

UNA MIRADA AL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN CALDAS (COLOMBIA), 2005-2006

*Martha Inés Urrego Ocampo**
*Beatriz Eugenia Botero de Mejía***
*Consuelo Alzate Zuluaga****

Recibido en julio 31 de 2008, aceptado en noviembre 14 de 2008

Resumen

El cáncer de cuello uterino es un problema de salud específico de la mujer con repercusiones sociales y económicas, en ella, la familia y la comunidad; en este sentido, los programas de detección precoz deben estructurarse y sistematizarse adecuadamente con el fin de garantizar educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Con el fin de evaluar la estructura, procesos y resultados del Programa de Prevención de Cáncer Cuello Uterino en Caldas durante los años 2005 y 2006, se realizó un estudio en alianza Universidad de Caldas, Dirección Territorial de Salud de Caldas, con un diseño descriptivo, evaluativo y retrospectivo. Se seleccionaron 4 municipios estratégicamente situados en el departamento de Caldas; los responsables del programa de cada hospital, diligenciaron una base de datos que fué la guía para el diagnóstico, diseñado por las investigadoras. Las mujeres asistentes al programa en su mayoría tenían entre 26 y 45 años. Las horas de dedicación del personal de salud encargado fueron muy altas con relación al número de citologías tomadas; se presentaron problemas de registro de colposcopias; faltaron reportes de citologías; aspectos estos que afectan la calidad de la atención a las usuarias y al programa. Los reportes obtenidos sobre cáncer invasivo se realizaron sólo a través de citología; en el informe recibido no se reportaron resultados de biopsias a pesar de ser esta la prueba de oro que confirma el diagnóstico; además, el seguimiento a las usuarias tratadas era incipiente y discontinuo. Se evidenciaron fallas y ambigüedad para especificar las funciones del personal de enfermería; las citologías fueron tomadas en su mayoría por auxiliar de enfermería y la norma técnica para tamizaje recomienda que sea realizado por médico o enfermera capacitados. Del mismo modo, se detectaron debilidades en la educación para la salud a la comunidad para la prevención del cáncer de cuello uterino.

Palabras clave

Cáncer cuello uterino, programa prevención cáncer de cuello uterino, tamizaje, citología, biopsia, colposcopia.

* Enfermera, Magíster en Educación. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: martha.urrego@ucaldas.edu.co

** Enfermera, Magíster en Gerontología Social. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: bebotero@une.net.co

*** Enfermera, Especialista en Salud Ocupacional. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: conalzate@hotmail.com

A GLIMPSE AT THE CERVICAL CANCER PREVENTION PROGRAM IN CALDAS (COLOMBIA), 2005-2006

Abstract

A structured and systematized early detection program for cervical cancer should ensure education, prevention, early diagnosis, and adequate treatment. Cervical cancer is a social and economic problem that impacts the woman, as well as her family and community. This study was conducted during 2005 and 2006 by means of an alliance with the Universidad de Caldas, Department and Territorial Health Office of Caldas. The study had a descriptive, evaluative and retrospective design. Four strategically located municipalities of Caldas were selected for education and follow-up. The staff of each hospital filled out a database that guided the process, which was designed by the researchers. Women between the ages of 26 and 45 were the most common cases. The hours the staff dedicated to the program were high, in comparison to the number of cervical smears performed. There were problems regarding the colposcopy records, lost cervical smear records, all of which affect the program's patients. The reports on invasive cancer were obtained only by means of cervical smears; no biopsies were reported, despite this being the best test for confirming the diagnosis. The patients' follow-ups were not continuous. A lack of specificity in nursing functions was also seen, since cervical smears are usually performed by nursing assistants, when the norm states that a trained physician or chief nurse should perform the procedure. A weakness in education to the community was seen.

Key words

Cervical cancer, cancer cervical prevention program, cervical smear, biopsy, colposcopy.

