



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2008-2010 EL SALVADOR

TESIS PARA OBTAR AL GRADO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**ANALISIS DE LA APLICACIÓN CORRECTA DE LA NORMA DE DETECCION
DE CANCER CERVICAL EN LA UNIDAD DE SALUD DE SENSUNTEPEQUE
CABAÑAS EN EL MES DE JUNIO DE 2011.**

AUTORA:

DRA. ANA KARINA ORELLANA CASCO

TUTOR:

MSP. ALICE PINEDA WHITAKER

San Salvador, Noviembre de 2011

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	6
II.	ANTECEDENTES.....	7-8
III.	JUSTIFICACION	9-10
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
V.	OBJETIVOS.....	12
VI.	MARCO TEORICO.....	13-26
VII.	METODOLOGIA.....	27-31
VIII.	RESULTADOS.....	32
IX.	ANALISIS	33
X.	CONCLUSIONES.....	34
XI.	RECOMENDACIONES.....	35
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	36-37
XIII.	ANEXOS.....	38-43

DEDICATORIA

Dedico este nuevo triunfo a Dios por darme las fuerzas de seguir adelante y
terminar.

A mi papi que no sé porque quiero tanto a ese viejo... Te Amo Papá... Quien
decía tu seca...

A mi mami, Blanquita te requiero mucho.

A mi esposo... dedico este triunfo que es también reflejo de tu esfuerzo.
A mis tesoros Alvin Guillermo, Fiorella y Fabiolla, que son mi inspiración de cada
día.

A Nelson Morales, que aniqué se que estas en el cielo... te extraño.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme terminar.

A mi Padre... Porque sin tu apoyo no sería el profesional, la esposa y la mamá que hoy soy... Te amo Papi... No te vamos a regalar porque te quiero un mundo.

A mi mami por consentirme y apoyarme.

A mi esposo Rabitt, gracias por comprenderme a lo largo de toda mi carrera y ahora con la maestría.

A mis tres hijos, Alvin Guillermo te amo mucho mi cielo y gracias por esa compañía, a Fiorella por esa mirada que lo llena todo, a la pequeña de la casa Te amo mi Faby.

A mi hermano Charlie, te extraño y te quiero mucho.

A mi amiga Marvely, gracias porque sin tu apoyo no hubiera culminado esta maestría. Te quiero Marleny.

Nos espera Nicaragua... a la Doctora Mireya Parada... esas margaritas después de clases... Doctora...

RESUMEN

El cáncer cervicouterino sigue teniendo enormes repercusiones para las mujeres de todo el mundo, con énfasis en los países en desarrollo. Si no se detecta y se trata en sus etapas iniciales, el cáncer cervical casi siempre es mortal. En vista de ello el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cumplimiento de la rectoría en la salud de la población en El Salvador, a través de la Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer, conscientes de lo devastador que es el cáncer de cérvix para quienes lo padecen y su grupo familiar ha tenido a bien elaborar la norma Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix con el fin de brindar una mejor atención a las mujeres que demandan este servicio para una detección temprana del cáncer de cérvix a detectados. Por lo que con este trabajo se pretende evaluar si en la Unidad de Sensuntepeque, el personal cumple esta guía. Evaluación que se hace mediante un Guía de análisis la cual se responde mediante revisión de los 95 expedientes clínicos de los que se obtiene que el 41.10% de las pacientes que asistieron a su toma de citología recibió consejería. Por norma técnica el personal de salud que proporciona la respuesta de Citología a la usuaria debe dejar plasmada la fecha de su próxima cita para toma de esta en el expediente clínico encontrando que solo el 29.50% del personal lo hace, pero a pesar de este dato poco alentador el 86.3% del personal brinda el tratamiento según la norma.

La Unidad de Salud Sensuntepeque utiliza la visita domiciliar como táctica para que las pacientes acudan a su respuesta de citología y así obtener una respuesta temprana y tratamiento oportuno pero de las 95 pacientes que se les realizó el examen a un escaso 9.5% se le realizó visita domiciliar. Datos que nunca se habían evaluado en este establecimiento de salud, y que serán de utilidad para erradicar las debilidades en el personal de salud con el fin de beneficiar a las usuarias de este servicio en la Unidad de Salud de Sensuntepeque cumpliendo con el objetivo de la Norma Técnica de prevención y Control de Cáncer de Cérvix.

I. INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino es considerado el segundo cáncer más común entre las mujeres en todo el mundo.

Lo Organización Mundial de la Salud (OMS) en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN, puntea estimaciones de 500.000 casos nuevos de cáncer cervical registrados cada año y según la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP), en un informe emitido en Ginebra en el año 2004, con base en información recibida por sus organizaciones filiales en distintos países del mundo, reporto que casi el 80 por ciento de los estimados en el ámbito mundial, se diagnostican en América Latina, África y la India.

Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres corresponden en orden descendente a cáncer de mama, cáncer de pulmón y Cáncer Cervico uterino con lasos estandarizado por edad entre 12.51 y 7.99 por 100,000 mujeres. (Asociación internacional de registros de cáncer IARC 2002)

Sin embargo en los países subdesarrollados, el Cáncer Cervico uterino ocupa el 2º lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer (PAHO 2002).

Los datos recientes de mortalidad de la OPS (1996-2001) indican una mortalidad por Cáncer Cervico uterino persistentemente alta en Nicaragua, El Salvador y Perú.

En El Salvador de acuerdo a datos proporcionados por el laboratorio central de citología del MSPAS, durante el año 2008, por resultados citológicos se reportan 240 de cáncer invasor de cuello uterino y en el 2009 se reportaron 290 casos de cáncer invasor de cuello uterino. Esta enfermedad que afecta a las mujeres más pobres y vulnerables, afecta grandemente a las familias que dependen considerablemente de la mujer podrá su sustento y cuidado¹

Constituyendo esta patología la primera causa de muerte por tumores en el sexo femenino.

¹ Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. GLOBOLCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide. Version 1.0. IARC Cancer Base NO. 5, Lyon: IARC Press (2001)

Los grupos de edad más afectados por el Cáncer Cervico uterino es de 45 – 64 años, sin embargo, existe desigualdad entre los países desarrollados y en desarrollo, ya que en los primeros, las mujeres de más de 50años son las que soportan el mayor peso de la enfermedad, mientras que en los segundos son las mujeres más jóvenes las que lo hacen.

II. ANTECEDENTES

De acuerdo a la declaración de la Alianza para la Prevención del cáncer cervical (ACCP), este tipo de cáncer contrario a otros canceres puede ser fácilmente evitado a partir de la detección y tratamiento temprano de las lesiones precancerosas, lo cual se realiza a través de la implementación de programas altamente organizados, esta característica determina que la detección temprana de este tipo de cáncer sea una de las prioridades en la lucha mundial contra el cáncer.

El cáncer cervicouterino, constituye a un importante problema de salud pública en especial en los países en desarrollo.

El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva, con una supervivencia a 5 años promedio de 91.5% de los casos de mujeres con cáncer localizado y solo un 12.6% de aquellas con invasión a distancia. (U.S. Preventive Services Task Force 2003).

En América Latina y el Caribe, la supervivencia de las mujeres con cáncer cervicouterino es más corta porque a menudo solicitan atención cuando la enfermedad ya está avanzada, la baja supervivencia también se relaciona con una atención paliativa inadecuada y un tratamiento incompleto.

En El Salvador a través del Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino, mediante el cual es posible acceder a los servicios de detección temprana (prueba de Papanicolaou) está disponible para mujeres, sin embarazo las que principalmente acceden a esta prueba son las mujeres jóvenes durante sus controles prenatales o de planificación familiar, donde la población atendida en mayoría no se encuentra en el grupo atareado de alto riesgo, ofreciendo muy poco la prueba a mujeres con factores de riesgo que no acuden por demanda espontánea a solicitar esta prueba a los servicios de salud.

