

REPÚBLICA DE CUBA
FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN
“ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA”
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

Cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino. Consejo Popular Sur.

Trabajo para optar por el título de Especialista en Primer Grado en Medicina General Integral.

Autora: Dra. Yanelys Rodríguez Gómez. Residente de segundo año en Medicina General Integral.

Tutor: Dra. Mailén González Morales. Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente.

MORÓN

2014

REPÚBLICA DE CUBA
FILIAL DE CIENCIAS MÉDICAS DE MORÓN
“ARLEY HERNÁNDEZ MOREIRA”
POLICLÍNICO UNIVERSITARIO DOCENTE SUR- MORON.

**Cumplimiento de los objetivos del Programa Nacional de
Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino. Consejo Popular
Sur.**

**Trabajo para optar por el título de especialista en primer grado en Medicina
General Integral.**

Autora: Dra. Yanelys Rodríguez Gómez. Residente de Segundo Año en
Medicina General Integral.

MORÓN

2014



DEDICATORIA

- A mi Madre, por el apoyo incondicional que me ha ofrecido, y sobre todo, por su comprensión, paciencia y sacrificio durante toda mi carrera.
- A mi Bebé por ser la esperanza de mi Vida y mi razón de ser.
- A mi tutor por la ayuda ofrecida en la realización de este trabajo.
- A todas aquellas personas que de una forma u otra intervinieron en la realización del trabajo, apoyándome incondicionalmente.

RESUMEN

Existen dificultades con la aplicación del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino, por lo que el objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento de dicho programa para la elaboración de un plan de acciones que permita el mejoramiento de los objetivos del Programa en el Consejo Sur, perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón durante el período Julio de 2013 a Mayo del 2014. Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud con diseño observacional descriptivo con el objetivo de evaluar el cumplimiento del Programa Nacional e identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en este programa. El universo de estudio estuvo constituido por las 1954 mujeres de 25 a 60 años residentes en el Consejo Sur. Del total de mujeres 1784 tenían la prueba citológica actualizada. La causa fundamental del incumplimiento del programa está dada, cuanto a condiciones estructurales, encontramos deficiencias ya que existe un mayor porcentaje de las consultas que no cuentan con bombillos ahorradores o lámparas que ayuden a una buena toma de la muestra. Se encontró deficiencias en la capacitación se desconoce la adecuada toma de la prueba citológica correcta. Por lo que el programa marcha insatisfactoriamente ya que el incumplimiento está dado por el trabajo de educación para la salud de los Equipos Básicos de Trabajo en los consultorios, relacionados con promoción y prevención de la salud lo que conlleva a la baja percepción del riesgo de las mujeres ante el proceder, por desconocimiento de la enfermedad.

ÍNDICE.

	Páginas
I Introducción	1
II Objetivos	2
III Marco Teórico	4
IV Material y Método	16
V Análisis y Discusión de los Resultados	25
VI Conclusiones	37
VII Recomendaciones	38
VIII Referencias Bibliográficas	39
IX Anexos	

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud cubano depende del Ministerio de Salud Pública, que es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado referente a la salud pública. La Constitución de la República de Cuba señala en su artículo 50 “Todos tienen derecho a que se atiendan y proteja su Salud”. El Estado garantiza este derecho, por otro lado el Ministerio cubre las funciones de atención médica, asistencia a ancianos y minusválidos, control higiénico- epidemiológico, la producción y distribución de medicamentos y formación de profesionales.

La política del Estado Cubano ha estado encaminada a fortalecer el trabajo de prevención a todos los niveles y garantizar la salud del pueblo, así como a la formación y capacitación de especialistas, siendo una de las conquistas más grandes de la revolución, además de que nuestro personal de la salud ha prestado y presta su colaboración en cientos de países, poniendo bien en alto el nombre de Cuba, además queda claro en los Lineamientos de la Política Económica de la Revolución Cubana, como deben ser acometidas las tareas en aras de fortalecer la política relacionada con esta esfera tan importante.

En el mundo se ha trabajado de forma constante en la prevención y diagnóstico del cáncer cervicouterino (CCU), ya que este es la tercera neoplasia más común en mujeres alrededor del mundo, principalmente durante la edad fértil (15-44 años); se estima que cada año 530 000 mujeres son diagnosticadas con CCU y de estas, 275 000 mueren. Del total de casos, el 85% ocurren en países en vías de desarrollo de África, Asia y Latinoamérica, en donde se presentan alrededor de 453 000 casos y 242 000 muertes anuales. (1)

En Cuba a pesar de existir un Programa Nacional de Salud que aborda exhaustivamente el tema del Cáncer cervicouterino y su manejo desde todos los niveles de atención no se cumple como es debido. Lo que ocasiona problemas en el cumplimiento de las citologías, dificultades en la recuperación de las citologías no útiles, gran porcentaje de muestras con resultados no endocervicales; por muestras mal tomadas con posibilidad de ser positivas que no se recuperan por el

consultorio por desconocimiento del grupo básico y de los pacientes que se confían y no repiten la prueba hasta pasados tres años cuando ya es demasiado tarde. También existen dificultades materiales como no disponer de agua, mesa ginecológica, dificultades con la iluminación, no se distribuyen como es debido los kit de citologías que vienen preparados con todos los materiales necesarios incluso los idóneos para las tomar muestras endocervicales en condiciones estériles.

Por otra parte se ha podido constatar que en la provincia Ciego de Ávila el cáncer se encuentra en el segundo lugar de causas de muerte y de igual forma se comporta en el municipio Morón, con un total de 601 pacientes con Cáncer Cervicouterino, y en el policlínico sur un total de 322 citologías positivas siendo dentro de ellas el CCU el más frecuente del aparato genital femenino, donde ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer, solo precedido por el de mama.

Haciendo un análisis fáctico de la situación, se ha podido determinar cómo las posibles causas que originan la situación problemática.

1. Deficientes capacitación del personal del grupo básico que trabaja en la toma de muestras .
2. Carencias materiales de los kit requeridos para realizar las pruebas citológicas o de Papanicolaou.
3. Desconocimiento de los pacientes de la necesidad de la realización de las pruebas citológicas o de Papanicolaou.

Siendo analizadas estas causas, entonces podemos plantear cómo pregunta de la investigación: **¿Cómo se comporta el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer cervicouterino en el Consejo Popular Sur?**

El objetivo general de la investigación es evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino para la elaboración de un plan de acciones que permita el mejoramiento de los objetivos del Programa en el Consejo Popular Sur, perteneciente al Policlínico Universitario Sur de Morón durante el período Julio de 2013 a Mayo del 2014.

Para dar cumplimiento al objetivo general propuesto se establecen y desarrollan

los siguientes objetivos específicos:

1. Diagnosticar estado de cumplimiento del programa de diagnóstico precoz de cáncer cervicouterino en el Consejo Popular Sur en cuanto a Identificación de grupo de riesgo y realización del examen.
2. Establecer el tiempo que demoran en llegar las muestras desde el consultorio hasta el laboratorio y entre el diagnóstico de laboratorio a su conocimiento por el médico de familia.
3. Identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en el programa.
4. Elaborar un plan de acciones que contribuyan a mejorar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino.

Se plantea la siguiente Hipótesis de estudio: Si se identifican los factores que dificultan el cumplimiento de los objetivos que propone el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino se podría elaborar un plan de acciones que permitiría a corto plazo mejorar el cumplimiento del mismo.

El tema de la presente investigación es de gran importancia y actualidad para el país, si tenemos en cuenta que en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba se trató sobre la necesidad de mantener la salud y la calidad de vida de la población, para ello fue tenido en cuenta los lineamientos 144 y 147, en nuestro caso el trabajo permitirá lograr un plan de acciones que mejorará la aplicación y efectividad del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino en nuestro Municipio. El aporte práctico consiste en la elaboración de un plan de acciones que permite la evaluación y el mejoramiento en el diagnóstico y de la calidad de vida de los pacientes en el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino en el Consejo Popular Sur, durante el período Julio de 2013 a Mayo del 2014. La originalidad de la investigación está en que no se han encontrado antecedentes de investigaciones realizadas en nuestro municipio sobre la evaluación del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino y un plan de acciones para aplicarlo.

MARCO TEÓRICO

Por siglos los médicos han descrito casos similares, todos teniendo una triste conclusión. No fue sino hasta que la ciencia médica logró mayor entendimiento del sistema circulatorio en el siglo XVII que se lograron felices avances. La descripción más antigua del cáncer aunque sin utilizar el término «cáncer» proviene de Egipto, del 1600 a. C. aproximadamente. El papiro Edwin Smith describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron tratados con cauterización, con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". El escrito dice sobre la enfermedad: «No existe tratamiento». A lo mínimo un caso descrito es de un hombre.