UMA MIRADA AO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO EN CALDAS (COLOMBIA), 2005-2006

Resumo

O câncer de colo uterino é um problema de saúde específico da mulher com repercussões sociais e econômicas, na família e a comunidade, neste sentido, os programas de detecção precoce devem estruturar-se e sistematizar-se adequadamente com o fim de garantir educação, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

Com o fim de avaliar a estrutura, processos e resultados do Programa de Prevenção de Câncer de Colo Uterino em Caldas durante os anos 2005 e 2006, se realizou uma pesquisa em aliança Universidade Caldas, Direção Territorial de Saúde de Caldas, com um desenho descritivo, avaliativo, e retrospectivo. Se selecionaram 4 municípios estrategicamente situados no Estado de Caldas; os responsáveis do programa de cada hospital, diligenciaram uma base de dados que foi a guia para o diagnóstico, desenhado pelas investigadoras. As mulheres assistentes ao programa em sua maioria tinham entre 26 e 45 anos. As horas de dedicação do pessoal de saúde encarregado foram muito altas com relação ao número de citologias tomadas; se apresentaram problemas de risco de colposcopias; faltaram reportes de citologias, aspectos estes que afetam a qualidade da atenção às usuárias e ao programa. Os reportes obtidos sobre câncer invasivo se realizaram só a través de citologia, no informe recebido não se reportaram resultados de biopsias a pesar de ser esta a prova de ouro que confirma o diagnóstico; alí o seguimento às usuárias tratadas era incipiente e descontinuo. Evidenciaram-se falhas e antiguidades para especificar as funções

do pessoal de enfermaria; as citologias foram tomadas em sua maioria por auxiliares de enfermaria e a norma técnica para tamisasse recomenda que seja realizado por um medico ou enfermeira capacitados. Do mesmo modo, detectaram debilidades na educação para a saúde à comunidade para a prevenção do câncer de colo uterino.

Palavras chave

Câncer colo uterino, programa prevenção câncer de colo uterino, tamisasse, citologia, biopsia, colposcopia.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix se constituye en uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país, por lo tanto es importante impulsar una estrategia de comunicación y movilización social para promover la toma de la citología anual en mujeres mayores de 18 años que tienen o han tenido vida sexual, fomentando así la prevención de esta enfermedad. El cáncer de cérvix, al igual que otros tipos de cánceres, no se inicia de repente; su proceso varía dependiendo de múltiples factores; por ello, la mejor forma de prevenirlo es con hábitos de vida saludables y realización periódica de pruebas que permitan detectarlo.

El reconocimiento científico con respecto a que la infección por Virus del Papiloma Humano (HPV) es la causa central de neoplasia cervicouterina, ha creado nuevos frentes en la prevención primaria y secundaria de la enfermedad, así la prevención y control de esta patología se podría lograr con estrategias dirigidas a un cambio en el comportamiento sexual teniendo como blanco todas las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) de importancia en salud pública (1).

El cáncer del cuello uterino en el ámbito mundial es el segundo en frecuencia en mujeres, después del carcinoma de mama. Cerca del 80% de los tumores malignos del cuello uterino registrados en el mundo se encuentran en mujeres de los países en desarrollo. Históricamente Colombia ha ocupado siempre lugares destacados por la alta incidencia

de este tumor y de mortalidad por su causa. Según datos del Instituto Nacional de Cancerología, División de Epidemiología (Santa Fe de Bogotá, 1994), el cáncer del cuello uterino se constituye en la segunda causa de muerte por cáncer en Colombia, después del cáncer del estómago, seguido por el cáncer de mama, el cual ocupa el tercer lugar (2).

Los principios del tamizaje en el cáncer del cuello uterino se realizan universalmente con base en cuatro procedimientos auxiliares de diagnóstico:

1. Citología vaginal o Prueba de Papanicolaou (2): descrita por Papanicolaou y Traut en 1941, se ha convertido en el método sencillo y económico más adecuado para el tamizaje del cáncer de cuello uterino. Debe establecerse desde el comienzo que la citología vaginal no es un procedimiento diagnóstico por sí solo, ya que los cambios citológicos anormales encontrados a través de ella deben siempre ser confirmados mediante el estudio histológico del tejido obtenido por la biopsia o la conización, cuando esta última esté indicada. Numerosos estudios de cohortes, casos y controles y correlativos han demostrado, en forma unánime, una disminución de la mortalidad por cáncer del cuello uterino gracias al diagnóstico precoz por el tamizaje por citología, que ayuda a evitar la mortalidad.

