mientras que cuando hay un deficiente acceso (necesidad alta y bajo uso) es necesario remover las barreras. Así se entiende que el acceso es el inverso de las barreras para la atención de salud. La parte más difícil de este

análisis es establecer las necesidades de salud, que según algunos se miden de acuerdo a la autopercepción del estado de salud. Una forma indirecta de estimar el acceso, es estudiar el rechazo a la atención o a las listas de espera.¹²

Habitualmente las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por los eventuales consultantes se define como accesibilidad. Esta considera al menos dos perspectivas: la accesibilidad geográfica y la accesibilidad socio-organizacional.

- Accesibilidad Geográfica: tiene relación con el tiempo que debe emplear un usuario potencial en llegar a un establecimiento: mientras mayor es el tiempo, habrá menor incentivo a desplazarse para obtener la atención.
 - Accesibilidad Socio- organizacional: corresponde a las características no espaciales de los recursos que obstaculizan o facilitan la utilización de los servicios, que incorpora cuatro dimensiones: disponibilidad, comodidad (relación entre el sistema de acogida y la capacidad de los usuarios de adaptarse a éste) , accesibilidad económica (relación entre el precio de los servicios y la capacidad de pago de los usuarios) y aceptabilidad (relación entre las actitudes de los clientes hacia las características personales y profesiones de los que brindan la atención y respecto de la forma en que los atienden).¹²
- b. Disponibilidad y Rendimiento de los recursos humanos y físicos: la disponibilidad de recursos humanos y físicos, corresponde también a una tasa poblacional que

relaciona el número de recursos disponibles, en un período de tiempo determinado (habitualmente en un año), con la población del área de influencia del primer nivel de atención.

- c. Cobertura de Programas: En este concepto se combinan dos aspectos: el acceso a los servicios y la utilización. Implica una relación dinámica en la que intervienen las necesidades de la población, manifestada por la demanda de servicios y, por otra, los recursos disponibles y sus combinaciones, los que constituyen la oferta.
- d. Utilización de Servicios: en la práctica el acceso a los servicios se traduce en indicadores de utilización, que son la producción de prestaciones de la cartera de servicios, relacionada con la población del área de influencia.
- e. Capacidad resolutive y sistemas de referencia y contrarreferencia: la revisión de los sistemas de referencia y contrarreferencia es un análisis de la dinámica del funcionamiento de la red asistencial. En él se establece la relación de cada establecimiento con el resto de niveles de atención y establecimientos presentes en la red. El resultado es establecer la capacidad conjunta de los establecimientos de la red para satisfacer las demandas de atención de la población y la oportunidad con que ésta se realiza.

Operacionalmente comprende los siguientes aspectos: identificación del área de influencia de cada establecimiento, la descripción de los mecanismos de transferencia de pacientes, la determinación de la capacidad resolutive de los establecimientos.

Con respecto a la capacidad resolutive, ésta consiste en establecer para el conjunto de establecimientos la proporción de atenciones resueltas, con respecto al volumen total de atenciones realizadas.

Estimación de la Demanda

La estimación de demanda es útil para establecer la adecuación de la oferta a las necesidades de la población, tanto del primer, como segundo nivel.

Existen diferentes métodos para determinar las necesidades de la población, todas las cuales sin embargo deben proveer como resultado una estimación de una tasa poblacional de uso de servicios, que pueda contrastarse con la oferta para establecer brechas.

Métodos de Estimación de Demanda:

- Encuestas poblacionales sobre percepción de necesidades de salud,
- Definición de estándares o normas de atención realizadas por expertos y
- Utilización observada de servicios.¹²

La causa más importante de los problemas que encaran el personal y los pacientes es la elevada y creciente demanda de atención médica por la comunidad. En la medida en que los recursos para atender a los pacientes no aumentan proporcionalmente, se presenta un desequilibrio entre los recursos y el volumen de trabajo. La única solución a corto plazo a esta situación es esforzarse por aumentar la eficiencia. Esto requiere a su vez

reconsiderar la organización de las actividades y los procedimientos médicos, técnicos y administrativos.

Dada la tendencia de los pacientes primarios a solicitar atención de un nivel más elevado (esto es, de nivel secundario), la instalación de nivel superior debe ser protegida contra la demanda excesiva por parte de pacientes primarios, de modo que pueda atenderse a los pacientes enviados para que reciban, y que supuestamente necesitan, atención de nivel secundario.

La atención médica debe ser igualmente accesible para todos; debe hacerse hincapié en la accesibilidad (en términos de distancia, comunicaciones, precio y tiempo) para aquellos que más la necesitan desde el punto de vista médico. La accesibilidad (gradiente de atención médica) a menudo está limitada a los privilegiados que viven cerca o que pueden costearse el transporte; su necesidad de atención tiene a veces un origen emocional más que médico.

MARCO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trató de una investigación de tipo cuantitativa. De acuerdo con los objetivos es descriptiva pues, su propósito, fue describir situaciones y eventos.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

Para el presente trabajo de investigación se realizó una revisión retrospectiva de todos los expedientes de pacientes que tuvieron algún PAP alterado durante enero 2002 a diciembre 2003 en los EBAIS de San Juan de Dios de Desamparados.

3.3 UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS / OBJETOS DE ESTUDIO

Los Papanicolaous alterados, realizados en San Juan de Dios de Desamparados, entre enero del 2002 y diciembre del 2003. Se tomó en cuenta sólo el primer PAP alterado de la paciente entre ese período .