La falta de acceso al tamizaje multiplica el efecto de las elevadas tasas de infección por el virus del papiloma humano (VPH), la causa subyacente más importante del cáncer cervicouterino². Un reto formidable para una prevención eficaz del cáncer cervicouterino en América Latina y el Caribe parece ser la falta de apoyo genuino dentro de las estructuras políticas de muchos países. Esta situación puede deberse en parte a la ignorancia respecto al cáncer cervicouterino y su naturaleza prevenible, o bien a la impresión de que esta enfermedad no causa una muerte inmediata ni produce epidemias agudas que requieran expeditas para su contención. Para que los programas sean eficaces, también es indispensable contar con un apoyo político sólido entre filas de la elite profesional. El ministerio de Salud pública y asistencia social, en cumplimiento de la rectoría en la salud de la población en El Salvador, a través de la Gerencia de Atención integral en salud a la mujer y la niñez, conscientes de lo devastador que es el cáncer de cérvix para quienes la padecen y su grupo familiar, ha tenido a bien elaborar la Norma Técnica de Prevención y Control de Cáncer de Cérvix, con el propósito de contribuir a brindar una mejor atención a las mujeres que demandan este servicio en los diferentes niveles de atención e instituciones del sector salud. Esta norma establece las responsabilidades de los prestadores de servicios en Prevención y Control del Cáncer de Cérvix, siendo parte de la oferta de servicios de Salud Reproductiva, así como los requisitos necesarios para la aplicación de la norma, los cuales deben cumplir los prestadores de servicios y los establecimientos de salud a nivel nacional, garantizando una atención con calidad y que contribuya a la disminución de la mortalidad por Cáncer de Cérvix.

Esta norma ha sido elaborada con la participación de un comité de expertos en prevención, diagnóstico y tratamiento de Cáncer de Cérvix, representantes de las instituciones del sector salud público y privado, lo que permitirá unificar las acciones en salud y contribuir a la disminución de la tendencia de la mortalidad por esta patología.

Esta norma priorizan la prevención y manejo oportuno de las lesiones preinvasivas del cérvix para reducir da mujer la mortalidad por cáncer de cérvix.

² World Health Organization (WHO). Primary prevention of cervical cancer.

III. JUSTIFICACIÓN

Es evidente que el Cáncer Cervico uterino persiste como un problema relevante de salud publica en América Latina.

Según el departamento de estadísticas del hospital de maternidad en los últimos 5 años se han presentado 581 casos de cáncer de cuello uterino, con un promedio de más de 100 anuales.

Esta situación justifica el argumento de muchos que el programa ha abonado sus esfuerzos en la detección, pero muy poco se ha logrado. En mejoras el acceso a los servicios de tratamiento oportuno.

Un programa eficaz de prevención y control del Cáncer Cervico uterino debe abordar varios aspectos, entre ellos la cobertura y la calidad de los servicios de tamizaje y detección temprana, así como la disponibilidad de un diagnostico, tratamiento y atención subsiguiente, rápido, fiables y accesibles. También se requiere los demás elementos de infraestructura de apoyo, como servicios de orientación y sistemas de información para mejorar la calidad de atención y facilitar una gestión eficaz de pacientes y programas.

Uno de los principales obstáculos para solicitar una prueba de Papanicolaou en las instituciones públicas de salud se relaciona con un periodo de espera muy largo antes de recibir los resultados. A demás las condiciones físicas en las cuales se toma el Frotis de Papanicolaou (generalmente en lugares atestados y sin respeto a la intimidad) no contribuyen a una experiencia positiva, sobre todo cuando existe la percepción de que los servicios en el sector privado son más espaciosos y con mayor intimidad.

Dentro de las generalidades técnicas de la Norma que se evalúan en el presente estudio están

Toda mujer que solicite la toma de citología cervico vaginal se le debe brindar atención y no podrá ser objeto de discriminación alguna. Sera responsabilidad y obligación del personal de salud que brinda el servicio, analizar y revisar cada caso en forma individualizada y decidir se es el momento oportuno de tomarle su citología cervico vaginal siguiendo los lineamientos de la normativa, En todo caso siempre brindara la consejería respectiva de acuerdo a cada caso en particular.

El resultado del PAP, la fecha de la próxima cita y el resultado del seguimiento deben ser informados a la mujer y anotados claramente en el expediente clínico y tratamiento en base a reporte citológico en la Unidad de Salud

Sensuntepeque se ata a contestación de Citología a la paciente dentro de un mes, ya que es el tiempo promedio que tarda en enviarla a San Vicente (que es donde realizan la lectura) y siempre existe control de calidad ya que mandan de dos a tres a evaluación a Huel Central. (San Salvador)

En base a estas generalidades técnicas de la norma se evalúa si el personal de la unidad de salud Sensuntepeque las aplica al momento de dar la respuesta del Papanicolaou ya que de esto depende un tratamiento adecuado y oportuno según la Norma, al mismo tiempo se hace justificar la realización de este trabajo el cual es el primero en este establecimiento de salud, ya que los resultados que de este derivan han de servir para conocer las debilidades en la aplicación de la Norma, lo que se verá reflejado en una atención integral a las mujeres que asisten a toma de PAP en la unidad de salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En América Latina la incidencia de Cáncer de Cérvix es de 21.5 y 40.8 por 100,000 mujeres. En El Salvador según datos de GLUBOCALL 2002, la tasa de incidencias de 45.6 cosas por 100,000 mujeres³.

Para el año 2005 a nivel nacional, según datos del Ministerio De Salud Pública Y Asistencia Social, el cáncer de cérvix se encontró dentro de los tumores malignos que son la segunda causa de muerte hospitalaria en mujeres de 20 a 50 años.

La gerencia integral de atención a la mujer y niñez conforma que la tasa de morbilidad de cáncer de cérvix en El Salvador ocupa el primer lugar en el continente americano, 23.5 por mil habitantes. Una posición nada privilegiada.

El estudio se realiza en la Unidad de Salud de Sensuntepeque que significa Centzuntli tepec, muchas montañas o muchos cerros, lugar de serranías. Capital del departamento de Cabañas por decreto legislativo el 10 de Febrero de 1973.

De la situación planteada se enuncia el problema de la siguiente manera.

¿Se realiza una implementación correcta de la Norma Técnica de la prevención y control del cáncer de cérvix para la detección temprana en las usuarias que consultan en la Unidad de Salud de Sensuntepeque en el mes de junio del 2011?

³ Pisani P, Parkin DM, Bray F, et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. International journal of cancer 24; 83 (1): 18-29 (September 1999).

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la implementación correcta de la norma de prevención y control del cáncer de cérvix en la unidad de salud de Sensuntepeque en Julio de 2011.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar si se están aplicando en forma correcta procesos de la Norma de detección y tratamiento de Cáncer de Cérvix.
- Verificar la visita domiciliar, como estrategia para la pronta entrega de respuestas de la Citología.

VI. MARCO TEORICO

La prevención y detección temprana del Cáncer Cervico-uterino es una prioridad en el país, por cuanto es uno de los principales problemas de Salud Pública. Constituye la primera causa de muerte por cáncer en la mujer a partir de los 25 años de edad.

La mayor parte de las neoplasias tienen un ciclo gradual, es decir, sus precursores, displasias pueden existir durante años en una fase reversible de la enfermedad. La citología Cervico-vaginal es el método de tamizaje de elección para la detección temprana de estos padecimientos.

La clasificación de Bethesda es una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología.