2. La colposcopia ideada por Hinselmann (3) en Alemania en 1925, llegó a América por el Cono Sur. Consiste en la visualización y amplificación del cuello uterino mediante un sistema binocular

de lentes, entre 25 y 40 aumentos, que permite la observación de las estructuras del cuello uterino mediante la asociación con imágenes preestablecidas. La colposcopia tiene una mayor sensibilidad que la citología (4), pero su menor especificidad de conducir a procedimientos diagnósticos invasivos (biopsias y conizaciones) innecesarios y su mayor costo, son sus principales limitaciones. Combinadas la citología y la colposcopia brindan una seguridad diagnóstica que excede el 95%.

3. La biopsia cervical consiste en la escisión de uno o más fragmentos del epitelio cervical (5) para estudio histológico. La biopsia puede ser dirigida idealmente por colposcopia, o al menos, orientada mediante la Prueba de Schiller; se aplica solución de yoduro de potasio sobre el cuello uterino y se toman los fragmentos de cérvix de las zonas yodonegativas, es decir, en donde el yodo no fue fijado por ausencia del glucógeno del epitelio normal ausente. En ausencia de facilidades para realizar la colposcopia y la prueba de Schiller, se debe recurrir a la biopsia de los cuatro cuadrantes, es decir, se toma una biopsia de cada cuadrante del cuello uterino de los sitios visualmente más representativos. Todos los tejidos obtenidos deben rotularse según el sitio de su procedencia (cérvix, endocérvix), fijarlos en formol al 10%, identificarlos con los datos de la persona y enviarlos al laboratorio para su análisis. Debe recordarse siempre que únicamente el estudio histológico establece el diagnóstico definitivo de la lesión (6).

4. La conización o amputación cervical consiste en la escisión de un fragmento del cuello uterino, en forma de cono. Es un medio de diagnóstico y tratamiento (los bordes no están comprometidos con lesión y se reportan como sanos) (6) (7).

Para planificar y poner en práctica un programa racional y eficaz en función de los costos de prevención del cáncer cervicouterino, es preciso comprender claramente la historia natural de la enfermedad. Los modelos reconocidos de la historia

natural del cáncer cervicouterino se han modificado en los últimos años. Como la historia natural de la enfermedad incide directamente sobre el tamizaje, el tratamiento y las estrategias de seguimiento, los encargados de planificar los programas deben basar sus estrategias de prevención del cáncer cervicouterino en los modelos más recientes.

Los primeros programas de prevención del cáncer cervicouterino partían de la premisa de que la enfermedad se desarrollaba a partir de las lesiones precursoras (generalmente conocidas como displasias), progresando en forma sostenida de leves a moderadas, y luego a displasias graves, al carcinoma *in situ* (CIS) y por último al cáncer invasor (8). En realidad, ahora parece que el precursor directo del cáncer cervicouterino es el ASCUS, el AGUS y la lesión cervical intraepitelial de bajo grado (9), que puede progresar al cáncer cervicouterino durante un período de hasta 10 años. La mayoría de las lesiones de grado inferior experimentan una regresión o no progresan cuando son diagnosticadas precozmente; la regresión en los casos prevalentes es menos probable.

Posiblemente se requiera realizar varias visitas para el diagnóstico, la vigilancia o el tratamiento; sin embargo, en Colombia las pacientes pueden tener problemas para realizar más de una visita con el fin de someterse a un examen de seguimiento, aspectos que pueden ser de carácter económico, práctico y logístico; además, puede ocurrir que algunas pacientes no regresen para estos exámenes porque no comprenden que es necesaria una nueva evaluación o tienen miedo de recibir malas noticias sobre su estado; otras, quizás no regresen porque sienten vergüenza o temor al diagnóstico o al tratamiento. Es importante que los responsables del programa y los encargados de formular las políticas traten de resolver estos obstáculos, mediante la implementación de sistemas de información adecuados y una educación a la comunidad con seguimiento que incluya la enseñanza individual, que permita al personal de salud comprobar si una mujer ha recibido atención después del tamizaje.