Muestreo no probabilístico con criterios preestablecidos de 66 citologías.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

- Primaria:

Se basa en los datos a través de la información proporcionada de entrevistas con la Jefe de Enfermería y auxiliares de enfermería. Además de la brindada por las pacientes en la entrevista telefónica.

- Secundaria:

Se incluyen los expedientes de las pacientes.

Bibliografía.

Técnicas:

- Análisis documental
- Entrevista

3.5 IDENTIFICACIÓN, DESCRIPCIÓN Y RELACIÓN DE LAS VARIABLES.

Se plantea la efectividad como la variable dependiente y los días naturales en el tiempo de respuesta como la variable independiente. Se les garantiza un servicio más efectivo a las pacientes a medida que cumplan con las normas establecidas. Siendo esto así, a menores días naturales en el tiempo de respuesta para las diferentes etapas en el seguimiento del Papanicolaou hay una mayor efectividad en el proceso.

Variable 1 - Efectividad.

Es la extensión a la cual los beneficios deseados bajo óptimas condiciones son alcanzados en la práctica diaria. Una dimensión del desempeño que evalúa el grado al cual una intervención de salud es proveída en la forma correcta, dado el estado actual del conocimiento, a fin de lograr el resultado deseado bajo las condiciones usuales de atención.²⁷

Variable 2 - Días naturales: días calendario o corridos.³⁰

Prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan un evento determinado en un momento, o periodo de tiempo, determinado.

Efectividad: es la extensión a la cual los beneficios deseados bajo óptimas condiciones son alcanzados en la práctica diaria.

Eficacia: aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones ideales.

3.6 PROCESO DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Problema: ¿ El seguimiento oportuno de las citologías de cuello uterino está determinada por la prevalencia de las lesiones, la efectividad en el servicio oportuno y la eficacia en el tiempo de respuesta en las pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas y malignas, en el sector de San Juan de Dios de Desamparados en el periodo 2002-2003?

Objetivo General: Determinar la prevalencia de las lesiones, la efectividad en el servicio oportuno y la eficacia en el tiempo de respuesta en las pacientes diagnosticadas con lesiones premalignas y malignas, en el sector de San Juan de Dios de Desamparados en el periodo 2002-2003.

Objetivo Específico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición operacional	Definición Instrumental
Determinar la prevalencia de las lesiones premalignas y malignas en los Papanicolaou realizados de enero 2002 a diciembre 2003.	Prevalencia de las lesiones premalignas y malignas.	Prevalencia es la proporción de individuos de una población que presentan un evento determinado en un momento, o periodo de tiempo, determinado.	Mejoramiento en la prevención, captación y seguimiento de los pacientes.	- Displasia leve . Un tercio inferior de la capa celular afectado. - Displasia moderada . Dos tercios inferiores de la capa celular afectado. - Displasia severa y Carcinoma in situ . Toda la altura epitelial afectada.	Resultado de PAP.	Análisis documental 1. Revisión de expedientes.
Establecer la efectividad en días naturales sobre el servicio oportuno en pacientes con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino.	Efectividad	Efectividad: es la extensión a la cual los beneficios deseados bajo óptimas condiciones son alcanzados en la práctica diaria.	Servicio oportuno	Conjunto de servicios que son brindados a la mayor brevedad posible, para el diagnóstico, y tratamiento del cáncer de cuello uterino de acuerdo a las normas nacionales.	-Tiempo entre las diferentes etapas en el seguimiento del PAP.	Análisis documental 1. Revisión de expedientes. 2. Entrevista dirigida a las pacientes que resultaron con el PAP alterado.
Determinar la eficacia de la capacidad resolutive en días naturales al conocer el tiempo de respuesta en el II o III nivel.	Eficacia en el tiempo de respuesta.	Eficacia , aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones ideales.	Días naturales en el tiempo de respuesta	Días naturales	- Tiempo desde que se realiza la referencia hasta la cita en el II o III nivel.	-Revisión de expedientes. -Entrevista dirigida a las pacientes que resultaron con el PAP alterado.

3.7 SELECCIÓN Y APLICABILIDAD DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Se realizó un instrumento para la recolección de la información. Los datos se tomaron de la hoja de la citología a través de los expedientes de las pacientes.

Se diseñó una entrevista dirigida, guiada, la cual siguió un procedimiento fijo, de antemano, por un cuestionario o guía (o sea, una serie de preguntas que se preparó

previamente), a la Jefa de Enfermería, para obtener información acerca de los tiempos que transcurre el trámite del Papanicolaou.

Además se utilizó un cuestionario para obtener información de las pacientes vía telefónica.

Por lo tanto, las técnicas utilizadas fueron el análisis instrumental y la entrevista.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS SEGÚN OBJETIVOS

Objetivo específico	Variable	Técnica	Instrumento
Determinar la prevalencia de las lesiones premalignas y malignas en los Papanicolaou realizados de enero 2002 a diciembre 2003.	Prevalencia	Análisis documental.	Instrumento para recolección de información
Establecer la efectividad en días naturales sobre el servicio oportuno en pacientes con diagnóstico de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino.	Efectividad	Análisis documental Entrevista	- Instrumento para recolección de información. - Cuestionario a las pacientes, vía telefónica. - Guía de entrevista dirigida a la Jefe de Enfermería.
Determinar la eficacia de la capacidad resolutive en días naturales al conocer el tiempo de respuesta en el II o III nivel.	Días naturales en el tiempo de respuesta	Análisis documental Entrevista	-Instrumento para recolección de información. Cuestionario a las pacientes, vía telefónica.