1. PREALENCIA

Una estimación moderada de la prevención mundial, basada en los datos de 2000, indica que hay casi 1,4 millones de casos de cáncer-cervicouterino reconocidos clínicamente⁴. Los conocimientos actuales sobre la historia natural del cáncer cervicouterino indican que el número de mujeres que pueden tener afecciones precursoras de cáncer invasor. Por consiguiente, puede haber hasta 7,000,000 de mujeres con displasias de grado alto, que deben ser identificadas y tratadas.

2. MORTALIDAD

El cáncer cervical mata a más mujeres cada año que las mujeres mueren

en parto, y se estima que podría afectar a 750,000 mujeres en el año 2020 y la cifra mundial podría aumentar hasta 1 millón de casos nuevos para el año 2050. En todo el mundo, el cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231,000 mujeres por año, y más de 80% de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo⁵.

⁴ Miller A. Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (1992).

⁵ Maggwa B, Hunter D, Mbugua S, et al. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi, Kenya. AIDS 7(5): 733-738 (May 1993).

En El Salvador según datos de GLOBOLCAN 2002, la tasa de mortalidad es de 23.5 muertes por 100,000 mujeres.

3. DISTRIBUCION POR EDADES

En la mayoría de los países, la incidencia del cáncer invasor del cuello uterino es muy baja en las mujeres menores de 25 años. La incidencia aumenta alrededor de los 35 a 40 años y alcanza un máximo de las mujeres de entre 50 y 70 años de edad⁶.

Los datos de los registros de cáncer en los países se producen en las mujeres de 35 años de edad o más. Las diferencias comparativas del número de casos de cáncer cervicouterino entre los distintos grupos de edad reflejan, en líneas generales, la estructura por edades subyacente de las poblaciones, así como el hecho de que, a menudo, no se efectúa un tamizaje de las mujeres mayores.

Algunos datos permiten suponer que las mujeres infectadas por el VIH corren mayor riesgo de presentar lesiones precancerosas que las mujeres no infectadas^{7,8}. Las enfermedades cervicouterinas también pueden progresar más rápidamente en las mujeres infectadas por el VIH, dando lugar a una progresión al cáncer más temprana.

⁶Motti P, Dallaberta G, Daniel R, et al. cervical abnormalities, human papillomavirus, and human immunodeficiency virus in woman in Malawi. *Journal of Infectious Disease* 173 (3):714-7 (march 1996).

⁷Eddy DM Secondary prevention of cáncer an overview. *Bulletin of the World Health Organization* 64(3):421-428 (1986)

⁸Nada K, McCrory DC, Myers ER, et al. Accuracy of the Papanicolaou tests in creening for an follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review, *Annals or internal Medicine* 16;132(10):810-819 (may 2000)

Según las estimaciones existentes sobre la incidencia de cáncer cervico-uterino, la prevalencia y mortalidad son probablemente inferiores que los valores reales, en gran parte porque muchas mujeres con cáncer cervicouterino no reciben atención médica y por lo tanto no están incluidas en los datos de los registros de cáncer. Las limitaciones de los establecimientos de diagnóstico y tendencia a que estos servicios, son un aliciente aun mas importante para elaborar estimaciones exactas. Además, la falta de sistemas organizados de información sanitaria plantea dudas sobre el valor de los registros del número de mujeres con cáncer cervicouterino.

4. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

La causa subyacente primaria del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común⁹. No obstante, es importante reconocer que menos de 5% de las mujeres infectadas por el VPH contraen el cáncer cervicouterino sino tienen acceso al tratamiento. Ciertos subtipos genéticos del VPH están asociados mas estrechamente con el cáncer cervicouterino y la infección persistente por el VPH tiende a progresar con mayor frecuencia a la displasia de grado alto y el cáncer¹⁰.

Hoy en día se han identificado más de cien tipos del VPH, de los que más de treinta tipos producen infecciones genitales. Estos se clasifican de forma general como de alto riesgo y de bajo riesgo de desarrollo de cáncer cervicouterino, considerándose que aproximadamente una docena de tipos son de alto riesgo (algunos de los tipos de bajo riesgo se asocian a verrugas genitales)

La infección del cuello uterino por tipos de VPH de alto riesgo pueden causar anomalías cervicales que, si se dejan sin tratar, evolucionan hacia el cáncer cervicouterino en algunas mujeres. Sin embargo, la mayoría de las infecciones por el VPH son transitorias, lo que significa que los mecanismos de defensa del organismo erradican los virus, sin que planteen ningún riesgo de evolución hacia el cáncer.

⁹ Fahey MT, Irwing L, Mascaskill P. Metaanalysis of Pap test accuracy. American Journal of Epidemiology 141:680-689 (April 1995)

¹⁰ Evaluation of Cervical Cytology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD (January 1999)

La mayoría de estas lesiones regresan por si solas o no evolucionan hacia lesiones de alto grado o hacia el cáncer (PATH 2000). Se pueden desarrollar lesiones de alto grado directamente al partir de una infección persistente por el VPH o de lesiones de bajo grado.

Algunas lesiones de grado alto progresan hacia el cáncer invasor durante un periodo de hasta diez años. Por consiguiente, hay mucho tiempo para identificar y tratar las mujeres infectadas antes de que se desarrolle el cáncer cervico-uterino.

La mayoría de las lesiones de bajo grado regresan por si si solas o no evolucionan hacia lesiones de alto grado o hacia el cáncer (PATH 2000)

El cáncer cervico-uterino se presenta con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años, y su incidencia es más alta en los 50 y 69 años (Miller 1992, Parkin 1997)

5. FACTORES DE RIESGO DE CANCER CERVICO UTERINO: INDICADORES HASTA LA FECHA

El hecho de saber que el VPH es el precursor necesario pero no suficiente del cáncer cervicouterino ha centrado la atención en la posibilidad de la prevención primaria.

Los factores de riesgo de infección por el VPH, - como el inicio temprano de la actividad sexual, el hecho de tener múltiples parejas sexuales durante la vida (de una mujer o de sus parejas) y los antecedentes de otras ITS- generalmente reflejan la actividad sexual.

Por consiguiente, los esfuerzos de prevención primaria se han centrado en la reducción de la infección a través de la disminución del número de compañeros sexuales y la promoción del uso de los anticonceptivos de barrera, especialmente los preservativos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades 2004, Lytle et al 1997, Weaver et al., en preparación)

El consumo de tabaco puede influir si una mujer con displasia tiene tendencia a desarrollar un cáncer cervicouterino. La inmunosupresión, en especial la relacionada con la infección por VIH, también es un factor predisponente. Algunos factores hormonales, el uso de anticonceptivos orales, el parto a edad temprana y los partos numerosos también influyen¹¹.

La mayoría de los demás factores que se consideran asociados al cáncer cervicouterino, como la edad en que se tiene la primera relación sexual y el número de parejas sexuales, muy probablemente sean indicadores de exposición al VPH mas que factores de riesgo propiamente dichos^{12,13}.

6. METOS DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO-UTERINO, PRUEBAS DE TAMIZAJE.

El tamizaje supone analizar a un grupo destinatario (en este contexto, las mujeres) que tienen riesgo de padecer una enfermedad dada (en este caso, las lesiones precancerosas de cérvix). El objetivo del tamizaje es detectar y tratar a las personas en las que se han identificado signos tempranos de la enfermedad, generalmente por medio de una prueba barata, preciosa fiable que pueda aplicarse ampliamente.

Hay varias pruebas de tamizaje del cáncer cervico-uterino que se están utilizando o estudiando en todo el mundo. La citología cervical se ha empleado en los 50 últimos años. Las pruebas de tamizaje mas recientes son las pruebas del ADN del VPH y las pruebas de tamizaje visuales. Cada una de estas pruebas tiene ventajas y desventajas.