La medición es requisito de la gestión. Lo que no se mide no se puede gestionar y, por lo tanto, no se puede mejorar (10). Lo anterior se aplica a cualquier organización, incluidas las instituciones públicas, organismos y administraciones en general.

Un indicador es una magnitud asociada a una característica; pueden ser de resultado, de proceso o de las actividades y de la estructura; permite a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación con el estándar establecido, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos (estándares) establecidos.

Según la naturaleza del objeto a medir, se pueden distinguir los siguientes tipos de indicadores:

Indicadores de resultados: miden directamente el grado de eficacia o el impacto sobre la población. Son los más relacionados con las finalidades y las misiones de las políticas públicas. Otros nombres con que se conocen los indicadores de resultados son: de objetivos, de impacto, de efectividad, de satisfacción.

Los indicadores de proceso: valoran aspectos relacionados con las actividades y están directamente relacionados con el enfoque denominado: Gestión por Procesos. Se refieren a mediciones sobre la eficacia del proceso. Habitualmente relacionan medidas sobre tiempos de ciclo, porcentaje de errores o índice de colas.

Los indicadores de estructura: miden aspectos relacionados con el costo y la utilización de recursos. En general miden la disponibilidad o consumo de recursos.

Estos tres indicadores son elementos importantes para el desarrollo del programa y facilitan la medición del impacto.

OBJETIVO GENERAL

Realizar el seguimiento, años 2005 y 2006, a los programas de prevención de cáncer de cuello uterino en los hospitales de los 27 municipios del departamento de Caldas, con el fin de evaluar la estructura, proceso y resultados, y generar recomendaciones.

Objetivos específicos

- Determinar indicadores de estructura que nos permitan verificar la disponibilidad de los recursos locativos, técnicos y de talento humano con que cuenta cada municipio para la atención de pacientes dentro del programa de prevención de cáncer de cuello uterino.
- Determinar indicadores de cobertura de acuerdo con el número de colposcopias y citologías tomadas entre el año 2005 y 2006.
- Verificar el cumplimiento de las normas técnicas para la prevención de cáncer de cuello uterino, y el uso y diligenciamiento de los formatos que contiene el programa.
- Determinar el uso y rendimiento de los municipios que cuentan con médico colposcopista y equipo de colposcopia.
- Determinar la capacidad de atención, valorando los tratamientos y seguimientos a las usuarias con citología y colposcopia alterada.
- Confirmar la continuidad de la atención de las usuarias con citología y colposcopia alterada, basados en los tratamientos realizados.
- Verificar la realización de seguimientos a pacientes posteriores a los tratamientos.
- Determinar la oportunidad del tratamiento, relacionada con la detección del cáncer del cuello uterino en estadios tempranos de la enfermedad y el tiempo transcurrido desde la detección de la anormalidad hasta el inicio del tratamiento.
- Identificar los programas de educación en la prevención del cáncer de cuello uterino en los municipios.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, evaluativo y retrospectivo de los años 2005 y 2006, realizado en el último trimestre del año 2006 con el fin de evaluar el estado actual del Programa de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en los hospitales del departamento de Caldas. Se seleccionaron como sitios estratégicos de convocatoria cuatro municipios en las áreas norte, centro, oriente y occidente, ubicados de manera que en cada uno, se pudieran agrupar los municipios cercanos y de esta manera obtener la información de las 27 localidades del departamento de Caldas. Se citó al total de los funcionarios de los programas con el fin de dar capacitación sobre el uso de la base de datos para el diagnóstico y seguimiento, la cual se entregó en medio magnético para ser ejecutada según el instructivo que se les anexaba; una segunda reunión con el fin de recibir informe parcial de su diligenciamiento; y una tercera reunión para la entrega del informe final de las instituciones, en esta además, se realizó la socialización sobre el estado del programa en cada IPS. El instrumento para la recolección de la información fue diseñado por las investigadoras y validado en el programa de prevención de cáncer de cuello uterino de la Universidad de Caldas, Manizales.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Resultados de estructura y organización

Se recolectó la información de 21 municipios para evaluar la disponibilidad del recurso humano, dotación de consultorios, recursos informáticos y proceso para la atención de las pacientes desde el diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

La dedicación del médico general a las actividades del programa de prevención de cáncer de cuello uterino fue reportada en 10 municipios. El tiempo tiene gran variación en cada unidad, que va desde 2 hasta 60 horas al mes, y la dedicación promedio fue de 33 horas.