3.8 PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Para la recopilación de la información se utilizó un formulario estandarizado y previamente validado del Área de Salud de Aserrí.

Para una adecuada recolección de la información se utilizó el programa Excel para Windows, lo que permitió sintetizar los datos obtenidos.

Se realizó la descripción de los resultados por medio de la determinación de las medidas de tendencia central y de dispersión de las variables cuantitativas y posteriormente se realizó la determinación de las frecuencias y proporciones de las variables cuantitativas para la población general, estimado en ambas, las Desviaciones Standard (DE) como medidas de dispersión.

Se recopilaron las siguientes variables:

- Nombre
- Número de expediente
- Edad en años
- Fecha de toma de PAP.
- Fecha de recibido en el laboratorio
- Fecha de recibido en el EBAIS.

- Fecha de comunicación al paciente
- Fecha de la realización de la referencia
- Fecha de la cita en el II o III nivel
- Tipo alteración en el PAP
- Teléfono
- Dirección.

Los análisis fueron realizados por medio del software estadístico Epi Info en su versión 3.3 (CDC-2004).

LIMITACIONES

Durante la realización del trabajo se encontraron ciertos inconvenientes entre ellos:

- No se logró completar totalmente el cuadro de la recolección de los datos debido a que no se encontraron todos los expedientes de las pacientes en los EBAIS. Esto debido posiblemente a duplicidad de expedientes, a la población flotante, expedientes perdidos o a que tenían otro número debido a que eran extranjeras, por lo que se recurrió a la búsqueda de expedientes en el Hospital de las Mujeres.
- En dos casos no se obtuvieron los datos, pues las pacientes recurrieron a laboratorios particulares y a pesar de que tenían teléfono, no se lograron localizar para averiguar la fecha en que fueron valoradas por ginecología.
- Cuando se llamó vía telefónica, muchos de los números no correspondían a las casas de las mismas y en las que sí, no se acordaban de la fecha en que habían recibido la primera consulta en colposcopia y tampoco tenían el carné de las citas, debido a esto también se hizo conveniente revisar los expedientes en el Hospital de las Mujeres. Sin embargo en 16 pacientes no se logró documentar la cita en ginecología.
- En la revisión de expedientes en el Hospital de las Mujeres se comprobó que tres pacientes, algunas teniendo el expediente en ese servicio no asistieron a sacar la cita, no lográndose documentar si fueron a recibir tratamiento a otro centro.

- Tres de las pacientes además de su alteración en el Papanicolaou estaban embarazadas, de acuerdo con ellas se les indicó que sacaran cita posterior al parto.
- Dos referencias fueron hechas a la Clínica de Aserrí durante el tiempo que se contaba con ginecólogo, se intentó buscar la cita en el expediente electrónico sin embargo no se documenta.
- Cinco de las pacientes no tenían teléfono por lo que no se logró saber el día de la cita en el II o III nivel.

RESULTADOS

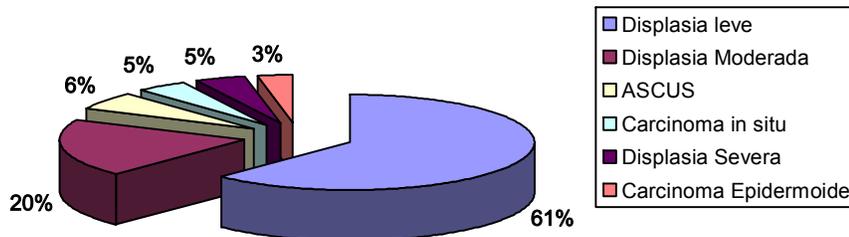
En el siguiente cuadro se presentará los resultados de la prevalencia de las lesiones premalignas y malignas según su frecuencia.

Cuadro 1
Prevalencia de las lesiones premalignas y malignas en los PAP según frecuencia. EBAIS San Juan de Dios de Desamparados 2002-2003

Tipo de alteración	Frecuencia	Porcentaje	DE
Displasia Leve	41	62.1%	48.51
Displasia Moderada	13	19.7%	39.77
ASCUS	4	6.1%	23.93
Carcinoma in situ	3	4.5%	20.73
Displasia Severa	3	4.5%	20.73
Carcinoma Epidermoide		3%	17.06
Total	66	100%	

Fuente: Expedientes clínicos Clínica de Aserrí y Hospital de las Mujeres. 2002 -2003.

Gráfico 1. Prevalencia de las lesiones premalignas y malignas en los PAP según frecuencia. Ebais San Juan de Dios de Desamparados 2002-2003



La alteración más frecuente es la displasia leve, la cual se evidenció en 41 pacientes, siendo el 62.1 % (DE 48.51) de las pacientes del estudio.

La segunda alteración más frecuente fue la displasia moderada, constituyendo un 19.7 % (DE 39.77) de la población en estudio, con 13 pacientes. Le sigue en frecuencia el ASCUS, que se encontró en 4 pacientes, que corresponde a un 6.1 % (DE 23.93).

Posteriormente están en igual frecuencia la displasia severa y el carcinoma in situ con un 4.5 % (DE 20.73), cada alteración con 3 pacientes.

La alteración menos frecuente es el carcinoma epidermoide, que se demostró en 2 pacientes y corresponde a un 3% (DE 17.06) del total de pacientes.

Se demostrará en el siguiente cuadro la diferencia en días naturales entre las distintas instancias por donde pasa la citología vaginal .