El cáncer cervicouterino (CCU) es el más frecuente del aparato genital femenino y ocupa el segundo lugar en frecuencia de cáncer en la mujer, precedido por el de mama. Por los factores que predisponen el cáncer de cuello uterino se considera una enfermedad de transmisión sexual. La idea de que hay lugares en el mundo donde el cáncer no existe, es totalmente errónea. Las cifras que se tienen del cáncer cérvico uterino hoy en día no son muy alentadoras, y nos hablan de la problemática que este representa para el mundo. Hoy fallecen aproximadamente 500 000 mujeres a causa de este. En Colombia, la incidencia anual de CCU se estima entre 32.9 a 36.4 casos/año/100 000 mujeres, y la mortalidad es de 18.2 casos/año/100 000 mujeres, lo cual representa un grave problema de salud pública. Para el 2010, la infección por VPH reportada fue de 6.2 casos/100 mujeres, con mayor prevalencia en mujeres menores de 20 años. Este tipo de cáncer se presenta con mayor frecuencia en mujeres de bajo nivel socioeconómico, limitado o nulo acceso a información de programas de promoción y prevención en salud, o en condiciones de desplazamiento forzado. (2-6)

La evidencia indica que ciertos tipos de Virus de Papiloma Humano (VPH) conocidos como de alto riesgo (VPH-AR) son la principal causa de CCU (detectándose ADN-VPH en 99.7% de mujeres con CCU). De los 200 tipos virales identificados hasta el momento, 15 han sido clasificados como VPH-AR. Los tipos comúnmente encontrados son VPH-AR-16, -18, -45, -31, -33, -52, -58 y -35, (asociados con el 90% de CCU a nivel mundial). (7-12)

La mayoría de infecciones causadas por VPH-AR son transitorias (el 80% desaparece entre 6 a 8 meses después de la infección, sin causar lesión), mientras que un 20% no son depuradas eficientemente por el sistema inmune y se mantienen persistentes, lo que se ha sido sugerido como un factor relacionado con la progresión de lesiones precancerosas que conllevan al desarrollo de neoplasia malignas. (13,14)

El desarrollo de CCU requiere de una infección previa con VPH, pero la presencia de este en el organismo, no conlleva obligatoriamente a la enfermedad. Existen varios factores de riesgo asociados al huésped que potencian el desarrollo de este tipo de cáncer, dentro de los cuales se encuentran: la edad, el número de compañeros sexuales, la edad de inicio de las relaciones sexuales, la cantidad de partos y abortos, el consumo prolongado de anticonceptivos orales, el tabaquismo, una alimentación deficiente y factores genéticos. Como factores de riesgo asociados al virus se encuentran: la carga viral y las infecciones múltiples o coinfecciones (no sólo con otras familias de virus (Herpes virus, VIH), sino también con diferentes tipos de VPH). (15,16)

Las infecciones con más de un tipo de VPH de manera simultánea (coinfecciones), han sido vinculadas al desarrollo de lesiones de mal pronóstico, comúnmente en mujeres con una baja respuesta inmune. Sin embargo, no está claramente definida esta asociación en mujeres inmunocompetentes. El interés en estudiar las infecciones múltiples se disminuyó, dado que se propuso la clonalidad del cáncer cervical. Sin embargo, se ha sugerido que las infecciones múltiples favorecen las condiciones para que un solo tipo viral logre una máxima expresión y colonice el tejido cervical. (17-20)

Estudios previos realizados para Colombia han mostrado prevalencias de infección viral diferentes dependiendo del origen de las mujeres analizadas; el primero fue realizado con población femenina de la ciudad de Bogotá, en el cual se reportaron prevalencias de infección del 14.8%, mientras el segundo estudio se realizó en el departamento de Cauca, mostrando frecuencias de infección más elevadas. Las diferencias pueden deberse a la inclusión en el último estudio de un grupo de población rural – urbana, que además estaba expuesta a otros factores

de riesgo (exposición a carcinógenos químicos). Considerando que los trabajos antes mencionados no incluyen población con un componente socio-cultural y étnico diverso, y teniendo en cuenta que la distribución de las infecciones por VPH y tipo específicas varía según las regiones y grupos étnicos analizados resulta de vital importancia llevar a cabo estudios que incluyan grupos poblacionales más heterogéneos. (21,22)

El CCU representa un grave problema de salud pública en este país. Para el año 2009, la incidencia anual de CCU fue de 36.4 casos/100 000 mujeres y de infección por VPH de 6.2 casos por 100 mujeres, de los cuales 5.0 casos involucraban tipos virales de alto riesgo y 2.0 casos tipos de bajo riesgo. Además, un 20 al 30%, presentaron infección por varios tipos de VPH simultáneamente (23-25).

En la historia natural de la infección por VPH, ha sido descrito que del total de mujeres que algún momento de su vida tienen contacto con el virus, un 20% mantienen la infección, de éstas, luego de un largo periodo de persistencia (que puede durar de 7 a 10 años), entre el 20% al 40% desarrollan lesiones pre neoplásicas que progresaran a CCU. No obstante, la transformación celular causada por el virus es detectada cuando cambios morfológicos importantes ocurren; esta detección se realiza a través del test de Papanicolaou (Pap), el cual se considera como prueba de oro para la identificación de anomalías a nivel celular. (26-28)

El cáncer es considerado actualmente como una enfermedad prevenible y curable. A diferencia de criterios de antaño hoy se sabe que un tercio de los casos de cáncer son prevenibles, un tercio es potencialmente curable y el restante tercio puede tener, al menos, mejor calidad de vida. (29-31)

En Cuba de todos los agentes el que tiene un mayor peso en la producción de cáncer de cuello uterino es el Virus del Papiloma Humano. Esta enfermedad se considera hoy prácticamente como una enfermedad de transmisión sexual y la adquisición del virus y por tanto, (el cáncer de cérvix) relacionada con la conducta sexual (promiscuidad, otras ITS). (31,32)

La Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos ha aprobado dos vacunas para prevenir la infección por VPH: Gardasil® y Cervarix®. Ambas vacunas son muy efectivas en la prevención de infecciones persistentes por los tipos 16 y 18 de VPH, dos de los VPH de “alto riesgo” que causan la mayoría (70%) de los cánceres de cuello uterino. Gardasil impide también la infección por los tipos 6 y 11 de VPH, los cuales causan prácticamente todas (90%) las verrugas genitales ; además, hay datos iniciales que sugieren que Cervarix protege parcialmente contra algunos otros tipos de VPH que pueden causar cáncer.

En la literatura revisada en países como Guatemala a pesar de contar con Programa Nacional de Salud Reproductiva, el tamizaje de lesiones cervicouterinas en estadio precanceroso estaba centralizado y debido a la elevada incidencia de esta enfermedad se descentraliza recientemente con el fin de promover el diagnóstico precoz, tratamiento y vigilancia del cáncer cervicouterino. En Cuba en cuanto a manejo del cáncer de cérvix hay dos elementos de extraordinaria importancia al implementar el Programa de Detección Precoz. La edad a la que se debe iniciar la pesquisa y la frecuencia a la que se debe realizar la prueba. (33,34)

Estudios moleculares, clínicos y epidemiológicos han permitido demostrar en forma inequívoca, una relación causal entre la infección por el virus papiloma humano (VPH) y el cáncer Cérvico-uterino (CCU). El descubrimiento de esta asociación le valió al investigador alemán Harald zur Hausen el Premio Nóbel de Medicina de 2008.

Ocho genotipos de VPH, denominados de "alto riesgo" se asocian con 90% de estos cánceres y de ellos dos, los VPH 16 y 18, han sido consistentemente aislados en cerca de 70% de las mujeres con CCU en prácticamente todas las regiones del mundo. El VPH se asocia además con verrugas genitales o condiloma acuminado, con otros cánceres menos comunes como el de orofaringe, vulva, vagina y pene, y con papilomatosis respiratoria recurrente, enfermedad poco frecuente pero grave. (35-39)

Menos del 5% de las citologías de cuello uterino resultan en una displasia cervical. Son más frecuentes en las edades reproductivas, en particular entre 25 a 35 años. Los factores de riesgo más frecuentemente asociados con la aparición de NIC son las múltiples parejas sexuales o sea la promiscuidad, previo diagnóstico de verruga genital, infección por el VPH y las relaciones sexuales continuas antes de los 16 años. (40,41). Los cambios microscópicos iniciales que corresponden al desarrollo de una neoplasia cervical intraepitelial son las displasias del epitelio, es decir, la superficie que recubre el cuello uterino, lo cual es indetectable y asintomático en la mujer. Los cambios celulares asociados con una infección por el VPH, tales como los coilocitos, una célula epitelial superficial escamosa son encontrados comúnmente en los NIC.

La Oficina nacional de estadísticas de los Estados Unidos ofrece una proporción anual de 10 por 100 000, con una próxima a los 10 000 fallecimientos por esta causa. (42,43)

En Cuba mueren aproximadamente al año 600 mujeres por esta enfermedad; estas cifras expresan el número de fallecimientos, pero no realmente la incidencia de la enfermedad, pues no toda mujer que la padece muere por su causa. (44,45)

El cáncer cervicouterino es un tipo frecuente de cáncer en mujeres, y consiste en una enfermedad en la cual se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos del cuello uterino.