Con relación a la dedicación del médico colposcopista al programa, en los municipios en que se realizó entrevista, sólo 9 reportaron realización del procedimiento por el médico formado en colposcopia. Sin embargo, en algunos municipios donde se obtuvo la dedicación del médico colposcopista a esta actividad, no se reportaron resultados de colpocopias; en otros, el médico colposcopista era contratado por el hospital y realizaba las colposcopias a las mujeres que pagaran este tipo de servicio; y en otros municipios se remitían a la Unidad Regional.

En los municipios que informaron dedicación de horas de los colposcopistas al programa, las colposcopias fueron realizadas en la misma IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud) por el profesional colposcopista; con una dedicación que variaba entre 6 y 52 horas al mes, con un promedio de 25,3 horas/mes. La dedicación más frecuente del profesional colposcopista en los municipios fue de 20 y 24 horas/mes.

Con relación a la dedicación de enfermeras al desarrollo de las actividades del programa de cáncer de cuello uterino, se reportó una asignación de 16 horas por mes. Algunos municipios no refieren a este profesional; no obstante, algunos, tienen un apoyo de este profesional sin determinar un tiempo específico; se reporta en el informe una dedicación mínima de 2 horas/mes y una máxima de 80 horas/mes, con un promedio de 24 horas al mes. La dedicación más frecuente estaba en 12, 18, 24 y 36 horas al mes. Entre las funciones realizadas por estos profesionales estaba la coordinación y gestión del programa, funciones que han sido documentadas por la Organización Mundial de la Salud (11), que enuncia las directrices relativas a la gestión que se deben tener en cuenta cuando se pone en marcha un programa de tamizaje citológico.

Con relación a la dedicación de las auxiliares de enfermería, se encontró una dedicación mínima de 2 horas y máxima de 192, con un promedio de

56 por mes; estas funcionarias son las que mayor número de horas de disponibilidad tienen para el programa. En algunos municipios, a pesar de contar con este recurso humano, no se reportan horas de dedicación a éste.

Con relación a la disponibilidad de recursos físicos para la realización de las actividades del programa de prevención de cáncer de cuello uterino, disponer de consultorio es importante puesto que permite medir la posibilidad que tienen las IPS para realizar a la paciente la toma de la citología de forma inmediata. De las 19 instituciones que diligenciaron este aspecto, en 5 (26%) contaban con consultorio permanente para la realización de los exámenes y actividades propias del programa; las demás, no poseían un espacio asignado para realizar a la paciente la toma de la citología en forma inmediata.

De las unidades que tenían colposcopio se encontró: 15 con colposcopio, en 8 de estas unidades (53%) el procedimiento lo realizaba un médico colposcopista. En 4 unidades (27%) que también tenían colposcopio, no se realizaba el procedimiento; y en 3 de las unidades (20%), la colposcopia la realizaba el ginecólogo. Se encontró que 10 municipios (50%) tenían equipo de radiofrecuencia (12), necesario para la realización de los tratamientos; y 7 poseían biotomo, equipo para realizar las biopsias.

En 4 unidades (20%) se halló que disponían de electrodos surtidos y valvas laterales, equipos precisos y necesarios para los tratamientos. Llama la atención que en sólo 6 unidades (30%) se contaba con evacuador de humo especial, para eliminar los gases producidos por acción de la radiofrecuencia, que a pesar de no ser indispensable para realizar los tratamientos, sí mejora las condiciones laborales de los trabajadores y disminuye la exposición a los gases.