A continuación se describen brevemente estas pruebas, con alguna información técnica adicional, además de las virtudes y limitaciones.

¹¹ Alonso, Lazcan, Hernández, Cáncer Cervico uterino Diagnostico, Prevencion y Control, Panamericana 2000.

¹² American Society of Colposcopy and Cervical Pathology, management issues Related to Quality of the Smear, Journal Lower Genital Trac Disease 1997; 1(2): 100-6

¹³ Annekathryn Goodman, Management of tha Abnormal Papanicolaou Smear, Harvard Medical Scool, Up to Date 2000.

Citología Cervical

La citología cervico-uterino convencional- también denominada prueba de Papanicolaou, frotis de Papanicolaou y frotis cervico-uterino- detecta células anómalas en una muestra tomada del cuello uterino. Implica realizar una exploración mediante espejulo para exponer el cuello y el orificio uterino, y obtener células del cuello uterino utilizando una espátula de madera o plástico, un hisopo o un cepillo.

Luego se realiza un frotis de estas células y se fija en un portaobjetos de vidrio. Después, un técnico con formación en citología evalúa cada portaobjetos en el microscopio.

Este proceso de múltiples fases puede durar varias semanas antes de que la usuaria disponga de los resultados, aunque en programas bien organizados los resultados pueden estar disponibles antes.

Entre los requisitos mínimos para establecer actividades eficaces de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou cabe enseñar los siguientes:

Contar con personas bien adiestradas para realizar la prueba de Papanicolaou (con inclusión de personas no médico, como las enfermeras, entre otros);

Disponer de los suministros necesarios, como espátulas, hisopos, láminas y espray fijador.

Tener acceso al equipo necesario, como canapés y/o mesa ginecológica, espéculos, fuentes de iluminación, formularios y registros de laboratorio;

Contar con los vínculos necesarios, con los medios de transporte y con un laboratorio de citología fiable, que emplee a citología y personas adiestradas en las técnicas citológicas.

Tener estrategias definidas para asegurar la calidad de las muestras de la prueba de Papanicolaou y la exactitud de la interpretación citológica y mecanismos probados para la comunicación oportuna de los resultados de la prueba.

En algunos países desarrollados, los programas de tamizaje de Papanicolaou, también conocidos como programas de tamizaje citológico, han dado resultados notables en cuanto a la reducción de la incidencia de cáncer cervico-uterino y de la mortalidad.

La incidencia del cáncer cervico-uterino puede reducirse hasta un 90% si los procedimientos de tamizaje son buenos y se logra una cobertura elevada¹⁴.

Si bien mediante los estudios de los programas de exámenes citológicos se ha obtenido una amplia gama de datos sobre la sensibilidad y la especificidad de la prueba de Papanicolaou^{15,16} se considera que esta prueba es específica para la detección de las lesiones de grado alto y el cáncer. Esto significa que la prueba de resultados negativos para la proporción elevada de mujeres que efectivamente no tienen displasias. Sin embargo, el ejemplo de la prueba de Papanicolaou para el tamizaje solo tiene una sensibilidad moderada. Ello significa que la prueba es positiva solo para un porcentaje relativamente bajo de mujeres que presentan displasias. Este porcentaje puede ser aun menos en las mujeres posmenopausicas, en razón de los cambios fisiológicos del cuello uterino. En un metanálisis reciente se comprobó que este método de citología cervicouterino tiene una sensibilidad global del 51% y una especificidad de 98%¹⁷.

Pruebas visuales: IVAA e IVSL

Hay dos clases de pruebas visuales para identificar las lesiones cervicales precancerosas.

¹⁴ British Journal of Obstetrics and Gynaecology, Human Papilloavirus and Cervical Cancer: Where are we now?, December 2001, Vol. 108, pp 1204-1213.

¹⁵ Roberto Álvarez Sintés, Clarivel Presno Ladrador y Lourdes Iliana Marin Valdés Revista Cubana de Medicina General Integral: Toma de la muestra citología, octubre-diciembre, 1995.

¹⁶ Centro para programas de Comunicación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva, Capítulo 3 La Consejería, 1999.

¹⁷ Comité Interinstitucional de Ginecología Oncológica, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Lesión Intraepitelial (LEI), El Salvador, 1994.

En la inspección visual con ácido acético (IVAA), a veces denominada inspección visual directa (IVD), las lesiones precancerosas adoptan temporalmente un tono blanco después de aplicar ácido acético (vinagre). Al igual que la citología cervicouterino y la prueba el ADN del VPH, la inspección visual con ácido acético implica la exploración con espejuelo y la exposición del cuello uterino y del orificio cervical.

Después de impregnar el cuello uterino con ácido acético al 3-5% con un aplicador de algodón, las zonas anormales adquieren en aspecto blanco distintivo.

La inspección visual con ácido acético puede llevarse a cabo en una gama amplia de entornos. No requiere el procedimiento en un laboratorio, los resultados son inmediatos, y se puede proporcionar tratamiento en la misma visita. Dada la naturaleza subjetiva de la elevación visual, es importante estandarizar las definiciones para las pruebas positivas y negativas, y prestar atención especial a la garantía de la calidad regular y constante. A pesar de que en la mayoría de los estudios realizados hasta la fecha la sensibilidad de la inspección visual con ácido acético ha sido igual o mejor que la de la citología, su especialidad ha sido menor. Para 2010, los estudios que está realizando la ACCP aportan pruebas sobre la repercusión de la inspección visual con acético en las tasas de incidencia del cáncer.

La segunda prueba es la inspección visual con solución yodo yodurada de Lugol (IVSL). Al igual que la inspección visual con ácido acético, la inspección visual con solución de Lugol supone la tinción temporal del cuello uterino, en esta ocasión con el yodo el Lugol. Las células normales captan el yodo y muestran un color caoba, mientras que las lesiones cervicouterinas precancerosas presentan un tono amarillo.

Como ocurre con la inspección visual con ácido acético, los resultados de la inspección visual con solución de Lugol puede ser más eficaz que la inspección visual con ácido acético, pero se precisa evaluación adicional para demostrar su eficacia en diversos entornos, así como su repercusión como prueba de tamizaje en la reducción de la incidencia del cáncer cervicouterino.

7. DIAGNOSTICO Y CONFIRMACION

Convencionalmente, el tamizaje basado en la citología se vincula el tratamiento mediante un paso diagnostico intermedio en el que se usa la Colposcopia, seguida de la biopsia confirmatoria cuando está indicado. Se puede recurrir al legrado endocervical. La evaluación de laboratorio de las muestras tisulares obtenidas mediante biopsia (histología) confirma la presencia o ausencia de una lesión pre invasiva de cáncer y el propio cáncer cervicouterino.

La Colposcopia implica la ampliación con iluminación de alta potencia del cuello uterino usando un colposcopio, un instrumento de aumento binocular. Permite que los proveedores determinen el grado de las lesiones y es útil para realizar biopsias y tratamiento orientado mediante criterio o escisión electro quirúrgica con asa (LEEP). La Colposcopia no es un procedimiento invasor y resulta satisfactoria como procedimiento ambulatorio. No requiere anestesia, los proveedores de salud, deben tener formación especializada y experiencia para usarlos de manera competente.

ORIGEN DEL SISTEMA BETHESDA

Se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario taller organizado por el National Cáncer Institute de los Estados Unidos. Los participantes concluyeron que la clasificación de Papanicolaou no se considera aceptable en la práctica moderna de la citología, por cuanto no corresponde a los conocimientos actuales sobre lesiones Cérvico-vaginales.