Cuadro 2
Diferencia de días naturales entre las distintas etapas del seguimiento de la citología vaginal.
EBAIS San Juan de Dios de Desamparados
2002-2003

Etapas en el seguimiento del PAP	Número de citologías	Medias (días)	Tiempo de duración en días naturales		DE
			Minimo	Máximo	
Toma de PAP/ RecibidoLab.	56	20.98	0	60	10.76
Recibido Lab/ Recibido EBAIS	54	75.19	12	106	17.65
Recibido EBAIS/ Comunicac usuaria	55	0.25	0	4	0.82
Comunicac usuaria/ Realizac referencia	53	3.38	1	53	7.47
Realizac referencia y Cita II o III nivel.	36	115.11	3	363	92.72

Fuente: Expedientes clínicos Clínica de Aserrí y Hospital de las Mujeres. 2002 -2003.

En 56 pacientes, entre la fecha de la toma del PAP y la fecha en que fue recibido en el laboratorio hubo un promedio de 20.98 días (DE 10.76), con un mínimo de 0 días y un máximo de 60 días.

En 54 pacientes, entre la fecha en que el PAP fue recibido en el Laboratorio Nacional de Citología hasta la fecha en que fue recibido en el EBAIS transcurrieron en promedio 75.19 días (DE 17.65), con un mínimo de 12 días y un máximo de 106 días.

Entre la fecha de recibido en el EBAIS hasta la comunicación a la usuaria, en una muestra de 55 usuarias, transcurrieron en promedio 0.25 días (DE 0.82), con un mínimo de 0 días y un máximo de 4 días.

De acuerdo con el cuadro 2, en 53 pacientes, entre la fecha en que se localizó a la usuaria para citarla por el PAP alterado hasta el día en que se realizó la referencia se cumplieron en promedio 3.38 días (DE 7.47), con un mínimo de un día y un máximo de 53 días.

En 36 pacientes, entre la fecha en que se realizó la referencia hasta la cita que se le programó a la usuaria para ser valorada en el II o III nivel transcurrieron en promedio 115.11 días (DE 92.72), con un mínimo de 3 días y un máximo de 363 días.

La edad promedio de las pacientes del estudio fue de 36.2 años. La persona más joven con el Papanicolaou alterado en el estudio tenía entonces 14 años y la persona con más edad fue de 73 años.

Total de adolescentes (edad 10 a 19 años) con PAP alterado: 5

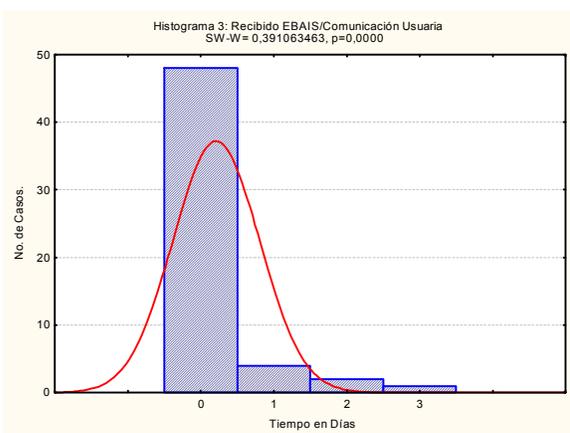
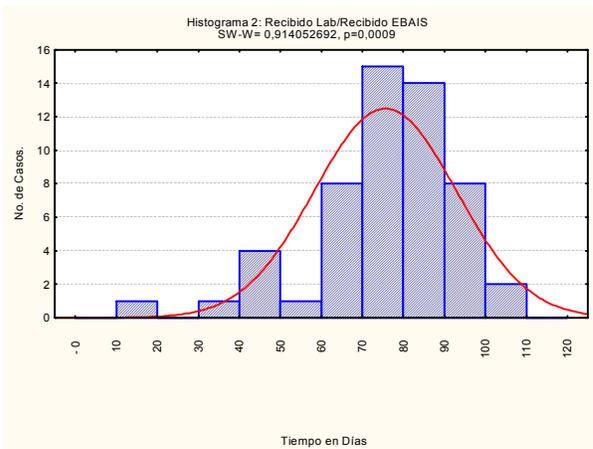
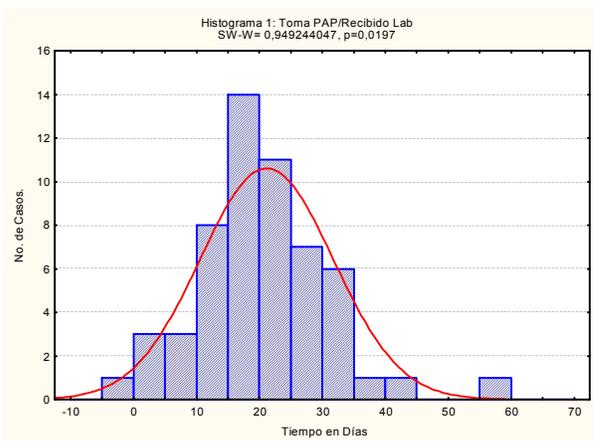
Se evidencia en el siguiente cuadro el número promedio en días desde que se realiza la referencia hasta que las pacientes son valoradas en el II nivel de acuerdo al tipo de lesión.