El Útero es un órgano cavitario muscular impar, situado en la cavidad de la pelvis, entre la vejiga por delante y el intestino recto por detrás. En él se distingue el fondo, el cuerpo, el istmo y el cuello. El cuello es la continuación del cuerpo pero más redondeado y estrecho, por su extremo externo se introduce en la parte superior de la vagina, por lo que esa parte se denomina porción vaginal y la parte superior del cuello más próxima al cuerpo se llama porción supra vaginal. (43)

El espesor de la pared del útero lo constituyen tres capas, que del interior al exterior son: mucosa o endometrio, muscular o miometrio y serosa o perimetrio. Cada una de estas con sus diferentes capas de células y características propias.

El útero presenta características diferentes a las del cuerpo del útero en cuanto a las células que conforman sus capas. (46)

Un tejido puede reaccionar hacia la hiperplasia, o sea, aumentar anormalmente el número de células que lo constituyen, de dos maneras: en una forma difusa, en una zona amplia del tejido sin límites precisos, o bien en una porción más o menos limitada de este. La primera forma es la hiperplasia simple y la segunda es el tumor o neoplasia benigna. En estas hiperplasias las células aumentan en número, pero sin embargo, mantienen sus características morfológicas y funcionales perfectamente típicas, es decir, igual a las del tejido normal.

Hay ocasiones en que además de la hiperplasia existen cambios, alteraciones celulares morfológicas y funcionales en su manera de reproducirse, en los tipos de células hijas a que de lugar en su metabolismo, que son capaces de provocar la destrucción de tejidos normales vecinos; es decir, que se crea prácticamente un nuevo tipo de tejido que, aunque recuerda en su origen al primitivo del cual partió ofrece, sin embargo, características bastante diferentes. Este nuevo tejido atípico, morfológico funcionalmente diferente es a lo que se conoce con el nombre de neoplasia, tumor maligno o cáncer. El cuello uterino está tapizado por un epitelio pavimentoso estratificado, e histológicamente se trata de proceso anarco proliferativo celular, que se caracteriza por pérdida de la estratificación del epitelio y la polaridad de sus células.

Las lesiones precancerosas son las displasias, que constituyen una hiperplasia de la capa basal del epitelio, y estas fueron estudiadas por Pichart y las nombró Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC), pues las células tienen las mismas características genéticas, morfológicas y metabólicas que las neoplasias. (47)

Antiguamente se clasificaban estas lesiones como sospechosas, negativas o positivas, pero se llegó a la conclusión de que eran términos muy generales y se decidió establecer una nueva clasificación en la que se denominaban displasias leves, cuando se afectaba $1/3$ del grosor total del epitelio, displasias moderadas cuando se afectaba $1/3$ y $2/3$ del grosor total, severas y carcinoma in situ cuando se afecta la totalidad del epitelio. Posterior a esto se estableció la definición de

NIC que las dividía en NIC I(leve), NIC II(moderada) , NIC III (severa) y carcinoma in situ.

En la actualidad se tomó la clasificación de Bethesda; que las dividió en:

1. Lesión de bajo riesgo :Abarca las lesiones que no pueden incluirse dentro del NIC como las infecciones virales y los antiguos NIC I
2. Lesión de alto riesgo: Corresponde con el II y el III.

Se desconoce el origen del cáncer cervicouterino, no obstante existen factores que predisponen y circunstancias que, cuando están presentes pueden favorecer a la aparición de esta enfermedad. Entre los principales factores de riesgo tenemos: la paridad, las relaciones sexuales precoces, la ectopia congénita, la promiscuidad, el hábito de fumar, las enfermedades benignas no tratadas, los desgarros del parto, las enfermedades de transmisión sexual, el bajo nivel socioeconómico, etc. (48)

Las relaciones sexuales precoces y la promiscuidad sexual son elementos importantes en la génesis del cáncer de cuello.

En la actualidad se plantea que el agente causal es el virus papiloma humano, es decir, el papiloma virus. Es importante destacar que de los 141 subtipos de dicho virus dos subtipos 16 y 18 son los de mayor relación oncogénica, mientras que el 6 y 11 son los de menor relación.

Se dice que de todas las mujeres con cáncer de cuello uterino, el 98% presenta el virus del papiloma humano y de estas un 70% lo adquirió durante la primera relación sexual. Dicho virus se encuentra en todas las partes el cuerpo, es por ello que el condón no protege contra el mismo. En la actualidad se está estudiando una vacuna pero todavía no hay nada en concreto.

En la India donde las relaciones sexuales comienzan en etapas muy tempranas (a veces antes de la adolescencia), el cáncer aparece 10 años antes que en otros países; el cáncer del cuello es mucho más frecuente en las mujeres que ejercen la prostitución, debido a la promiscuidad sexual.

Hemos mencionado una serie de factores que desempeñan una función importante en la causa del cáncer cervicouterino, mucho de ellos están relacionados, y constituyen una cadena epidemiológica: (49)

1. Relación sexual precoz
2. Paridad
3. Desgarro en el parto
4. Edad
5. Hábitos tóxicos

El cáncer cervicouterino empieza creciendo lentamente. Antes de que aparezcan células cancerosas en el cuello uterino, los tejidos normales del cuello uterino pasan por un proceso conocido como **displasia**, durante el cual empiezan a aparecer células anormales. Una citología con tinción de Papanicolaou generalmente encontrará estas células pre malignas. Posteriormente, las células cancerosas comienzan a crecer y se diseminan con mayor profundidad en el cuello uterino y en las áreas circundantes.

Ya que en general no hay síntomas asociados con cáncer cervicouterino, suelen ser necesarias una serie de pruebas para diagnosticarlo:

1-Citología con tinción de Papanicolaou: Se lleva a cabo usando un pedazo de algodón, un cepillo o una espátula de madera pequeña para raspar suavemente el exterior del cuello uterino con el fin de recoger células. La paciente puede sentir algo de presión, que se acompañará en algunos casos de dolor.

2-Biopsia. Si se encuentran células anormales, el médico tendrá que extraer una muestra de tejido del cuello uterino y lo observará a través del microscopio para determinar la presencia de células cancerosas. Para efectuar una biopsia solo se necesita una pequeña cantidad de tejido y puede hacerse en la consulta del médico. A veces se necesita extraer una muestra de biopsia en forma de cono, más grande (**conización**), para lo cual quizás sea necesario ir al hospital.

El pronóstico (posibilidades de recuperación) y selección de tratamiento dependen de la etapa en que se encuentra el cáncer (si está sólo en el cuello uterino o si se ha diseminado a otros lugares) y el estado de salud en general. (50)

Estadios o Etapas del Cáncer cervicouterino.

A continuación se detalla la Clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) que considera 5 etapas clínicas fundamentales:

(51)

- ✚ **Estadio 0 o carcinoma in situ.** El carcinoma in situ es un cáncer muy temprano. Las células anormales se encuentran sólo en la primera capa de células que recubren el cuello uterino, y no invaden los tejidos más profundos del cuello uterino.
- ✚ **Estadio I.** El cáncer afecta el cuello uterino, pero no se ha diseminado a los alrededores.
- ✚ **I-a:** una cantidad muy pequeña de cáncer, sólo visible por microscopio, se encuentra ya en el tejido más profundo del cuello uterino.
- ✚ **I-b:** una cantidad mayor de cáncer se encuentra en dicho tejido.
- ✚ **Estadio II.** El cáncer se ha diseminado a áreas cercanas, pero aún se encuentra en el área pélvica.
- ✚ **II-a:** el cáncer se ha diseminado fuera del cuello uterino a los dos tercios superiores de la vagina.
- ✚ **II-b:** el cáncer se ha diseminado al tejido alrededor del cuello uterino.
- ✚ **Estadio III.** El cáncer se ha diseminado a toda el área pélvica. Puede haberse diseminado a la parte inferior de la vagina, o infiltrar los uréteres (los tubos que conectan los riñones a la vejiga).
- ✚ **Estadio IV.** El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.
- ✚ **IV-a:** Diseminación a la vejiga o al recto (órganos cerca del cuello uterino)
- ✚ **IV-b:** Diseminación a órganos distales como los pulmones.
- ✚ **Recurrente.** Enfermedad recurrente (**recidiva**) significa que el cáncer ha vuelto después de haber sido tratado. Puede ocurrir en el propio cérvix o aparecer en otra localización.

PROGRAMA NACIONAL DE DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CCU.

Este está centrado en mujeres de 25 -60 años que hayan tenido relaciones sexuales. Cada 3 años hasta los 59 años de edad se toma una muestra citológica. Para las mujeres de 60 y más años de edad si estas se han venido realizando la prueba citológica con la periodicidad, en caso de que tenga tres citologías negativas sucesivas, sale del programa al cumplir los 60 años. Si tiene 60 años y más y se realiza la prueba por primera vez en su vida y el resultado es negativo se le repetirá al año y después a los 5 años, si todos los resultados son negativos saldrá del programa. (49)

En caso de mujeres histerectomizadas:

- ✚ Si tiene histerectomía total por afecciones benignas, no hay que hacer más pruebas citológicas.
- ✚ Si tiene histerectomía total por procesos malignos, después que sean dada de alta de la consulta de patología de cuello, se le continuará realizando la prueba citológica anualmente.
- ✚ Si la histerectomía fue subtotal (presencia del cuello) proceder de acuerdo con lo que establece el programa.