El fin principal de este sistema es comunicar al médico solicitante la mayor información posible para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico).

CONDUCTA A SEGUIR EN BASE AL REPORTE CITOLOGICO. GUIA TECNICA DE PREVENCION Y CONTROL DEL CANCER DE CERVIX¹⁸

SISTEMA BETHESDA	CONDUCTA A SEGUIR
Insatisfactoria para evaluación por calidad de muestra	Repetir PAP inmediatamente
Satisfactoria para evaluación / Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir PAP en dos años
Tres satisfactorias para evaluación / Negativa para lesión intraepitelial o malignidad	Repetir PAP en tres años
Satisfactoria para evaluación / Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a la inflamación	Dar tratamiento según caso, repetir PAP en 1 año.
Satisfactoria para evaluación / Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos	Tratamiento específico según normas de ITS y repetir PAP en dos años.
Células escamosas atípicas de significado no determinado	Referir a Colposcopia
Células escamosas atípicas donde no se puede descartar lesión de alto grado	Referir a Colposcopia
Células glandulares atípicas de significado No determinado	Colposcopia y legrado diagnóstico
LEI de Bajo Grado	Referir a Colposcopia
LEI de Alto Grado	Referir a Colposcopia
Carcinoma de células escamosas	Referir a Colposcopia
Adenocarcinoma	Referir a Colposcopia

¹⁸ El Salvador. Ministerio de Salud Público y Asistencia Social (MSPAS). Guía técnica de prevención y control de Cáncer de Cervix/ Fondo de población de Naciones Unidas (UNFPA) 1ra Edición San Salvador, El Salvador 2007.

Asimismo, en caso de ser referida deberá notificarse el lugar de atención, el horario, la fecha y el costo del servicio a recibir.

Posterior a la respuesta del Papanicolaou se orientara a la usuaria en los cuidados de salud que debe observar y se le enfatizara la importancia de cumplir con su nueva prueba en la fecha indicada.

Debe de garantizarse el acceso universal y el monitoreo para la atención oportuna de las mujeres. Si durante el transcurso del plan de atención se detectan casos de mujeres que no han continuado se tratamiento, deberán ser contactadas es su comunidad de origen a través del personal de salud del establecimiento respectivo o de los agentes de atención comunitaria.

De las características del personal es importante resaltar que según la norma el personal responsable de la provisión de servicios de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de Cérvix, en los diferentes niveles velara por la incorporación de la capacitación permanente dentro de las actividades permanentes dentro de las actividades de su plan operativo, de igual manera debe en principio estar capacitado en la aplicación de las normas, guías y procedimientos de acuerdo a los documentos oficiales autorizados por el nivel rector.

PARÁMETROS

1.- VALORACIÓN DE LA IDONEIDAD DE LA MUESTRA PARA SU ESTUDIO DIAGNOSTICO

Información importante que no se había tomado en consideración.

Frotis adecuado para diagnóstico con presencia de: células endocervicales conservadas; células de metaplasia escamosa.

Frotis limitado por: datos incompletos; material celular escaso; fijación deficiente; hemorragia; presencia de exudado inflamatorio; ausencia de células endocervicales Frotis inadecuado para diagnóstico por: presencia de hemorragia intensa, mala fijación.

2.- INFECCIONES. Su presencia puede sugerirse a partir del examen citológico: Flora normal, Flora mixta, Gardnerella, Leptotrix, Clamidia, Tricomonas, Cándida, Otros.

3.- ANOMALÍAS DE LAS CÉLULAS EPITELIALES

Las nuevas directrices en estos criterios, se resumen a continuación:

CATEGORIZACIÓN BETHESDA: Células del epitelio escamoso sin cambios inflamatorios, ni sugestivos de malignidad, con alteraciones por inflamación leve, alteraciones por inflamación moderada, con alteraciones por inflamación severa.

ATIPIAS Este término se emplea exclusivamente cuando los hallazgos citológicos son de importancia indeterminada. ASCUS (Atipias epiteliales de significado indeterminado), ASGUS (Atipias glandulares de significado indeterminado) Cambios citológicos relacionados con exposición a Radio – Quimioterapia.

LESIONES INTRAEPITELIALES ESCAMOSAS. Se designaron dos términos diagnósticos dentro de esta categoría:

LESIÓN ESCAMOSA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO (LIE): Incluye los casos con cambios celulares asociados con Infección del Virus del Papiloma Humano VPH y los asociados con displasia leve: NIC I.

LESIÓN ESCAMOSA

INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO (LIE): Incluye los casos con cambios celulares que sugieran displasia moderada o grave, así como el carcinoma in situ.

4.- EVALUACIÓN HORMONAL Define si el patrón hormonal es o no compatible con la edad e historia de la paciente. Células Basales/ intermedias/superficiales.

5.- RECOMENDACIONES:

Repetir examen, Referir a hospital, Control no antes de 3 meses, Control no antes de 6 meses, Control no antes de 1 año, Colposcopia, Biopsia.

CARCINOMA

Estadio I

El carcinoma de estadio I se limita estrictamente al cuello uterino. No se debe tomar en cuenta la extensión al cuerpo uterino. El diagnóstico de los estadios IA1 y IA2 debe hacerse a partir de los exámenes microscópicos de un tejido extirpado, preferentemente un cono, que rodee la lesión entera.

Estadio IA: Cáncer invasor identificado a través de un examen microscópico únicamente. La invasión se limita a la invasión del estroma medida con un máximo de 5 mm de profundidad y 7 mm de extensión horizontal.

Estadio IA1: La invasión medida en el coestroma no supera 3 mm de profundidad y 7 mm de diámetro.

Estadio IA2: La invasión medida en el estroma está entre 3 y 5 mm de profundidad y no supera 7 mm de diámetro.

Estadio IB: Las lesiones clínicas se limitan al cérvix, o las lesiones preclínicas son mayores que en el estadio IA. Toda lesión macroscópicamente visible incluso con una invasión superficial es un cáncer de estadio IB.

Estadio IB1: Lesiones clínicas de tamaño máximo de 4 cm.

Estadio IB2: Lesiones clínicas de tamaño superior a 4 cm.

Estadio II

El carcinoma de Estadio II se extiende más allá del cérvix, pero sin alcanzar las paredes pelvianas. Afecta la vagina, pero no más allá de sus dos tercios superiores.

Estadio IIA: Ninguna afección parametrial evidente. La invasión afecta los dos tercios superiores de la vagina.

Estadio IAB: Afección parametrial evidente, pero la pared pelviana no está afectada.

Estadio III

El carcinoma de estadio III se extiende hacia la pared pelviana. En el examen rectal, todas las zonas están invadidas por el cáncer entre el tumor y la pared

pelviana. El tumor afecta el tercio inferior de la vagina. Todos los cánceres con una hidronefrosis o una disfunción renal son cánceres de estadio III.

Estadio IIIA: Ninguna extensión en la pared pelviana, pero afección del tercio inferior de la vagina.

Estadio IIIB: Extensión a la pared pelviana, hidronefrosis o disfunción renal.

Estadio IV

El carcinoma de estadio IV se extiende más allá de la pelvis verdadera o invade la mucosa de la vejiga y/o del recto.

Estadio IVA: Extensión del tumor a los órganos pelvianos cercanos.

Estadio IVB: Extensión a los órganos distantes.

Desde el enfoque de la salud en la mujer en el ámbito mundial, cada vez adquiere mayor relevancia el problema del cáncer cervico uterino, principalmente en aquellas regiones y países de mundo menos desarrollados, donde las medidas socioeconómicas, políticas y culturales no favorecen el desarrollo de acciones equitativas y accesibles para toda la población, principalmente las de carácter educativo y de prevención a través de programas de tamizaje que sean efectivos.