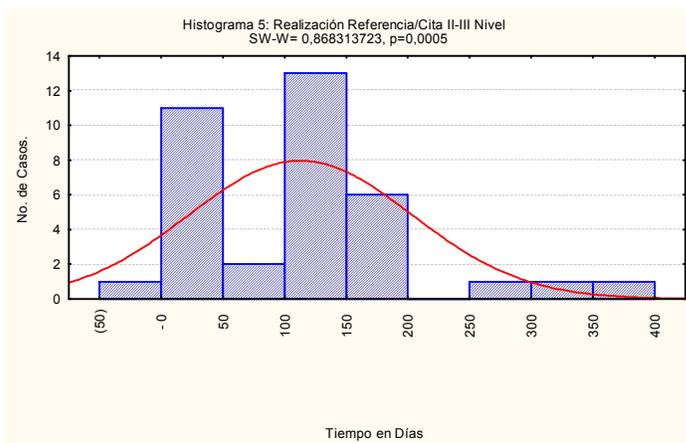
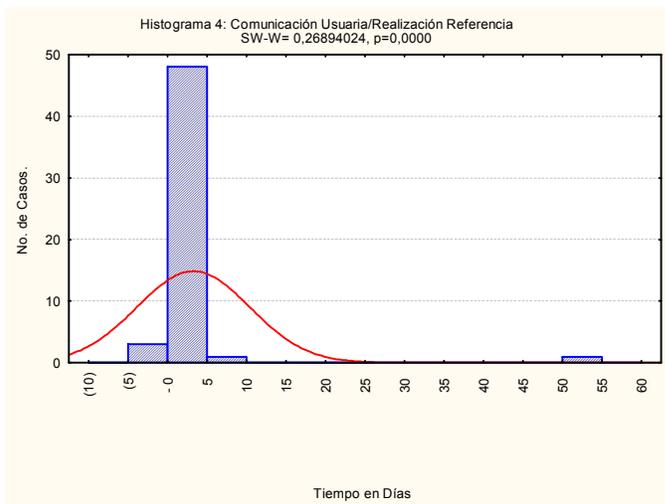
Cuadro 3
Duración media en días desde fecha de referencia a cita en II nivel según tipo de lesión encontrada.
EBAIS San Juan de Dios de Desamparados
2002-2003

Tipos de alteración	Núm de citologías	Media	DE
ASCUS	1	145.0	---
Carcinoma epidermoide	2	5.5	3.96
Carcinoma in situ	3	19.0	6.86
Displasia leve	21	162.14	39.65
Displasia moderada	8	50.8	26.76
Displasia severa	1	4.0	---
Total		100%	

Fuente: Expedientes clínicos Clínica de Aserrí y Hospital de las Mujeres. 2002 -2003.

A continuación se presentan los Histogramas de Normalidad para cada una de las variables, según la frecuencia en el tiempo en días para cada variable.





De acuerdo con el cuadro 3, se observa que sólo hubo una paciente en la muestra que presentó displasia severa, fue vista en un lapso de 4 días desde que se atendió y fue referida hasta su cita en el segundo nivel, de acuerdo con las normas la colposcopia debe ser realizada en menos de 30 días; seguido del carcinoma epidermoide con un promedio de 5.5 días (DE 3.96) en una muestra de 2 pacientes, por lo que se cumplió con lo estipulado con las normas, pues establece que la paciente tiene que ser vista en menos de 8 días.

La alteración que tardó más en atenderse fueron aquellas pacientes que resultaron con displasia leve en su Papanicolaou con un promedio de 162 días (DE 39.65) esta alteración constituye la mayor cantidad de pacientes de la muestra, seguido del ASCUS con un promedio de 145 días en una única paciente, de acuerdo con las normas las pacientes con estas alteraciones tienen que ser valoradas por ginecología en menos de 60 días.

Las 8 pacientes con displasia moderada se atendieron en un promedio de 50.8 días (DE 26.76). Las normas indican que deben ser atendidas en el II o III nivel en menos de 30 días.

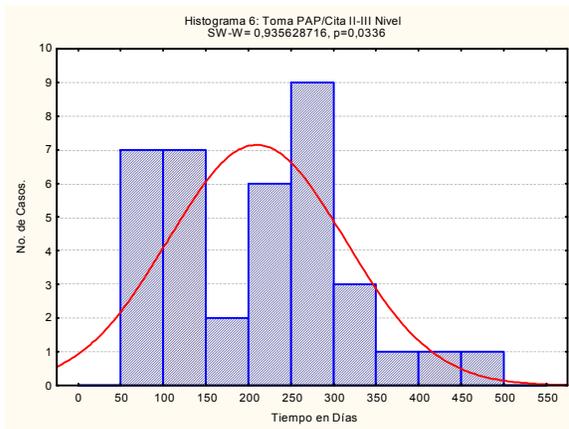
Hubo 3 pacientes que presentaron carcinoma in situ y fueron valoradas en el segundo nivel en un promedio de 19 días (DE 6.86). Esta patología debe ser atendida para la realización de colposcopia en menos de 30 días.

Cuadro 4
Duración media en días desde fecha de toma de PAP a cita en II nivel.
EBAIS San Juan de Dios de Desamparados
2002-2003

Variable	N	Media (días)	DE
Tiempo entre toma de PAP y Cita en el 2do nivel de atención (días)	36	212.31	52.10

Fuente: Expedientes clínicos Clínica de Aserrí y Hospital de las Mujeres. 2002 -2003.

A continuación se presenta el Histograma de Normalidad para esta variable.