Requerimientos para tomar la muestra

- ✚ No haber utilizado tratamiento por la vía vaginal desde una semana antes.
- ✚ Si ha sido sometida a manipulación sobre el cuello uterino, legrado, colocación o retiro de DIU, debe esperarse al menos dos semanas.
- ✚ No lavados vaginales, ni relaciones sexuales, ni tacto en las 24 h anteriores.
- ✚ No menstruación.

Entre las mujeres de 24 a 65 años de edad, los tumores malignos, situados principalmente en el cuello del útero y en las mamas, figuran entre las diez primeras causas de muerte. Sin embargo, detectados a tiempo, estos cánceres pueden ser tratados con éxito. La realización periódica, por lo menos una vez al año, del examen clínico llamado Papanicolau permite conocer en qué condición se encuentran las células de ese órgano y verificar si hay algún tipo de modificación anormal.

Atendido a tiempo, este cáncer es controlable. Una detección temprana se acompaña igualmente de una comprensión cabal de las prácticas indispensables para prevenir su desarrollo.

Las formas más comunes y efectivas de prevenir el cáncer cérvico-uterino consisten en desarrollar el poder de negociación necesario para exigir de la pareja el uso del condón, y en caso de que esto presente serias dificultades, acudir por lo menos regularmente al médico para someterse al modo de prevención más económico, rápido y cómodo: la prueba del Papanicolau, que en los centros de salud públicos se hace de manera gratuita. (52)

MATERIAL Y MÉTODO

Aspectos generales del estudio:

Se realizó una investigación en Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) con diseño

observacional descriptivo con el objetivo de evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino e identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en el programa en el Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón durante el período de Julio de 2013 a Mayo del 2014.

Universo de estudio: El universo de estudio estuvo constituido por las 1954 mujeres de 25 a 60 años residentes en el Consejo Popular Sur del Área de Salud Sur de municipio Morón, además los equipos básicos de salud, el grupo básico de trabajo y los directivos del Área de Salud.

Criterios de inclusión

- ✚ Mujeres de 25 a 60 años que estén dispensarizadas en los consultorios.
- ✚ Ser miembros de los Equipos Básicos de Salud del Consejo Popular Sur, del Grupo Básico de Trabajo y directivos relacionados con el programa con experiencia por más de un año.

Criterios de exclusión.

- ✚ Miembros del Equipo Básico de Salud, Grupo básico de Trabajo y Directivos con experiencia en esa responsabilidad por menos de 1 año.

Se le solicitó (Anexo 1) su colaboración a aquellas mujeres que no se han realizado el examen y que previo consentimiento informado estén de acuerdo a colaborar.

Se realizó un diagnóstico de la situación del programa, y para cumplir este propósito se utilizó un instrumento que se validó por expertos que incluyeron criterios para medir indicadores de estructura, proceso y resultados. Como **Estructura** se tuvieron en cuenta condiciones estructurales, recursos materiales y recursos humanos para dar cumplimiento a lo establecido. Como **Proceso** se evaluaron el conocimiento, habilidades del equipo básico de salud así como análisis de tarjetas de citologías realizadas en el período de estudio y como **Resultados** el papel del Equipo Básico, Grupo básico de trabajo y directivos. Posteriormente basado en este diagnóstico inicial se elaboró un plan de medidas

en forma de propuesta avalado por expertos para su aprobación por directivos a quienes compete los resultados de esta investigación y su aplicación. (Anexos 5, 6 y 7).

MÉTODOS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN

Observación: La misma fue estandarizada y encubierta (Anexo 2) y se realizó por el propio investigador. Se confeccionó una guía de forma tal que pudieran ser observado todos los aspectos relacionados con el cumplimiento de lo establecido por el programa, el trabajo del médico y la enfermera (Equipo básico) en cuanto a la técnica del examen citológico y manejo de las pacientes. Se observaron las condiciones estructurales, recursos humanos y/o materiales necesarios y disponibles para enfrentar la tarea. También se observaron en las reuniones de GBT los temas abordados sobre el programa, en la consulta de citología se observó la frecuencia de envío de muestras.

Se realizó además **una entrevista:** cara a cara y estandarizada (Anexo 3) a mujeres beneficiadas con el programa y que no se habían realizado el examen para analizar desde el punto de vista personal las posibles causas que influyen en el incumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer cervicouterino.

También a personal de salud incluyendo médicos y enfermeras relacionadas con la actividad asistencial de dicho consejo popular (Anexo 4) y directivos sobre las posibles causas que influyan en el incumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino.

Análisis de documentos: Revisión de Historias Clínicas, fichas familiares para ver identificación de riesgo y cumplimiento de lo establecido por el programa, factores de riesgos asociados. Tarjetas de citología para ver fecha de realización de la citología se analizarán en particular citologías realizadas durante el período de Julio de 2013 a Mayo de 2014 en las que se tendrá en cuenta resultados y seguimiento de patologías detectadas.

Principales variables de medición de respuesta:

Cobertura según grupos de edad

✓ **Tipo de variable:** Cuantitativa continua

✓ **Escala:** Interval: De 25 a 29

De 30 a 34

De 35 a 39

De 40 a 44

De 45 a 49

De 50 a 54

De 55 años y más

✓ **Indicador:** Porcentaje (%)

Tipo de Lesión

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica

✓ **Escala:** Según sistema de Bethesda

• **Bajo grado.**

- HPV

- Neoplasia intraepitelial de cuello de útero (NIC I) +HPV

- Neoplasia intraepitelial de cuello de útero (NIC I) sin HPV

• **Alto grado**

- NIC II

- NIC III

-Carcinoma in situ

✓ **Indicador:** Porcentaje (%)

Definición de los Indicadores:

1. INDICADORES DE ESTRUCTURA.

Condiciones estructurales:

✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.

✓ **Escala:**

• **Buena:** Cuenta con iluminación, privacidad y agua corriente.

• **Mala:** No cuenta con iluminación, ni privacidad y agua corriente.

✓ **Indicador:** Porcentaje de consultas con calificación de bien.

Recursos Humanos.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Completo:** Presencia de médico y enfermera.
 - **Incompleto:** Presencia de médico o enfermera.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios con equipo básico completo

Recursos materiales

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Disponibilidad todo el tiempo de guantes, espéculos y kit de citología.
 - **Mal:** No disponibilidad todo el tiempo de guantes, espéculos y kit de citología.

2- INDICADORES DE PROCESO

Conocimiento y Capacitación

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
- ✓ **Adecuada:** preparación y conocimiento en técnica de citología así como lo establecido por el programa. Se preparó a la paciente para crear ambiente de confianza, se le interrogó sobre aspectos que pudieran dar al traste con el resultado de la prueba y posteriormente se le realizó el examen cumpliendo con los requisitos de la toma y manejo posterior de la muestra según el caso.
- ✓ **Inadecuada:** Deficiente adiestramiento y conocimiento en técnica de citología así como lo establecido por el programa. (No se preparó a la paciente para crear ambiente de confianza, ni se le interrogó sobre aspectos que pudieran dar al traste con el resultado de la prueba y el examen no cumplió con los requisitos de la toma y manejo de la muestra)
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de médicos y enfermeras con conocimiento adecuado para realizar el proceder.

Identificación de riesgos (cobertura del programa)

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Identificados y con el seguimiento como lo establece el programa en el rango de 25 a 60 años y otros factores riesgos en menores de 25 años.
 - **Mal:** No están identificados y con el seguimiento como lo establece el programa en el rango de 25 a 60 años y otros factores riesgos en menores de 25 años.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios con buena identificación del grupo de riesgo.

Cumplimiento del propósito de exámenes de citologías anual a grupos de cobertura del programa y de riesgo

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumplido:** Se realiza citología a más del 95% de la cobertura corroborado por muestreo.
 - **Incumplido:** No se realiza citología a más del 95% de la cobertura corroborado por muestreo.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de citologías realizadas del total de mujeres dispensarizadas.

Citologías

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Menos del 8% de citologías no útiles.
 - **Mal:** Más del 8% de citologías no útiles.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de citologías no útiles del total de realizadas a mujeres dispensarizadas.

Recuperación de las no útiles

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Recuperadas el 100% de todas las citologías no útiles en el año.
 - **Mal:** No recuperadas el 100% de todas las citologías no útiles en el año.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de citologías recuperadas/ total de citologías no útiles.

Conducta a seguir con no endocervicales

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Si se repiten todas.
 - **Mal:** Si no se repiten todas
- ✓ **Indicador:** Porcentaje:(%)

Intervalo de tiempo entre toma de muestra en la APS y arribo al laboratorio de Citodiagnóstico

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Menor de una semana
 - **Mal:** Mayor de una semana
- ✓ **Indicador:** Porcentaje:(%)

Intervalo de tiempo entre diagnóstico en laboratorio y conocimiento en el área de salud.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Bien:** Menor de dos semana
 - **Mal:** Mayor de dos semana
- ✓ **Indicador:** Porcentaje:(%)

3. INDICADORES DE RESULTADO O EVALUACIÓN.

Trabajo del Grupo básico de Trabajo.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumple:** Si en las historias clínicas aparece la evaluación y seguimiento del médico de familia de todas las pacientes con citología positivo hasta su diagnóstico. Y sugerencias en la libreta de supervisión sobre el programa por parte del GBT.
 - **No cumple:** En las historias clínicas no aparece la evaluación y seguimiento del médico de familia de todas las pacientes con citología positivo hasta su diagnóstico. No hay sugerencias en la libreta de supervisión sobre el programa por parte del GBT.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de consultorios visitados con cumplimiento.