En el marco de los avances científicos y nuevas alternativas de detección temprana de esta enfermedad el Ministerio de Salud a través de la Unidad de Atención Integral en Salud a la Mujer se elabora la Norma Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix.

VII. METODOLOGIA

a) TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a la naturaleza reúne por su nivel las características de un estudio descriptivo-documental, ya que se basa en recopilación de datos existente en forma de documental. El propósito en obtener antecedentes es para profundizar en las teorías y aportaciones ya existentes sobre el tema o refutarlos y en suceso derivar conocimientos nuevos sobre Cáncer Cervical.

Según el tiempo, es una investigación vertical o transversal ya que apunta a un momento y tiempo definido (Junio 2011).

De igual manera es documental ya que se revisan los expedientes de las 95 pacientes que acudieron a toma de PAP en el periodo del mes de Junio de 2011, revisando la hoja de Papanicolaou y la historia clínica y tratamiento del día de entrega de esta. Asimismo se reviso el libro de control de citologías por el personal de enfermería para obtener datos sobre, fecha de entrega de resultados y métodos que utiliza personal de enfermería para la pronta entrega de esta.

PERIODO Y LUGAR DONDE SE DESARROLLA EL ESTUDIO

Se realiza en el mes de Junio de 2011.

En la Unidad de Salud de Sensuntepeque, localizada en Sensuntepeque o Cenzuntli-Tepec, que significa muchas montañas o muchos cerros. Cabecera departamental de Cabañas.

b) UNIVERSO

La población motivo de esta investigación está conformada por el total de 117 expedientes de pacientes que en el mes de Junio del año 2011 a toma de examen de Papanicolaou a la unidad de Salud de Sensuntepeque.

c) MUESTRA

Para obtener la muestra se hace mediante muestreo aleatorio simple ya que se conoce la población, mediante la siguiente formula.

$$n = \frac{S^2}{E^2} \cdot \frac{Z^2}{N}$$

N= Tamaño de la Población

$$n = \frac{(0.4)^2}{(0.05)^2} \cdot \frac{(1.96)^2}{157}$$

$$n = \frac{0.16}{0.0025} \cdot \frac{3.84}{157}$$

$$n = \frac{0.16}{0.000651} \cdot 0.001019$$

$$n = \frac{0.16}{0.00167}$$

$$n = 95$$

d) UNIDAD DE ANALISIS

Los 95 expedientes de las pacientes que asistieron a toma de citología en el mes de Junio del año 2011.

e) CRITERIOS DE INCLUSION

- Citologías con muestra adecuada para estudio.
- Expedientes de pacientes que se tomaron citología en el mes de Junio de 2011.

f) CRITERIOS DE EXCLUSION

- Expedientes de pacientes con Papanicolaou anormal más embarazos en menos de 20 semanas.

g) OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable independiente

1. Aplicación correcta de procesos en la norma
2. Respuesta temprana

Variable dependiente

1. Tratamiento oportuno
2. Tratamiento de cáncer de cérvix.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	VALORES	ESCALA
DIAGNOSTICO POR PAP	Método de elección para la detección oportuna de cáncer cervicouterino	Normal, Inflamación, Candidiasis, Tricomoniasis, LEI BG, LEI AG, Carcinoma in situ	Nominal
Aplicación de la Norma	Lineamientos técnicos con el fin de fomentar la detección temprana del cáncer de cérvix a través de tamizaje, diagnóstico temprano, tratamiento y referencia oportuna.	SI NO	Dicotómicas
Tratamiento Oportuno	Tratamiento según Norma Técnica de Prevención y Control del cáncer de cérvix.	SI NO	Dicotómicas
Respuesta Temprana	Respuesta de Papanicolaou en un periodo de un mes.	1 mes 2 meses 3 meses	Cuantitativa Ordinal

h) FUENTE DE INFORMACION

- Expedientes clínicos de pacientes que acudieron al establecimiento de salud a toma de citología en el mes de Junio del año 2011.
- Hoja de toma y resultados del examen del Papanicolaou.
- Libro de registro de Citologías de la Unidad de salud, llevado por el personal de enfermería.

i) PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Revisión de todos los expedientes clínicos de pacientes que se realizaron toma de Papanicolaou en el mes de Junio del año 2011.

Mediante una guía de revision documental que consta de información general que incluye número de expediente clínico, fecha de toma de PAP y fecha de entrega de respuesta de PAP. Y la parte de datos clínicos que consta de Resultado de PAP (Inflamación, Candidiasis, Tricomoniasis, LEI BG, LEI AG, Carcinoma in situ y otros), Si la paciente recibió tratamiento según la norma, Si se le brindo consejería, Si en el expediente clínico se escribió la fecha de la próxima cita para toma de Papanicolaou y si se realizo vista domiciliar.

Los datos obtenidos durante la revisión del expediente clínico se incluyeron en una base de datos la cual se an en el programa EPI INFO, presentándose como tablas de frecuencia y gráficos, usando porcentajes como medidas de resumen.

j) PLAN DE ANALISIS

Los datos obtenidos mediante la Guía de análisis documental fueron procesados mediante el programa estadístico Epi Info lo que permite obtener graficas y tablas de frecuencia.

De igual manera se realiza cruce de variables lo que permite conocer si se está brindando tratamiento según norma en la Unidad de Salud Sensuntepeque, si se le brinda consejería o no a las pacientes que se les realiza Papanicolaou, Si se deja plasmado en el expediente clínico de la paciente la fecha para la próxima toma de Papanicolaou y si se realiza visita domiciliar.

VIII. RESULTADOS

En el Estudio realizado en la Unidad de Salud Sensuntepeque, con un muestra de 95 expedientes clínicos de donde por medio de un guía de análisis se obtuvo los datos que el 58.90% de las pacientes que se tomaron citología no recibieron consejería solo un 41.10% si recibió (Tabla 1), contrario a la norma que establece que toda paciente que se realiza Papanicolaou debe de recibir consejería, otro parámetro evaluado es el tratamiento según norma que a pesar de no ser en un 100% se obtiene un dato un poco más alentador ya que el 86.3% si lo recibió según la norma (Tabla 2).

Al revisar si en los expedientes clínicos está escrita la fecha de la próxima cita de toma de Papanicolaou que lo demanda la norma técnica de prevención y control del cáncer de cérvix solo el 29.5 % del personal de salud lo hace. La visita domicilia que es un valor agregado que se le debe hacer a toda paciente que no ha recibido su respuesta en los siguientes 30 días luego de la toma de esta para obtener un tratamiento oportuno y una pronta referencia en el caso de ser necesario desgraciadamente solo a un 9.5 se le realizo la visita domiciliar.

IX. ANALISIS

En la Unidad de Salud de Sensuntepeque, siendo esta una unidad de primer nivel de atención y una unidad de salud especializada, se realiza la revisión de 95 expedientes clínicos de usuarias que asistieron a toma de Papanicolaou en el mes de Junio del presente año, con el fin de analizar la aplicación correcta de la norma de prevención y control del cáncer de cérvix, encontrando que el personal de salud no cumple en 100% con la norma ya que solo a un porcentaje menos de la mitad (41.10%) se le brinda consejería, olvidando que este es el pilar fundamental para establecer una comunicación afectiva de doble vía entre la mujer y el proveedor siendo de utilidad para garantizar una decisión informada en cuanto a las opciones y alternativas terapéuticas.

En los expedientes clínicos solo el 29.5% de médicos deja plasmado en estos la fecha de su próximo examen de Papanicolaou, pero sí un 86.3% del personal brinda el tratamiento según norma. Y solo a un 9.5% representado por nueve usuarias se les realizó visita domiciliar para que acudan a la respuesta de Papanicolaou.