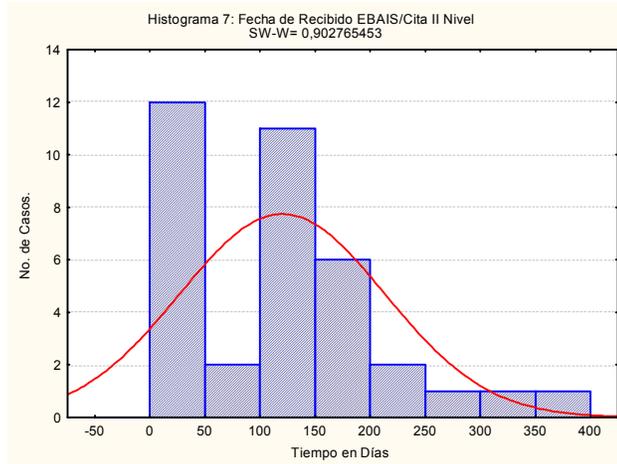
Del total de pacientes, sólo 36 tienen los datos completos en la hoja de recolección de la información, los cuales permitieron dar a conocer que el promedio de días desde que se tomó la muestra de Papanicolaou hasta que tuvieron la cita en el segundo nivel fue de 212 días (DE 52.10).

Cuadro 5
Duración media en días desde fecha de recibido en EBAIS a cita en II nivel.
EBAIS San Juan de Dios de Desamparados
2002-2003

	N	Media	DE
Tiempo entre fecha de recibido en EBAIS y Cita en el 2do nivel (días)	35	121.94	47.26

Fuente: Expedientes clínicos Clínica de Aserrí y Hospital de las Mujeres. 2002 -2003.

A continuación se presenta el Histograma de Normalidad para esta variable.



En 35 pacientes se evidencia que transcurrió un promedio de 122 días (DE 47.26) desde que se recibió el resultado de Papanicolaou en el EBAIS hasta la cita que se dio en el segundo nivel.

DISCUSIÓN

Antes de iniciar la discusión es de importancia recordar que, de acuerdo con las normas no se debe pasar más de una semana entre la toma de la muestra y el envío de la misma al Laboratorio Nacional de Citologías a través de Correos de Costa Rica. No hay reportes que especifiquen en cuánto tiempo debe de tener la muestra el Laboratorio. En cuanto a lo que sucede en la Clínica, como se había mencionado anteriormente, todos los EBAIS mandan sus Papanicolaous a la Clínica los viernes, los lunes llega un mensajero que lleva todas las muestras directamente al Laboratorio. Sin embargo, al compararlo con los datos recolectados se pudo constatar que no se cumplió debido a que en promedio se duró casi 21 días en este proceso, siendo 60 días el máximo, o sea 2 meses.

Se supone que semanalmente el Laboratorio envía las muestras a los EBAIS, sin embargo, se observó que desde que fueron recibidas por ese servicio hasta que llegó a los EBAIS transcurrieron aproximadamente 75 días, con un mínimo de 12 días y un máximo de 106 días que corresponde a un poco más de 3 meses.

Desde que se recibió en el EBAIS hasta que se le comunicó a la usuaria en promedio se duró menos de un día con un máximo de 4 días. Entre la comunicación a la usuaria hasta la fecha en que se le realiza la referencia el promedio fue de 3 días, con un máximo de 53 días. Esto se debe a varios factores entre ellos: que una gran proporción es una población flotante, en ocasiones las pacientes no dan la información correcta para

localizarlas. En las normas se menciona que debe ser menos de 15 días calendario desde que el PAP es recibido en el EBAIS hasta que se le realiza la referencia a la paciente.

De acuerdo a los datos obtenidos desde que el resultado es recibido en el EBAIS hasta que tiene cita en el segundo nivel hay un promedio de 122 días.

Lo que transcurrió más tiempo fue desde que se le realizó la referencia a la usuaria hasta la cita que tuvo con ginecología, pues el promedio fue de 115 días, casi 3 meses y medio, siendo el máximo 363 días, o sea casi un año. Si se compara con las normas se evidencia que no fueron atendidas oportunamente. La displasia severa fue la lesión que se atendió más rápidamente en el segundo nivel, en 4 días, en comparación con las pacientes que presentaron otras alteraciones, y la que se atendió más tardíamente fue la displasia leve con un promedio de 162 días. Si se compara con las normas las pacientes con displasia severa deberían de ser atendidas para la realización de colposcopia en menos de 30 días y a las cuales se les detectó displasia leve en un plazo de menos de 60 días, con esto se observa que no cumplieron con lo establecido.

Es interesante hacer constar que, desde la toma del Papanicolaou hasta que la paciente fue vista en el segundo nivel transcurrieron en promedio 212 días aproximadamente 7 meses.

Se evidenció que 5 de las pacientes eran adolescentes lo que corresponde a un 7.57 %.

La patología con mayor prevalencia en el EBAIS de San Juan de Dios de Desamparados de enero 2002 a diciembre 2003 es la displasia leve con un 62.1%, seguido de la displasia moderada con un 19.7 %. En tercer lugar el ASCUS con un 6.1%. Esto demuestra la importancia de ofrecer una pronta atención a las pacientes, para evitar el desarrollo de una patología cervical maligna.

CONCLUSIONES

El cáncer de cérvix representa la segunda causa más frecuente de muerte por neoplasias malignas en las mujeres.

Al determinar la prevalencia de las lesiones se documentó que la más frecuente fue la displasia leve con un 62%, seguida de la displasia moderada con un 19.7%.

Las 2 lesiones malignas más frecuentes: displasia severa y Ca in situ ambas con un 4.5%.

Se logró determinar la diferencia en días naturales entre las distintas etapas del seguimiento y se evidenció un retraso en la atención en II nivel (media 115 días) y el menor tiempo entre el recibido por el EBAIS y la comunicación a la usuaria.