Trabajo de otros directivos.

- ✓ **Tipo de variable:** Cualitativa nominal dicotómica.
- ✓ **Escala:**
 - **Cumple:** Análisis en reuniones de GBT del cumplimiento del programa y de los casos diagnosticados. Medidas.
 - **No cumple:** No se analiza en el GBT ni se toman medidas.
- ✓ **Indicador:** Porcentaje de reuniones realizadas en semestre con cumplimiento.

Otros Indicadores de Resultados.

- ✓ Respuestas de los pacientes a las preguntas de la entrevista.
- ✓ Respuestas de los Equipos Básicos de Salud (EBS) a las preguntas de la entrevista.
- ✓ Respuestas de los directivos a las preguntas de la entrevista.

Análisis estadístico

Como medida de resumen para las variables cualitativas y cuantitativas se utilizaron los números absolutos, (frecuencias absolutas) y relativas (porcentaje). Los resultados se muestran en tablas de distribuciones de frecuencia. Se realizó un informe final siguiendo los requisitos establecidos por el Departamento de Postgrado de la Filial Arley Hernández Moreira de Morón.

ÉTICA

Toda la información utilizada en este estudio se conservó bajo los principios de máxima confiabilidad. El uso de la misma ha sido únicamente con fines científicos. Se tuvieron en cuenta los principios de la ética dados por:

- Respeto a la vida humana
- Respetar la dignidad de la persona
- Ser fiel al paciente y a su salud, la que en principio debe estar por encima de cualquier otra conveniencia.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Consejo popular Sur (CPSur) tiene una población estimada de 17297 habitantes, y cuenta con 23 consultorios médicos de la familia que brindan cobertura de salud a esta población. Cada uno de estos consultorios cuenta con una población entre 25 y 60 años de edad que deben ser beneficiadas por el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino cuyo

objetivo fundamental es disminuir la mortalidad y conocer la morbilidad por cáncer del cuello del útero, detectándolo en su etapa más temprana, permitiendo así que la mujer afectada reciba una terapéutica precoz y eficaz.

Para lograr este objetivo el programa debe tener un buen funcionamiento y control con un peso importante en el grupo de trabajo de cada consultorio como eslabón fundamental de la promoción y prevención en Atención primaria de salud. (APS)

I.- COBERTURA DEL PROGRAMA

Tabla 1: Distribución de la población de mujeres de 25 a 60 años en el CP Sur, según grupos de edad.

Grupo de edad	Nro	%
25 a 29 años	381	19,50
30 a 34 años	365	18,68
35 a 39 años	338	17,30
40 a 44 años	275	14,07
45 a 49 años	212	10,85
50 a 54 años	195	9,98
55 años y más	188	9,62
Total	1954	100.00

Fuente: Ficha familiar.

En la tabla 1 se muestran por grupos de edad la distribución de esta población. Como podemos apreciar el mayor porcentaje de mujeres de riesgo se encuentran entre los 25 a 29 y 30 a 34 años de edad con 19,50% y 18,68% respectivamente, grupos estos que se encuentran en edad de procreación.

De las 1954 mujeres que se encuentran en el universo del programa en período estudiado, 1745 tenían la prueba citológica actualizada lo que representa el **91,30%** del total de la cobertura. No existe similitud con otros trabajos o resultados.

Tabla 2: Distribución de mujeres según grupos de edad con prueba citológica realizada.

Grupo de edad	Total	Con prueba citológica realizada y actualizada	%
25 a 29 años	381	369	96,85
30 a 34 años	365	355	97,26

Fuente: Tarjetero de citología.

Es importante también resaltar en este acápite relacionado con la cobertura el número de mujeres con la prueba citológica actualizada en grupos específicos sobre todo en las mujeres que se encuentran en edades de procreación en este caso las tasas porcentuales oscilan entre los 96,85% que representa un total de pruebas citológicas realizadas de 369, para el grupo de 25 a 29 años y 355 pruebas realizadas para un 97,26% para el segundo grupo de 30 a 34 años. No hay similitud con trabajos anteriores.

Tabla 3: Distribución de mujeres según resultados de citologías realizadas de acuerdo al tipo de lesión (Sistema Bethesda).

Tipo de lesión	Nr ^o	%
Lesión de Bajo grado	47	82,45
Lesión de Alto grado	10	17,55
Total	57	100,00

Fuente: Tarjetero de citología.

Como se puede observar en la tabla 3 el 82,45% de los 57 exámenes en que se encontraron alteraciones, 47 tenían una lesión de bajo grado y se correspondieron a neoplasia intraepitelial de cuello del útero (NIC I) sin HPV, y el 17,55% restante las lesiones eran de alto grado correspondiendo 8 exámenes al NIC II y 2 el NIC III y Carcinoma in situ. (Tabla 3). No existe similitud con otros trabajos revisados.

EVALUACIÓN DE INDICADORES MÁS IMPORTANTES DEL PROGRAMA

I.- INDICADORES DE ESTRUCTURA

Tabla 4: Distribución de Consultorios según indicadores de estructura.

Indicadores de Estructura	Número	%
Condiciones Estructurales		
Buenas	9	39.14
Malas	14	60.86
Total	23	100.00
Recursos Humanos (Equipos Básicos de Salud)		
Completos	20	86.95
Incompletos	3	13.05
Total	23	100.00
Recursos Materiales		
Bien	19	78.26
Mal	4	21.74
Total	23	100.00

Fuente:
Guía de
Observación.

Para que
un
programa
se ejecute
y pueda
tener un
correcto

desarrollo se debe disponer de óptimas condiciones estructurales de los locales de consulta y de recursos tanto de índole material como humano que respondan a las necesidades crecientes de la población.

Como se puede observar en la tabla 4, en cuanto a condiciones estructurales, encontramos que 9 consultorios, que representa un porcentaje de 39.14% presenta buena iluminación, privacidad y agua corriente, pues 14 consultorios representa el 60.86%; están evaluado de mal ya que existe un mayor porcentaje de las consultas que no contaban con bombillos ahorradores o lámparas que ayuden a una buena toma de la muestra, además faltaban los parabanes para asegurar la privacidad de la paciente a la hora de realizar el proceder, no todos disponen de lavamanos, y en algunos existen, pero sin agua permanente para un buen lavado de las manos en cada ocasión que se necesite y del material utilizado. Según la existencia de los recursos humanos el 86.95% de los veintitrés consultorios cuenta con el recurso humano completo: médico y enfermera, y tres consultorios para un 13.05% solamente con la enfermera. En cuanto a la existencia de los recursos materiales, aunque con porcentajes superiores de 78,26%,19 consultorios están evaluados de bien y 86,95% ,20 consultorios se observaron las condiciones óptimas para el cumplimiento de lo establecido por el programa, a pesar de no constar en la mayoría de los consultorios ; con la existencia de mesa ginecológica y lámpara de pié; además en ocasiones hay escasez de guantes, espéculos y kits de citologías sobre todo en este último renglón por la falta de láminas portaobjetos. No existe similitud con otros trabajos estudiados.

II.- INDICADORES DE PROCESO

Tabla 5: Distribución de Equipos Básicos de Salud según indicadores de proceso

Indicadores de proceso	Número	%
Conocimientos		
Adecuados	19	80.60
Inadecuados	4	19.40
Total	23	100.00
Capacitación		
Adecuada	7	30.44
Inadecuada	16	69.56
Total	23	100.00

Identificación de Grupos de Riesgos		
Bien	10	43.47
Mal	13	56.53
Total	23	100.00
Cumplimiento del Propósito		
Cumplido	1745	89.30
Incumplido	209	10.7
Total	1954	100.00
Citologías		
Bien	1653	94.83
Mal	92	5.17
Total	1745	100.00
Conducta a seguir con las No Endocervicales		
Bien	17	14.52
Mal	100	85.48
Total	117	100.00
Tiempo que demora la muestra en llegar del CMF al laboratorio		
Bien	23	100.00
Mal	0	0
Total	23	100.00
Tiempo que demora la muestra en llegar del Policlínico al CMF		
Bien	10	56.53
Mal	13	43.47
Total	23	100.00
Recuperación de las no útiles		
Bien	22	95.50
Mal	1	4.50
Total	23	100.00

Fuente: Guía de Observación y Estadística

Un aspecto fundamental para el desarrollo del proceso es la adecuada capacitación y superación del personal de salud relacionado con el programa en cuanto a nuevas clasificaciones, adecuada toma y manejo de las muestras, manejo del tarjetero de citología y el consecuente manejo de las acciones de promoción y prevención de la salud.