De un total de 95 PAP tomadas en el mes de Junio, 63 recibieron su respuesta en un mes, siendo este el tiempo estipulado por el establecimiento de salud a lo que se le denomina entrega temprano, por lo que no se cumple con la norma según ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

X. CONCLUSIONES

1. El personal de la Unidad de Salud Sensuntepeque no aplica en un cien por ciento correctamente la norma de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix.
2. De las 95 pacientes que asistieron a toma de Papanicolaou en el mes de Junio 39 pacientes (41.10%) recibieron consejería.
3. El 86.3% de las pacientes, es decir 82 usuarias si recibieron el tratamiento según norma, lo que refleja que el personal médico en su mayoría si brinda en tratamiento según norma.
4. El personal de Salud (enfermería) solo realizo en el mes de Junio 9 vistas domiciliarias de las 95 citologías tomadas, representando un 9.5%.
5. El 66.3 % (63 pacientes) recibió su citología en un mes, tal como lo norma la Unidad de Salud de Sensuntepeque.

XI. RECOMENDACIONES

A la Universidad Nacional de EL Salvador:

- Que se incluya dentro del Pensum de Doctorado en Medicina en la materia de Ginecología el tema de la Norma Técnica de prevención y control de Cáncer Cervical, lo que se verá reflejado en la toma de PAP por parte de los médicos en el año social.

A la Unidad de Salud de Sensuntepeque:

- Que las Normas Técnicas de Prevención y Control de Cáncer de Cervix forme parte de la inducción que se le realiza a los médicos y enfermeras (os) en el año social.

El personal médico y enfermería:

- Que en la Unidad de Salud se le capacite y actualice sobre la Norma Técnica de prevención y control de Cáncer de Cervix.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. GLOBOLCAN 2000: Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence Worldwide. Version 1.0. IARC CancerBase N0. 5, Lyon: IARC Press (2001)
2. World Health Organization (WHO). Primary prevention of cervical cancer. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 3 de octubre a 2 de noviembre, CAN /85.1 (1985)
3. El Salvador. Ministerio de Salud Público y Asistencia Social (MSPAS). Guía técnica de prevención y control de Cáncer de Cervix/ Fonde de población de Naciones Unidas (UNFPA) 1ra Edición San salvador, El Salvador 2007.
4. Pisani P, Parkin DM, Bray F, et al. Estimates of the worldwide mortality from 25 cancers in 1990. International journal of cancer 24; 83 (1): 18-29 (September 1999).
5. Miller A. Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (1992).
6. Maggwa B, Hunter D, Mbugua S, et al. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi, Kenya. AIDS 7(5): 733-738 (May 1993).
7. Motti P, Dallabertta G, Daniel R, et al. cervical abnormalities, human papillomavirus, and human immunodeficiency virus in women in Malawi. Journal of Infectious Disease 173 (3):714-7 (march 1996).
8. Eddy DM Secondary prevention of cancer an overview. Bulletin of the World Health Organization 64(3):421-428 (1986)
9. Nada K, McCrory DC, Myers ER, et al. Accuracy of the Papanicolaou tests in screening for an follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review, Annals of Internal Medicine 16;132(10):810-819 (may 2000)

10. Fahey MT, Irwing L, Mascaskill P. Metaanalysis of Pap test accuracy. *American Journal of Epidemiology* 141:680-689 (April 1995)
11. Evaluation of Cervical Citology. Summary, Evidence Report/Technology Assessment: Number 5. Agency for Health Care Policy and Research, Rockville, MD (January 1999)
12. Alonso, Lazcan, Hernández, Cáncer Cervico uterino Diagnostico, Prevencion y Control, Panamericana 2000.
13. American Society of Colposcopy and Cervical Pathology, management issues Related to Quality of the Smear, *Journal Lower Genital Trac Disease* 1997; 1(2): 100-6
14. Annekathryn Goodman, Management of tha Abnormal Papanicolaou Smear, Harvard Medical School, Up to Date 2000.
15. *British Journal of Obtetrics and Gynaecology*, Human Papilloavirus and Cervical Cancer: Where are we now?, December 2001, Vol. 108, pp 1204-1213.
16. Roberto Álvarez Sintes, Clarivel Presno Iadrador y Lourdes Iliana Marin Valdés *Revista Cubana de Medicina General Integral: Toma de la muestra citología*, octubre-diciembre, 1995.
17. Centro para programas de Comunicación, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, *Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva*, Capitulo 3 La Consejería, 1999.
18. Comité Interinstitucional de ginecología Oncológica, Normas y Procedimientos para el Manejo de la Lesión Intraepitelial (LEI), El Salvador, 1994.

XII. ANEXOS

TABLA 1

RECIBIO CONSEJERIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	56	58.90%	58.90%
SI	39	41.10%	100.00%
Total	95	100.00%	100.00%

MUJERES QUE SE LES DIO CONSEJERIA

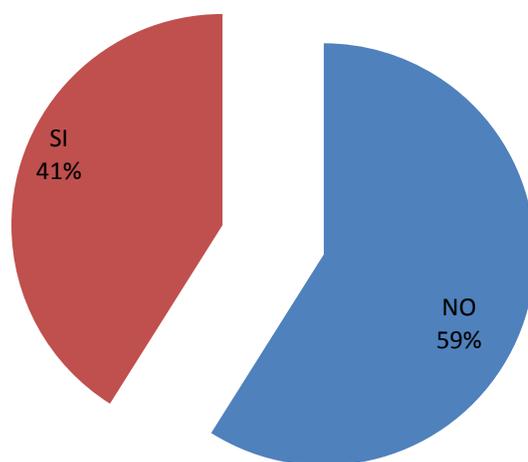


TABLA 2

TRATAMIENTO SEGÚN NORMA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	13	13.70%	13.70%
SI	82	86.30%	100.00%
Total	95	100.00%	100.00%



TABLA 3

CITA PLASMADO EN EXPEDIENTE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	67	70.50%	70.50%
SI	28	29.50%	100.00%
Total	95	100.00%	100.00%

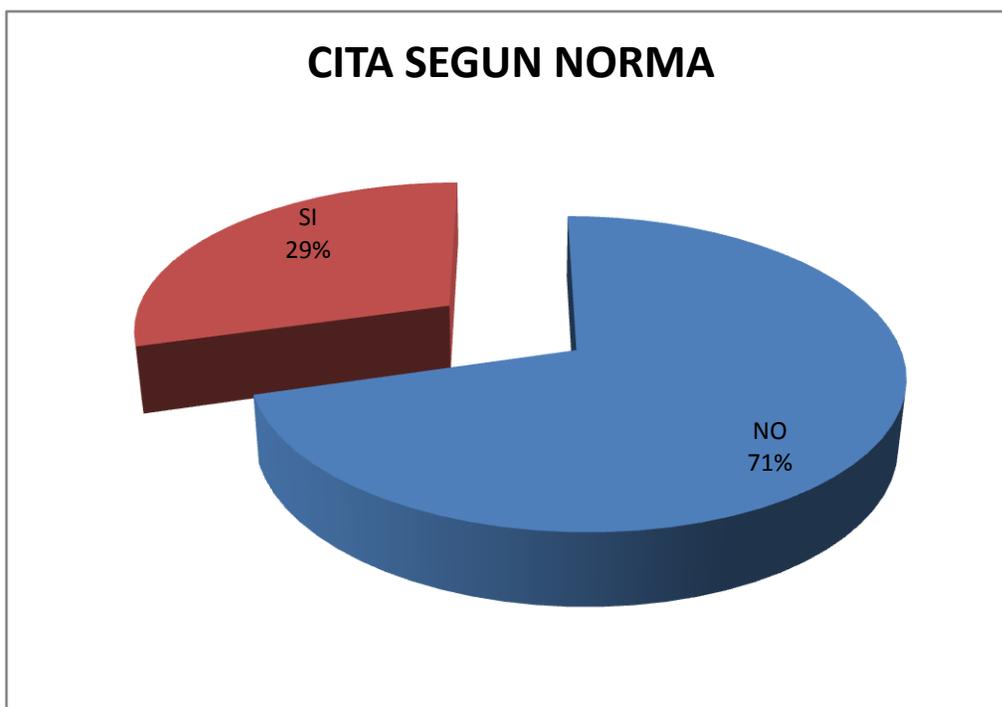


TABLA 4

VISITA DOMICILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NO	86	90,50%	90,50%
SI	9	9,50%	100,00%
Total	95	100,00%	100,00%