Durante el 2002-2003 no hubo una adecuada atención a las mujeres con PAP alterado y en esto tiene responsabilidad todos los niveles de la organización relacionados con las diferentes fases de la atención en el proceso del Papanicolaou.

A nivel del EBAIS se podría mencionar la falta de accesibilidad a los servicios debido a la falta de seguro por parte de muchas pacientes que no cuentan con ello y aunque la clínica haga las campañas de Papanicolaou que incluyen estas pacientes en caso de alteración del mismo, es difícil que sean vistas en el II o III nivel para su atención.

A nivel del Laboratorio Nacional para entonces había una presa importante que no permitía la entrega oportuna de las muestras. En cuanto a las referencias enviadas muchas pacientes tardaban hasta meses para que fueran valoradas en los centros de atención más complejos para la realización de la colposcopia.

No hay una red entre las instituciones que coordinen para asegurar efectividad en todo el proceso, haciendo que el tiempo en días sea más prolongado que lo normado, con esto, las pacientes además de perder interés en la realización de la citología, muchas ven otras opciones en consultorios particulares, incluso en solicitar que en el EBAIS se le realice el examen pero ellas mismas llevan las laminillas a laboratorios particulares en donde le darían el resultado a más tardar en una semana.

Recordar que en las metas propuestas por el Plan de Atención a la salud de las personas (PASP) se determinó que al finalizar el año 2002, los tiempos promedios entre las diferentes fases de la atención: toma de la muestra de la citología cervical, el reporte del resultado alterado, la convocatoria de la paciente para el estudio citológico, el reporte de las pruebas confirmatorias y la continuación del tratamiento, no sería superior el estipulado en la Guía de Atención para tumores malignos del cuello uterino. Sin embargo observamos que no se cumplió, como se comprobó cuando nos referimos a los plazos tan largos entre las diferentes etapas. En cuanto a esto, es importante resaltar que las 2 etapas de mayor duración en el seguimiento de la citología fueron cuando la muestra estaba en el Laboratorio de Citología y la cita que se le dio en el II o III nivel.

Como se había mencionado anteriormente, el Primer Nivel de Atención se debe dedicar a la prevención y el diagnóstico precoz y certero para disminuir la morbimortalidad de patología cervical y el Tercer Nivel de Atención a resolver los casos más complejos de salud.

RECOMENDACIONES

Al realizar este trabajo se hace importante recalcar en la necesidad de mejorar muchos de los aspectos que intervienen en la adecuada atención y seguimiento que deben recibir las mujeres, no sólo desde el momento de la toma de su citología vaginal, sino incluso desde la formulación de políticas y programas, enmarcados dentro de los principios y componentes de la Promoción de la Salud. Esto mediante la divulgación y motivación a la comunidad para que las pacientes acudan en forma oportuna para la realización de la citología.

Entre las acciones que contribuyen a las medidas preventivas tenemos: realización de la citología a toda paciente que consulte por morbilidad, programación de campañas de Papanicolaou varias veces durante el año, captación de pacientes con citologías pendientes mediante la visita del ATAP dejando la cita previamente programada.

Además se debe mejorar la divulgación de las campañas de citología vaginal mediante pancartas en los establecimientos comerciales como supermercados, tiendas, bazares, iglesias, pulperías; también en los buses, recorrer el área de atracción con megáfono. Entregar panfletos que expliquen de manera clara y sencilla el procedimiento

y la importancia de la citología. Dar charlas en el EBAIS a las pacientes que acuden mientras esperan ser atendidas en la consulta de manera que sean voceras de información.

Se destaca la necesidad de desarrollar actividades relacionadas con políticas de mejoramiento continuo y solución de problemas. Si estas se implementaran eficazmente, se pudieran obtener buenos resultados entre ellos:

- Un lenguaje común para documentar y comunicar actividades y decisiones para procesos claves en el mejoramiento de la efectividad de los mismos.
- Un sistema de indicadores de efectividad encadenados a través de toda la red institucional relacionada con todas las etapas que conlleva el proceso de la atención de estas pacientes.
- Se obtendrían ganancias inmediatas y de largo plazo, a través de la eliminación de cuellos de botella y trabajo doble, como en los casos en que se repiten los Papanicolaous y sobre todo en la detección temprana de lesiones premalignas ahorrando de esta manera presupuesto a la institución al compararlo con el costo que produce el tratamiento en caso de lesiones malignas.

Se debe de considerar un sistema que permita planear, controlar y evaluar todas las rutas por donde pasa el examen citológico, un sistema que permita planificar las rutas diarias y obtener controles de todos los procesos, por lo que es importante determinar recursos y funciones para cada representante de manera que esté en capacidad de cumplir con los objetivos.

Se debe identificar las necesidades de cada lugar donde es llevado el Papanicolaou para verificar la existencia de problemas de efectividad y eficacia.

Ante esto se sugiere la existencia de una red institucional entre la clínica y sus lugares de referencia en este caso la Clínica Marcial Fallas y el Hospital de las Mujeres para que se canalicen adecuadamente a las pacientes procurando que sean valoradas en el menor tiempo posible, ante esto sería importante que los Jefes de la Consulta Externa de los servicios mencionados sean los que revisen las referencias para así indicar la prioridad de las citas.

A nivel de la Clínica de Aserrí se le debería designar a una persona, en este caso la más apta sería la jefa de enfermería, la responsabilidad de darle seguimiento a las pacientes con el PAP alterado asegurando que la paciente asista con prontitud en su control en el II o III nivel.