Como podemos observar en la tabla 5 en cuanto a conocimiento por los EBS tiene clasificación de bien, ya que se observó que un porcentaje del personal médico 19 para un 80.60%, prepararon a las pacientes adecuadamente para la realización del examen, les interrogaron con relación a algunos aspectos relacionados con la preparación para una efectiva toma de muestra como: no haber mantenido relaciones o utilizado ducha vaginal 24 horas antes, haber utilizado medicamentos por la vía vaginal durante la semana anterior, si se había colocado algún dispositivo intrauterino (DIU), entre otros factores invalidantes para la toma de la muestra .

En cuanto a la capacitación tiene una clasificación de mal, ya que solo 7 consultorios que representa un 30.44%, presenta buena capacitación del personal médico, ya que de los 23 consultorios; 16 que representa un 69.56% , desconocen de la adecuada toma de la muestra de manera correcta: No utilizando lubricantes en el espéculo, el extendido del material no fue rápido y en un solo sentido, cuidando de no realizarlo en espiral, remolino o zigzag, ni la fijación que debe ser lo más rápida posible para evitar que se seque el material. La piedra angular en el cumplimiento de este programa está fundamentada en la identificación y seguimiento de las mujeres entre 25 y 60 años clasificadas como riesgo, y la realización de las pruebas citológicas al mayor número posible de estas mujeres. Sin olvidar un tema no menos importante y es el referido a la conducta ante el resultado de las pruebas citológicas realizadas.

En cuanto a la identificación a los grupos de riesgos tenemos que del total de consultorios con que cuenta el Consejo Popular Sur, 13 consultorios obtuvo calificación de mal para un 56.53% por no tener identificado al grupo de riesgo y no haber cumplido en 10 consultorios para un 43.47%; en su seguimiento y

actualización; además de tener identificadas mujeres de menos de 25 años con otros factores de riesgo. En total solo 170 mujeres no se habían realizado el proceder en el período establecido por diferentes causas.

En cuanto al cumplimiento del programa según coberturas tenemos que de un total de 1954 citologías por coberturas se realizaron 1745 para un 89.30% y solo 209 que representa un 10.7% quedaron pendientes por lo que se le da una clasificación de bien.

En cuanto a citologías tenemos que de 1745 citologías realizadas, solo 92 que representa un 5.17% fueron de diagnóstico no útil y 1653 para un 94.83% fueron negativas.

Cuando analizamos la conducta a seguir con las citologías no endocervicales tenemos que en el período analizado; hubo un total de 117 citologías no endocervicales realizadas, de ellas solo se recuperaron 17 para un 14.52%, por lo que tiene una calificación de mal, ya que no se repitieron todas.

Este tema tiene mucho que ver con los resultados de las citologías: La citología puede tener varios resultados: normal o negativa, anormal y no útil. Vamos a referirnos fundamentalmente a las dos últimas pues son las que marcan la conducta a seguir:

- Ante una paciente con un resultado anormal, este debe ser comunicado de inmediato al médico de familia, para ser visitadas por la enfermera quien le orientara su asistencia a la Consulta de Patología de Cuello. El equipo básico debe estar al tanto de la asistencia de la paciente a dicha consulta.

La conducta ante estas pacientes será en dependencia del diagnóstico citocolpohistológico.

- En el caso de las citologías no útiles se les explicara a las pacientes la necesidad de repetir su prueba citológica; y en caso de no acudir se le seguirá citando tantas veces como sea necesario hasta lograr el objetivo de nuestra visita.

Las pruebas citológicas no útiles deben recuperarse en el año. En todos los consultorios analizados las pacientes se encuentran asistiendo a la consulta de patología de cuello y en los 8 casos con NIC II, III y carcinoma in situ se continúa seguimiento y tratamiento con cirugía y/o quimioterapia.

En el CP Sur cuando analizamos el porcentaje de citologías no útiles, menos en 1 consultorio que representa el 4.50%, para un total de 23 consultorios; obtuvieron calificación de bien con cifras inferiores al 8% para este indicador, **termómetro de la calidad de la muestra**. Y a excepción de un consultorio con 5 pruebas citológicas no recuperadas, el 95,50% de 22 consultorios obtuvo calificación de bien al haber recuperado el 100% de las citologías no útiles.

Recordar que mantener una estrecha interrelación con las organizaciones de masas, sobre todo con la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) y las brigadas sanitarias nos brindarán una fuerza de apoyo tanto en la captación de nuevas mujeres de riesgo, como en la realización de la prueba citológica.

Otro aspecto de vital importancia para la buena marcha del programa son: el tiempo que transcurre entre la toma de la muestra en el área de salud (APS) y la llegada al laboratorio de citología y el que transcurre entre el diagnóstico de laboratorio y el conocimiento de su resultado por la APS y el médico de consultorio involucrado.

Para el primer momento, el tiempo que transcurre entre la fijación de las láminas y su coloración no debe exceder los 10 días como máximo, por lo que se establece que el envío debe tener una periodicidad semanal. Ya para el segundo momento la periodicidad debe ser no mayor de 15 días dos semanas.

El 100% de los consultorios lleva diariamente las muestras tomadas, pero estas son enviadas al área de salud y no siempre se cumple que antes de la semana lleguen al laboratorio, como tampoco los resultados están en todas las ocasiones en dos semanas y son de conocimiento del médico de familia, esto último se encontró en 13 consultorios para un 43,47%, por lo que fueron calificados de mal. No existe similitud con otros trabajos revisados.

III.- INDICADORES DE RESULTADOS

Tabla 6: Distribución de los evaluados según indicadores de resultados.

Indicadores de resultados	Número	%
Trabajo del GBT		
Cumple	9	19.40
No Cumplen	14	80.60
Total de CMF	23	100.00
Trabajo de Directivos		
Cumplen	9	37.5
No Cumplen	15	62.5
Total de Reuniones Observadas	24	100.00
Conocimiento de los pacientes sobre el programa		
No recuerdan la fecha del último examen	13	25.0
No acudieron a recoger el resultado	3	5.0
No les gusta realizarse el examen	33	65.25
No se les explicó la causa del no útil	5	10.0
Se niegan a realizarse el examen	10	20.0
Respuestas de los Equipos Básicos de Salud		
Carecen de condiciones para realizar el examen	8	38.09
Baja percepción del riesgo por las mujeres	23	100.00

Fuente: Entrevistas; Libreta de supervisión, Análisis de documentos, Observación.

Como se observa en la tabla 6 es primordial la labor del Grupo Básico de Trabajo, sobre todo del especialista en Ginecología, y de la Enfermera de citología del área de salud, quienes deben revisar periódicamente el tarjetero de citología para ir monitoreando el cumplimiento de los propósitos de pruebas a realizar por grupos de edades. Al respecto se encontró que a pesar del trabajo realizado por el GBT, observamos que en los 23 consultorios estudiados no cumplen en 14 que representa un 80.60%, evaluados de mal ya que en la libreta de supervisión no se refleja la marcha del programa, y las respectivas sugerencias para la próxima visita. Además se revisó y evaluó las historias clínicas de las pacientes que acuden a la consulta de patología de cuello en la cual se plasman los resultados

de su seguimiento hasta su diagnóstico: en el caso de pacientes inasistentes y fuera del área por diferentes motivos, también se encontraba argumentado en las historias clínicas.

En el período de estudio se asistió a 24 reuniones de los GBT del CP Sur y solo en el 37.5% de 9 reuniones se abordaron temas referidos al Programa de Cáncer Cervicouterino, en su mayoría referidos a dificultades de índole administrativa como la falta de cama ginecológica, déficit de portaobjetos, espéculos y problemas de iluminación y en su mayoría 15 consultorios para un 62.5% no se abordó el tema por lo que tiene una clasificación de mal.

Se abordaron además algunas de las posibles causas de incumplimiento del programa por algunos consultorios. Se enfatizó en mejorar la calidad de toma de las muestras así como la necesidad de acelerar y viabilizar el traslado de las muestras al departamento de citología del hospital y el posterior regreso de los resultados a los consultorios para el tratamiento oportuno y eficaz de aquellos casos con resultados anormales. Se adjuntaron al final de cada reunión las acciones que se tomaron al respecto.

En las entrevistas realizadas a 50 pacientes que no se habían realizado la prueba citológica en el período de tiempo establecido por el programa y las que por alguna causa debían repetirse el examen encontramos que 13 de las mujeres que representa un 25,0% ; no recuerdan cuando fue la última vez que se realizaron el proceder, no acudieron a recoger el resultado de la citología un 5,0%; refiriendo que no se preocuparon por acudir a recoger el resultado al consultorio, infiriendo que si el médico o la enfermera no le habían avisado era porque el resultado era negativo. Las que acudieron y el resultado fue no útil para el diagnóstico tiene un 10,0% refirieron que solo se les dijo que debían repetirla sin dar explicación de las causas, que ellas consideran son inherentes a un mal trabajo del médico y/o enfermera del consultorio o del laboratorio de citología, el 100,0% de las mujeres con resultado anormal refirieron que les indicaron acudir a la consulta de patología de cuello. El 65,25% que representa 33 de las pacientes plantean que no les gusta realizarse el examen, que preferirían una médica en el caso de médicos

hombres en las consultas, otras culpan al olvido y los problemas de familia, mujeres de 25 años y más que niegan tener sexualidad activa y un 20,0%, 10 mujeres se niegan a realizarse el proceder lo que reafirma que aún existe una baja percepción del riesgo que representa para su salud no realizarse este examen.