N°DEE	NFECHAD	NFECHADEENTREGA	NRESPUESTADEPAP	NTRATAMIENTO	NCONSEJERIA	NCITA	NVISITADOMICILIAR	UniqueKey	RECSTATUS	N°DEENCUESTA
3647-11	12/06/2011	31/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	1		1 1
260-08	12/06/2011	28/08/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	2		1 2
4435-08	13/06/2011	20/09/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	3		1 3
2845-08	01/06/2011	19/08/2011	otos	NO	NO	NO	NO	4		1 4
4894-08	01/06/2011	21/06/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	SI	5		1 5
2971-09	01/06/2011	13/09/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	6		1 6
192-11	02/06/2011	06/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	7		1 7
2707-08	02/06/2011	06/09/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	8		1 8
113-08	12/06/2011	12/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	9		1 9
5788-06	03/06/2011	20/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	10		1 10
2393-09	03/06/2011	19/10/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	11		1 11
3477-11	03/06/2011	29/06/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	12		1 12
6564-06	03/06/2011	10/07/2011	LEIBG	SI	NO	SI	SI	13		1 13
3478-11	03/06/2011	22/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	SI	SI	14		1 14
3981-11	03/06/2011	28/06/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	15		1 15
786-10	06/06/2011	24/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	16		1 16
4923-10	06/06/2011	18/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	17		1 17
803-10	06/06/2011	06/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	18		1 18
294-11	07/06/2011	27/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	19		1 19
3658-11	13/06/2011	07/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	20		1 20
822-10	13/06/2011	20/10/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	21		1 21
3664-11	13/06/2011	13/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	22		1 22
9553-07	13/06/2011	12/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	23		1 23
6542-10	13/06/2011	21/09/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	24		1 24
2437-11	14/06/2011	27/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	25		1 25
1086-11	14/06/2011	27/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	26		1 26
3982-10	14/06/2011	19/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	27		1 27
2506-11	14/06/2011	03/10/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	SI	28		1 28
9436-07	14/06/2011	20/07/2011	NORMAL	SI	NO	NO	NO	29		1 29
2603-11	14/06/2011	14/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	30		1 30
8877-08	14/06/2011	14/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	31		1 31
7922-06	14/06/2011	27/07/2011	NORMAL	SI	SI	NO	NO	32		1 32
3707-11	15/06/2011	25/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	33		1 33
10555-06	15/06/2011	18/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	34		1 34
3545-08	28/06/2011	02/09/2011	LEIBG	SI	SI	SI	SI	35		1 35
2517-11	02/07/2011	02/08/2011	TRICOMONIASIS	SI	NO	NO	NO	36		1 36
7838-07	16/06/2011	27/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	37		1 37
7149-08	16/06/2011	11/08/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	38		1 38
5369-08	16/06/2011	16/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	39		1 39
3799-11	16/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	40		1 40
6131-10	16/06/2011	17/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	41		1 41
1557-11	16/06/2011	01/10/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	42		1 42
4587-07	17/06/2011	01/08/2011	NORMAL	SI	NO	NO	NO	43		1 43
616-09	17/06/2011	21/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	44		1 44
726-10	20/06/2011	10/09/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	45		1 45
297-07	20/06/2011	21/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	46		1 46
1428-10	30/06/2011	17/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	47		1 47
8708-08	23/06/2011	23/07/2011	TRICOMONIASIS	SI	NO	NO	NO	48		1 48
5671-06	23/06/2011	04/08/2011	CANDIDIASIS	SI	SI	NO	NO	49		1 49
3899-11	23/06/2011	03/09/2011	CANDIDIASIS	SI	NO	NO	NO	50		1 50
10600-07	07/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	51		1 51
788-10	07/06/2011	18/07/2011	NORMAL	SI	SI	NO	NO	52		1 52
677-09	07/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	53		1 53
3608-11	10/06/2011	18/08/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	54		1 54
4975-08	10/06/2011	20/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	55		1 55
5431-10	10/06/2011	16/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	56		1 56
5909-08	10/06/2011	27/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	57		1 57
7777-09	10/06/2011	16/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	58		1 58
785-09	11/06/2011	13/08/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	59		1 59
2716-10	12/06/2011	23/09/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	60		1 60

1704-11	15/06/2011	22/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	61	1 61
7449-08	15/06/2011	31/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	62	1 62
2103-10	18/06/2011	26/07/2011	LEIBG	SI	NO	NO	SI	63	1 63
2483-11	19/06/2011	20/07/2011	LEIBG	SI	NO	NO	SI	64	1 64
1022-08	20/06/2011	16/08/2011	otos	NO	NO	SI	SI	65	1 65
3827-10	23/06/2011	01/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	66	1 66
3911-11	24/06/2011	24/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	67	1 67
3137-06	24/06/2011	28/09/2011	INFLAMCION	SI	NO	SI	NO	68	1 68
9417-06	28/06/2011	27/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	69	1 69
987-09	29/06/2011	31/08/2011	otos	SI	SI	NO	NO	70	1 70
412-10	08/06/2011	25/07/2011	otos	SI	NO	NO	NO	71	1 71
3571-11	08/06/2011	31/08/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	72	1 72
5697-08	09/06/2011	12/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	73	1 73
4415-08	09/06/2011	18/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	SI	NO	74	1 74
5194-06	09/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	75	1 75
7898-08	09/06/2011	22/07/2011	otos	NO	NO	SI	NO	76	1 76
8674-07	09/06/2011	20/07/2011	NORMAL	SI	NO	SI	NO	77	1 77
769-06	09/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	78	1 78
2541-11	10/06/2011	15/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	79	1 79
4980-07	10/06/2011	01/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	80	1 80
4925-07	10/06/2011	10/08/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	81	1 81
5026-08	07/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	82	1 82
24-11	07/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	83	1 83
377-08	07/06/2011	07/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	84	1 84
4717-10	07/06/2011	07/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	85	1 85
6454-11	10/06/2011	12/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	86	1 86
9993-07	10/06/2011	11/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	SI	NO	87	1 87
11390-06	10/06/2011	17/07/2011	LEIBG	SI	SI	SI	SI	88	1 88
677-09	07/06/2011	17/07/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	89	1 89
2505-06	10/06/2011	23/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	90	1 90
2307-06	23/06/2011	20/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	91	1 91
1293-11	10/06/2011	15/08/2011	INFLAMCION	NO	NO	NO	NO	92	1 92
5092-07	15/06/2011	07/07/2011	INFLAMCION	SI	NO	NO	NO	93	1 93
681-10	18/06/2011	07/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	SI	NO	94	1 94
4199-08	10/06/2011	18/07/2011	INFLAMCION	SI	SI	NO	NO	95	1 95