Es importante que exista un sistema de salud que tome en cuenta no sólo los recursos sino también la accesibilidad a los mismos. Esto se implementaría a través de una móvil que se desplace a los diferentes lugares del sector para que haya mayor oportunidad de captar a las pacientes y la posibilidad de garantizar a toda mujer con o sin seguro la posibilidad de realizarse el Papanicolaou.

Debido a la alta incidencia del cáncer de cuello de útero, se debe disponer en corto tiempo de información que muestre señales sobre la efectividad de intervenciones en Promoción de la Salud.

Es importante asegurarse de que todos los procesos claves trabajen en armonía para de esta forma maximizar la efectividad. Ante esto se hace necesario mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia pues en muchas ocasiones las pacientes no saben los procedimientos que se le realizaron. Además, al mejorar este sistema se podría valorar la posibilidad de agilizar ciertos procesos, ejemplo de esto sería, que en caso de que las citas en II o III nivel fueran muy largas se plantearía otras posibilidades para que fueran vistas en otro centro o tratar de descongestionar algunas consultas para dar prioridad a estas pacientes con PAP alterado.

BIBLIOGRAFIA

1. Consejo Nacional de Cáncer. *Normas y Procedimientos del Cáncer en Costa Rica*. 2001. pág. 153-158.
2. Fuster, F., Lestón, P, Medina,D. *Análisis de la Oferta en Recurso Humano , Equipo Biomédico, e Infraestructura en Relación a la Demanda para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Cérvix en los Hospitales San Juan de Dios, Calderón Guardia, México y de las Mujeres*. Octubre 2003.
3. Waggoner,S. *Cervical Cancer*. The Lancet. 28 de Junio 2003; Vol 361:2217-25.
4. Caja Costarricense del Seguro Social-Ministerio de Salud. *Normas de Atención Integral de Salud*. Primer Nivel de Atención. Febrero 1995. pág 368-370.
5. Flannelly,G ; Kitchener,H. *Every Woman With an Abnormal Cervical Smear Should Be Referred for Treatment: Debate*. Clinical Obstetrics and Gynecology. Setiembre 1995; Vol 38(3): 585-609.
6. C.C.S.S. *Plan de atención a la salud de las personas (PASP) 2001-2006*.
7. Shingleton H, Orr J. *Cancer of the Cervix*. Editorial Lippincott- Raven, 1995.
8. Murphy, G., *Oncología Clínica*. Manual de la American Cancer Society. Segunda edición.
9. Velasco, V. *El cáncer cervicouterino*. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2001; vol 39 (6): 509-15.
10. Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer de Cuello de Útero. *Manual de Normas y Procedimientos del I-II-III Nivel para el Manejo de Patología de Cérvix*. 2000. pág 2-35.

11. Milla, V. *Fase Instrumental de la Planificación Estratégica de Servicios de Salud*. Módulo 7. San José, Costa Rica. Agosto 1999.
12. Arévalo, C. *Planificación Estratégica en los Servicios de Salud*. Módulo 3. San José, Costa Rica. Julio 1998.
13. Compromiso de gestión. Área de Salud Aserrí. 2004.
14. Fichas Técnicas 2004. Área de Salud Aserrí. Mayo 2003.
15. Retana, J. *Historia y progreso de un pueblo legendario*. San José, Costa Rica. 1986. pág. 1-78.
16. Cuadernos en donde los auxiliares de enfermería anotan los Papanicolaous realizados en el EBAIS.
17. Compromiso de Gestión. Area de Salud I y II Nivel. 2002.
18. www.oncologychannel.com/cervicalcancer.
19. [www. Discovery Health cancer of the cervix.htm](http://www.DiscoveryHealth.com/cancerofthecervix.htm).
20. Unger, E ; Duarte- Franco, E. *Human Papillomaviruses*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. December 2001. Vol 28(4): 653-64
21. Basil, J; Horowitz, I. *Cervical Carcinoma*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. December 2001. Vol 28(4): 727-39.
22. Given, F; Jones, H. *Self- Administered Cervical Cancer Screening*. Clinical Obstetrics and Gynecology. March 1992. Vol 35(1): 3-12.
23. Kaufman, R; Adam, E; Vonka,V. *Human Papillomavirus Infection and Cervical Carcinoma*. Clinical Obstetrics and Gynecology. June 2000. Vol 43(2):363-74.

24. Morris, M; Tortolero- Luna; et al. *Cervical Intraepithelial Neoplasia and Cervical Cancer*. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. June 1996. Vol 23 (2):347-400.
25. Ball, C.; Madden, J. *Update on cervical cancer screening*. Postgraduate Medicine. Febrero 2003; vol 113¹: 59-70.
26. Diccionario terminológico de Ciencias Médicas. 12 ava edición. Salvat. 1984.
27. Liderazgo y Mercadeo. Glosario detalle de palabra por la letra E.
Liderazgoymercadeo.com/glos_detalle.asp?id_termino=821%26...&offset=0.
28. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. www.sld.cu/revistas/spu/vol_26_1_oo/spu07100.htm.
29. Conde, J. *Eficacia y Efectividad: una distinción útil para la práctica y la investigación clínicas*. Nefrología. Vol XXII. Número 3. 2002.
30. Legislación vigente- Costa Rica. [w.w.w. finteramericana.org/..leyes/legis_ vi_ costarica1.htm](http://w.w.w.finteramericana.org/..leyes/legis_vi_costarica1.htm).