En cuanto a la disponibilidad de computador para registrar datos y de impresora, en 6 unidades sí

disponían de ellos, sin embargo, en la mayor parte de los municipios la información del programa era consignada y registrada en cuadernos, razón por la cual era difícil que en las unidades tuvieran una cultura de llevar los indicadores, para así lograr hacer una evaluación confiable de cumplimiento de las actividades del programa.

La OMS en sus directrices (13) enfatiza sobre la norma técnica y afirma que ésta se diseñó para ser utilizada junto con las directrices de gestión. Miller, después de una introducción general al problema del cáncer cervicouterino, define la importancia y la función de la citología cervicouterina en el control del cáncer, los procedimientos de diagnóstico, el tratamiento y seguimiento; la vigilancia y la evaluación; el personal, el equipo y las necesidades de suministros (14).

Resultados de proceso

Se correlacionó el número de citologías realizadas, así se reportaron en los 27 municipios 16.937 citologías en el año 2005 y 20.525 citologías en el año 2006; se destacan algunos municipios con el 40,2% y 0,1%; y en otros municipios no hubo reporte de citologías.

Con los resultados anteriores, es importante recalcar que tener un mayor porcentaje de cobertura de la población femenina de riesgo puede incidir en la disminución de la mortalidad, lo anterior se puede corroborar con base en los estudios realizados por Adami, Bergstrom et al., quienes concluyeron:

“si se tiene en cuenta que la historia natural y los patrones patológicos del cáncer cervicouterino son similares en todo el mundo, el empleo de pruebas de detección como la citología y el diagnóstico del virus del papiloma humano (VPH), estrategias de control del cáncer cervicouterino y del tratamiento de la enfermedad en sus estadios iniciales; se puede contribuir a reducir la mortalidad, por ello hay

que superar las dificultades y asegurar la máxima cobertura con las pruebas citológicas de tamizaje” (15).

Con el fin de evaluar el rendimiento del tamizaje con citología, se analizó la relación existente entre horas de dedicación al programa por la auxiliar de enfermería (dato que se obtuvo de la encuesta) y el número de citologías tomadas en cada mes. En promedio en el año 2005 el rendimiento fue de 0,3 citologías tomadas por hora; el mayor rendimiento fue de 3,1. En 2006 el promedio del rendimiento fue de 1,1 citología por hora. Se pudo observar que la auxiliar de enfermería tiene, además de la toma de citología, otras funciones dentro del programa, como son: organización de ficheros, búsqueda de pacientes, visitas domiciliarias, informar a la enfermera y al médico las citologías que llegan alteradas.

En la distribución de la toma de citologías por edad de la usuaria, se encontró que en el año 2005 el mayor porcentaje en la toma de citologías estaba entre 36-45 años (25,2%) y 26-35 (23,8%); y en 2006, en los mismos grupos de edad, el 25,5% y el 24,8% respectivamente.

Con relación a esta observación se destaca la evaluación que sobre este aspecto realizaron Robles, White y Peruga (16), sobre las tendencias de mortalidad por cáncer cervicouterino en las Américas, empleando datos de la Organización Panamericana de la Salud, así mientras que en los últimos 30 años la incidencia del cáncer cervicouterino en Canadá y Estados Unidos ha caído en forma sostenida (cerca de 1,4 y 1,7 defunciones por 100.000 mujeres respectivamente en 1990), en la mayoría de los países de América Latina y El Caribe, de los que se dispone de datos, los niveles de mortalidad por cáncer cervicouterino se han mantenido constantes o han aumentado (oscilando en alrededor de 5 a 6 defunciones por 100.000 mujeres). Los autores, señalan que si bien no todos los cambios registrados en la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino pueden atribuirse directamente al tamizaje, existe

una correlación evidente. Añaden que los servicios de tamizaje en América Latina han estado vinculados a los servicios de planificación familiar y de atención prenatal, y no han llegado como corresponde a las mujeres mayores, con mayor riesgo de cáncer cervicouterino.

Las citologías positivas se obtuvieron relacionando el número de citologías realizadas durante un periodo de tiempo con el número de resultados positivos, diagnosticadas en ese mismo periodo. No todos los municipios reportaron los resultados de las citologías. En ambos años se destacó el diagnóstico negativo para neoplasia; sin embargo, sobresale que en 2005 se diagnosticaron 28 carcinomas invasivos y 9 en 2006.