Respecto a las respuestas de los Equipos Básicos de Trabajo, se entrevistaron también los médicos y enfermeras de los consultorios evaluados para conocer sus opiniones sobre la marcha del programa ambos coincidieron al preguntárseles si creían contar con las condiciones para realizar de manera adecuada un examen citológico, el 38,09% de 8 consultorios, refirió no tener las condiciones adecuadas al no contar con una mesa ginecológica, una buena iluminación, y en ocasiones falta de guantes, espéculos, y kit de citología. Y dentro de las causas de incumplimiento piensan que la fundamental es la baja percepción de riesgo que algunas mujeres aún tienen en cuanto a la importancia de realizarse este examen en la prevención del cáncer cervicouterino.

Por otra parte y como contrapartida se entrevistaron a personal directivo del área de salud involucrados directamente con el programa, y plantean que los consultorios cuentan con los recursos humanos necesarios y en cuanto a los materiales necesarios para realizar el examen excepto por algunas dificultades con la iluminación que no es mantenido se pueden realizar la citologías, con respecto a las camas ginecológicas ellos afirman que en una camilla normal se pueden realizar los exámenes cuidando las medidas para una buena toma de la muestra, con relación al déficit de algunos materiales de kit de citología plantean que es cierto que en ocasiones han existido dificultades sobre todo con los portaobjetos, pero se solucionan al instante que se adquiere el material, que en las reuniones de Grupo Básico de Trabajo es cierto que no son todas en las que analizan los problemas relacionados con el programa de cáncer cervicouterino, se discuten los casos y el control por los consultorios de las pacientes diagnosticadas, además en el consejo de dirección siempre hay un punto de la marcha de los programas donde el Vice director de Higiene hace referencia a los

problemas fundamentales de los mismos y se acuerdan medidas para solucionarlos tanto desde el punto de vista administrativo como asistencial.

Con los resultados obtenidos se identificó que las principales causas del incumplimiento con lo establecido por el programa son:

1. La baja percepción del riesgo de la enfermedad de las pacientes dadas por el bajo nivel de información sobre la misma.
2. Deficiente trabajo de Educación para la salud de los grupos de trabajo en las acciones de promoción y prevención de la salud.
3. Dificultades con algunos recursos materiales como la iluminación, privacidad y falta de agua corriente que dan al traste con una buena realización del proceder.

Teniendo en cuenta todos estos factores proponemos un plan de acciones encaminadas a mejorar a corto y mediano plazo las dificultades encontradas. En cuanto al desconocimiento de las pacientes para la realización de la prueba citológica, coincide con el trabajo realizado por Lic. Leonor Céspedes Ingran, realizado en Majibacoa, Las Tunas, con el tema: Estrategia educativa para la prevención del cáncer cervicouterino, 2009-2010. (53)

CONCLUSIONES

El Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino en el área de Salud Sur de Morón, marcha insatisfactoriamente, ya que no tiene bien identificado los grupos de riesgos, el porcentaje de citologías no útiles cumple con el indicador establecido, excepto con las del diagnóstico de no endocervicales; que en ocasiones no toman ninguna medida cuando llegan al consultorio médico de la familia. La causa fundamental del incumplimiento del programa está dada por el deficiente trabajo de educación para la salud de los Equipos Básicos de Trabajo en los consultorios, llámese promoción y prevención de la salud lo que conlleva a la baja percepción del riesgo de las mujeres ante el proceder, por

desconocimiento de la enfermedad, por eso se elaboró un plan de acciones para mejorar el cumplimiento del programa.

RECOMENDACIONES

- ✚ Divulgar los resultados de la investigación a médicos y directivos del área de salud.
- ✚ Proponer a los directivos el Plan de acciones elaborados en aras de solucionar a corto y mediano plazo las dificultades encontradas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2009: GLOBOCAN 2009. *Int J Cáncer* 127: 2893-2917.
2. Bermudez A. (2009). Can we do the same in the developing world? *Gynecol Oncol* 99: S192-196.
3. Muñoz N, Méndez F, Posso H, Molano M, Van Den Brule AJ, Ronderos M, Meijer C and Muñoz A. (2010). Incidence, duration, and determinants of cervical human papillomavirus infection in a cohort of Colombian women with normal cytological results. *J Infect Dis* 190: 2077-2087.

4. Molano M, Posso H, Méndez F, Murillo R, Van Den Brule A, Ronderos M, Muñoz A, Meijer C and Muñoz N. (2005). Historia Natural de la infección por el virus de papiloma Humano en una cohorte de Bogotá, D.C., Colombia. *Revista Colombiana de Cancerología* 9: 209-226.
5. Pardo C, Murillo R, Piñeros M and Castro MA. (2011). New Cancer Cases at the Instituto Nacional de Cancerología, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Cancerología* 7: 4-19.
6. Bermudez A. (2005). Can we do the same in the developing world? *Gynecol Oncol* 99: S192-196.
7. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, Snijders PJ, Peto J, Meijer CJ and Munoz N. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol* 189: 12-19.
8. Muñoz N, Castellsague X, De Gonzalez AB and Gissmann L. (2011). Chapter 1: HPV in the etiologic of human cancer. *Vaccine* 24S3: S1-S10.
9. De Villiers EM, Fauquet C, Bróker TR, Bernard HU and Zur Hausen H. (2012) Classification of papillomaviruses. *Virology* 324: 17-27.
10. Clifford GM, Smith JS, Plummer M, Munoz N and Franceschi S. (2010). Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. *Br J Cancer* 88: 63-73.
11. Clifford GM, Gallus S, Herrero R, Munoz N, Snijders PJ, Vaccarella S, Anh PT, Ferreccio C, Hieu NT, Matos E, Molano M, Rajkumar R, Ronco G, De Sanjose S, Shin HR, Sukvirach S, Thomas JO, Tunsakul S, Meijer CJ and Franceschi S. (2012). Worldwide distribution of human papillomavirus types in cytological normal women in the International Agency for Research on Cancer HPV prevalence surveys: a pooled analysis. *Lancet* 366: 991-998.
12. Clifford G, Franceschi S, Diaz M, Munoz N and Villa LL. (2011). Chapter 3: HPV type-distribution in women with and without cervical neoplastic diseases. *Vaccine* 24 Suppl 3: S26-34.
13. Burd EM. (2011). Human papillomavirus and cervical cancer. *Clín Microbiol Rev* 16: 1-17.

14. Moscicki AB, Schiffman M, Kjaer S and Villa LL. (2010). *Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer*. Vaccine 24 Suppl 3: S42-51.
15. Burchell AN, Winer RL, De Sanjose S and FRANCO EL. (2009). *Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection*. Vaccine 24 Suppl 3: S3/52-61.
16. Almonte M, Albero G, Molano M, Cárcamo C, García PJ and Pérez G. (2009). Risk factors for human papillomavirus exposure and co-factors for cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Vaccine 26 L16-36.
17. Jacobs MV, Walboomers JM, Snijders PJ, Voorhorst FJ, Verheijen RH, Franssen-Daalmeijer N and Meijer CJ. (2010). Distribution of 37 mucosotropic HPV types in women with cytological normal cervical smears: the age-related patterns for high-risk and low-risk types. Int J Cancer 87: 221-227.
18. Rousseau MC, Abrahamowicz M, Villa LL, Costa MC, Rohan TE and Franco EL. (2012). Predictors of cervical coinfection with multiple human papillomavirus types. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 12: 1029-1037.
19. Woodman CB, Collins SI and Young LS. (2011). The infection: unresolved issues. Nat Rev Cancer 7: 11-22.
20. Mejlhede N, Pedersen BV, Frisch M and Fomsgaard A. (2010). Multiple human papilloma virus types in cervical infections: competition or synergy? APMIS 118: 346-352.
21. Kenney JW. (1996). Ethnic differences in risk factors associated with genital human papillomavirus infections. J Adv Nurs 23: 1221-1227.
22. Fuessel Haws AL, He Q, Rady PL, Zhang L, Grady J, Hughes TK, Stisser K, König R and Tyring SK. (2012). Nested PCR with the PGM09/11 and GP5 (+)/6(+) primer sets improves detection of HPV DNA in cervical samples. J Virol Methods 122: 87-93.
23. Parkin DM, Almonte M, Bruni L, Clifford G, Curado MP and Pineros M. (2009). Burden and trends of type-specific human papillomavirus infections and related diseases in the Latin America and Caribbean region. Vaccine 26 Suppl 11: L1-15.