Con respecto a la realización de colposcopias a usuarias con citología alterada, se observó que en 2005 se reportó una práctica de 930 colposcopias y en 2006 se reportaron 775. Y los diagnósticos más frecuentes fueron el de satisfactoria atípica y satisfactoria típica.

El número de biopsias durante 2005 fue de 382 y en 2006 fue 240. Según la distribución de las biopsias por diagnóstico y los resultados más frecuentes en ambos años, fueron: VPH, condiloma, NIC I, displasia leve y cervicitis crónica.

El promedio de días desde la toma de la citología y el reporte de la misma durante 2005 y 2006, fue de 36 y 35 días respectivamente. Durante estos años se observó en algunos municipios un promedio menor a 30 días.

El promedio de días entre la toma de la citología y el tratamiento de la paciente fue de 210 días en el año 2005 y 121 en el año 2006.

En cuanto a la educación a la comunidad, la auxiliar de enfermería es quien brinda algunos aspectos básicos de promoción de la salud y de

prevención de la enfermedad de manera informal; se evidencia la inexistencia de un programa estructurado y articulado a las directrices sobre prevención del cáncer de cuello uterino, según los estándares de la OMS, que involucre a todos los profesionales de la salud en esta actividad.

Masood (17), en un análisis que realizó sobre la problemática del cáncer cervicouterino, en el que evalúa las razones por las cuales las mujeres todavía mueren por cáncer cervicouterino, sugiere que la falta de programas de tamizaje eficaces, especialmente para las mujeres que no reciben atención de salud adecuada y los dilemas permanentes sobre el uso de la Prueba de tamizaje de Papanicolaou, son los dos principales motivos por los cuales la comunidad médica no logra erradicar el cáncer cervicouterino.

El autor, recomienda que para lograr una mayor eficacia en los programas de tamizaje es necesario integrar la educación en salud a la comunidad y la accesibilidad a los servicios de atención de salud para todas las mujeres, independiente de su edad, raza, origen étnico y situación socioeconómica; es fundamental llegar a las mujeres, capacitarlas, desarrollar pruebas de tamizaje eficaces y establecer la asistencia en salud. La integración de los programas de instrucción con la realización en un consultorio móvil de la Prueba de Papanicolaou y otros procedimientos de diagnóstico, como la colposcopia, son formas innovadoras de convencer a las mujeres que deben recurrir a los programas de prevención del cáncer.

Lazcano-Ponce, Castro, Allen et al. (18), en un estudio cualitativo analizan los obstáculos que dificultan la detección temprana del cáncer cervicouterino; organizaron cuatro grupos focales: dos en el entorno urbano de Ciudad de México y dos en las comunidades rurales del Estado del Oaxaca. En cada uno de estos entornos, uno de los grupos focales incluía a mujeres que se habían realizado una Prueba de Papanicolaou al menos

una vez, y el otro grupo focal incluía a mujeres que nunca se habían realizado la prueba.

Los autores, comprobaron que entre los obstáculos que dificultaban la realización de la Prueba de Papanicolaou se incluían: la falta de conocimiento sobre la etiología de cáncer cervicouterino, la falta de conocimientos sobre la Prueba de Papanicolaou, la percepción de que el cáncer es una enfermedad mortal, los problemas de relación entre las pacientes y el personal de atención de salud, la prioridad asignada a las necesidades no satisfechas relacionadas con la pobreza extrema, la oposición de las parejas sexuales masculinas, la negativa a realizarse un tacto vaginal, las esperas en la toma de muestras y la obtención de los resultados, y la percepción de que los costos de atención son elevados.