24. Liaw KL, Hildesheim A, Burk RD, Gravitt P, Wacholder S, Manos MM, Scott DR, Sherman ME, Kurman RJ, Glass AG, Anderson SM and Schiffman M. (2011). A prospective study of human papillomavirus (HPV) type 16 DNA detection by polymerase chain reaction and its association with acquisition and persistence of other HPV types. *J Infect Dis* 183: 8-15.
25. Méndez F, Muñoz N, Posso H, Molano M, Moreno V, Van Den Brule AJ, Ronderos M, Meijer C and Muñoz A. (2010). Cervical coinfection with human papillomavirus (HPV) types and possible implications for the prevention of cervical cancer by HPV vaccines. *J Infect Dis* 192: 1158-1165.
26. Zur Hausen H. (2012). Papillomaviruses and cancer: from basic studies to clinical application. *Nat Rev Cancer* 2: 342-350.
27. Burd EM. (2012). Human papillomavirus and cervical cancer. *Clín Microbiol Rev* 16: 1-17.
28. Hartikainen J. (2011). The Papanicolaou test: its utility and efficacy in cancer detection. *Contemp Nurse* 11: 45-49.
29. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Atención Materno Infantil 1989. Departamento de Salud Materno Infantil. Habana. Científico Técnica, 1989.
30. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer de cuello uterino; -- Washington: Publicación de la Organización Panamericana de la Salud, 1990. – (Serie Pattex, 6)
31. Rodríguez Salvá, Armando. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino ¿Qué hacer y por qué? *Revista Cubana de Medicina General Integral (La Habana)* 10 (3) : 220-224; Julio – Sept 1994
32. *Medicina General Integral / Orlando Rigol Ricardo... [et. al], -- La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1988.: 6t.*
33. Botella J. Tratado de Ginecología. 14ª edición. Madrid: Díaz de Santos, 1993.
34. Copeland LJ. Ginecología. Madrid: Médica Panamericana, 1994.
35. Torriente Hernández S, Valdés Álvarez O, Villarreal Martínez A, Roy Borrego. Correlación colpohistológica en las pacientes portadoras de

- neoplasia intraepitelial cervical tratadas con radiocirugía. Rev. Cubana Obstet Ginecol v.37 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar- 2011
36. Puig-Tintoré LM, Alba Menéndez A Documento de Consenso. Infección por Papiloma Virus. Coordinación técnica y editorial: Meditex, Grupo Saned. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia S.E.G.O. mar 2010.
 37. O'Ryan M, Valenzuela MT. Virus papiloma humano y cáncer cérvico-uterino. Rev. méd. Chile v.136 n.11 Santiago nov. 2009
 38. Te E Linde RW. Ginecología Quirúrgica. Madrid: Médica Panamericana, 1993.
 39. Dexeus S. Tratado y Atlas de Patología Cervical. Barcelona: Salvat, 1993.
 40. De Sanjosé S, Muñoz N, Bosch FX, Reimann K, Pedersen NS, Orfila J, et al. Sexually transmitted agents and cervical neoplasia in Colombia and Spain S. Int J Cancer 1994; 56 (3): 358-63.
 41. Ollayos CW, Swogger KA. Abnormal cervical smears in the military recruit population. Milmed 1995 Nov; 160 (11): 577-8.
 42. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles. 17ªed. Washington: Mosby; 2001.
 43. Alvares Sintés, R y otros: Temas de Medicina Gral Integ. 1ra Edición. La Habana. Editorial Ciencias Médicas. 2008: 778.
 44. Colectivo de autores. Programa de prevención de cáncer. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1999.
 45. Colectivo de Autores. Procederes en Obstetricia y Ginecología para MGI. La Habana: Ciencias Médicas; 1998
 46. Colectivo de autores. Programa de Prevención de Cáncer. La Habana. Editorial C. Médicas. 1999. 46 – 48.
 47. Junqueira y Carneiro. Histología Básica. 4ta Edición. 1996.
 48. Martínez M y otros. Histología. Editorial Pueblo y Educación. La Habana. 1987. 318 – 322.
 49. Rodríguez A, Lence J, Cabezas E, Camacho R. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino ¿Qué hacer y por qué? Rev Cubana Med Gen Integr 1994; 10(3):220-4.

50. Landoni F, Manes A, Colombo A. Randomized study of radical surgery versus radiotherapy for stage IB-IIA cervical cancer. *Lancet* 1997; 350: 535-540.
51. Organización Panamericana de la Salud. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington: OPS; 1990.p. 7,26.
52. Cuba Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1984 .p.1, 26-27.
53. Tema: Estrategia educativa para la prevención del cáncer cervicouterino, 2009-2010. Lic. Leonor Céspedes Ingran, realizado en Majibacoa, Las Tunas.

ANEXO 1

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Evaluar el cumplimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz de Cáncer Cervicouterino e identificar las posibles causas de incumplimiento de lo establecido en el programa en el Consejo Popular Sur del Policlínico Universitario Sur de Morón.

Yo _____ en calidad de participante.

- 1- He comprendido la información que se me dado sobre el estudio.
- 2- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan.
- 3- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- 5- Comprendo que puedo no colaborar si así no lo deseo en el estudio:

He tenido contacto con: _____

Nombre y apellidos del investigador

El cual me ha explicado todos los aspectos relacionados con la investigación, toda la información adaptada a mi nivel de entendimiento y estoy de acuerdo en participar. Por todo lo planteado anteriormente presto mi conformidad a participar en el estudio y para que quede constancia de esto firmo este modelo.

Firma del Médico

Fecha

Firma del Paciente

ANEXO 2

GUÍA DE OBSERVACIÓN

En esta guía se abordaran algunos aspectos de importancia para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer Cervicouterino.

Aspectos a observar:

1. CONDICIONES ESTRUCTURALES DE LOS CONSULTORIOS

a) Iluminación

- ✓ Buena: Presencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pié
- ✓ Mala: Ausencia de ventanas, bombillos ahorradores o lámparas de luz blanca, lámpara de pié

b) Privacidad

- ✓ Buena: Presencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.
- ✓ Mala: Ausencia de cortinas o parabanos o al menos un ambiente independiente de la consulta para reconocimiento de la paciente.

c) Agua corriente

- ✓ Buena: Existe lavamanos con agua corriente
- ✓ Mala: No existe lavamanos con agua corriente.

2. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

a) Equipo básico de trabajo

- ✓ Completo: Se encuentran trabajando médico y enfermera.
- ✓ Incompleto: Presencia de médico y/o enfermera.

b) Existencia de mesa ginecológica

- ✓ No
- ✓ Si

c) Existencia del Kit de citología.

- ✓ Completo: Existe todo el material necesario para la correcta toma de la muestra.
- ✓ Incompleto: No existe todo el material necesario para la correcta toma de la muestra.

3. TÉCNICA DE REALIZACIÓN DE EXAMEN CITOLOGICO

a) Toma y manejo de la muestra

- ✓ Adecuado: Se preparó a la paciente para crear ambiente de confianza, se le interrogó sobre aspectos que pudieran dar al traste con el resultado de la prueba y posteriormente se le realizó el examen cumpliendo con los requisitos de la toma y manejo posterior de la muestra según el caso.
- ✓ Inadecuado: No se preparó a la paciente para crear ambiente de confianza, ni se le interrogó sobre aspectos que pudieran dar al traste con el resultado de la prueba y el examen no cumplió con los requisitos de la toma y manejo de la muestra.

ANEXO 3

ENTREVISTA A PACIENTES QUE NO SE HAN REALIZADO LA CITOLOGÍA.

Se está llevando a cabo una investigación sobre el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer Cervicouterino en la que necesitamos de su colaboración para conocer si se están cumpliendo los objetivos propuestos para el buen funcionamiento del mismo.

- I. ¿Cuándo se realizó Usted su última prueba citológica?
- II. ¿Cuánto tiempo demoró desde que se la realizó hasta conocer su resultado?
- III. ¿Le explicó el médico o enfermera el resultado de su examen?
- IV. ¿Qué indicación le dieron al respecto?
- V. ¿Cuál es el motivo por el cual no ha acudido a realizarse el examen?

ANEXO 4

ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD. EQUIPO BÁSICO DE TRABAJO (MÉDICO Y ENFERMERA DE CONSULTORIO)

Se está llevando a cabo una investigación sobre el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del cáncer Cervicouterino en la que necesitamos de su colaboración para conocer si se están cumpliendo los objetivos propuestos para el buen funcionamiento del mismo.

- I. ¿Piensa Usted que cuenta con todas las condiciones para realizar de manera adecuada un examen de citología en su consultorio? ¿Por qué?
- II. ¿Cuáles cree Usted que son los principales factores que atentan en el cumplimiento de las pruebas citológicas en su consultorio?

ENTREVISTA A PERSONAL DIRECTIVO

DIRECTOR DE ÁREA, GINECÓLOGA DE GBT Y JEFA DEPARTAMENTO DE CITOLOGÍA DEL ÁREA.

- I. ¿Cree Usted que los consultorios del CP Sur cuentan con todas las condiciones para realizar de manera adecuada un examen de citología? ¿Por qué?
- II. ¿Se plantean en las reuniones de GBT los problemas relacionados con el cumplimiento de este programa y se debaten las dificultades buscando soluciones administrativas al respecto?
- III. ¿Cuál cree Usted que es la causa fundamental de la demora de traslado de las láminas al laboratorio y la llegada de los resultados de laboratorio al consultorio?
- IV. ¿Cuáles cree Usted que son los principales factores que atentan en el cumplimiento de las pruebas citológicas en su área de salud?