Sobre la base de los anteriores resultados, los autores recomiendan proporcionar más educación a las mujeres a fin de crear “una filosofía de la prevención”, que impulse a las mujeres a recurrir al programa de detección temprana del cáncer cervicouterino. Recomiendan que la educación incluya: información sobre la edad a la cual es preciso comenzar a realizarse las pruebas, la edad a partir de la cual se puede prescindir de ellas y la frecuencia con que hay que hacerse las pruebas; instrucciones para prepararse para la toma de muestras y una descripción del procedimiento; instrucciones sobre el momento y el lugar en que se deben retirar los resultados e información sobre la etiología básica del cáncer cervicouterino. También, sugieren emplear diversas estrategias de comunicación para promover la realización de la Prueba de Papanicolaou, incluida la promoción durante el contacto entre el personal de salud y las mujeres; la difusión de información a través de la radio y mediante carteles y folletos; la promoción a través de los grupos comunitarios, y la incorporación de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención del cáncer cervicouterino en los programas de salud existentes.

CONCLUSIONES

En la evaluación de los indicadores de estructura y organización se destaca que el número de horas del personal reportadas dedicadas al programa, es muy alto con respecto al número de citologías conseguidas. Aspecto que valdría la pena analizarse con mayor profundidad.

Existen 9 unidades con médico colposcopista, cuya asignación en horas va desde 6 hasta 52 horas al mes; en los municipios que tienen este profesional se reportó el mayor número de toma de colposcopias.

En la dedicación del profesional de enfermería al programa, que oscila entre 2 y 80 horas por mes, se aprecia un rango muy amplio. Las funciones asignadas a esta profesional son de carácter administrativo y de gestión de los programas asignados a la consulta externa.

La auxiliar de enfermería tiene una dedicación mínima de 2 horas y máxima de 192 por mes, igualmente como en el caso de la enfermera, no está definido este tiempo. Esta funcionaria tiene un papel protagónico en el programa de detección precoz, con asignación de tareas esenciales para su desarrollo, que incluyen la toma de citología, rotulación y envío de muestras, realización de registros, entrega de resultados, manejo de ficheros, búsqueda de pacientes, recepción de solicitud de tratamientos, educación y orientación a las usuarias para gestionar la autorización de remisiones.

Se detectó ambigüedad y falta de claridad en la asignación de funciones al personal de enfermería, que tiene a su cargo diversas actividades de salud pública y asistenciales desarticuladas, que afectan la continuidad y el seguimiento a los procesos y actividades inherentes al programa de detección precoz del cáncer de cuello uterino en el departamento de Caldas.

Se pudo concluir que los municipios con mayor disponibilidad de horas de consultorio para el

programa, presentan un número menor de toma de citologías, situación que no se justifica si se tiene en cuenta que la educación y la toma de citologías deben ser la piedra angular en este programa de promoción de la salud y diagnóstico precoz del cáncer de cuello uterino.

Con relación a los equipos indispensables para el adecuado funcionamiento del programa, se deduce que en algunos municipios que tienen colposcopio no realizan el procedimiento debido a la falta de médico colposcopista o a la asignación de otras funciones; algunas instituciones disponen de médicos capacitados en la Universidad de Caldas a través del curso de Patología Cervical y Colposcopia y no están asignados para cumplir esta función.

En otros hospitales las colposcopias son realizadas por el médico ginecólogo, situación que aumenta costos, dilata el tiempo de acceso y afecta la oportunidad del servicio. En algunos municipios no hubo reporte de colposcopias debido a problemas de registro.

El rendimiento de tamizaje en citología realizado por la auxiliar de enfermería fue de 0,3 en 2005 y 1,1 en 2006; de acuerdo a la norma técnica este procedimiento debe ser realizado por el médico o profesional de enfermería capacitados. En el estudio se destaca la disponibilidad de recursos físicos y humanos; sin embargo, esto no se refleja en la eficiencia esperada.

En cuanto a los aspectos que involucran a las usuarias del programa, es mayor el tamizaje en las edades comprendidas entre los 26 y 45 años. El menor tamizaje (16%) se da en las edades de menores de 26 y mayores de 45 años (2005 y 2006). Es importante destacar que la aparición del cáncer de cuello uterino tiene una mayor incidencia en las mujeres mayores de 45 años.

En 2005 no hubo reporte de 1.278 citologías (8%) y en 2006 de 2.140 (11%), además el número de

citologías sin reporte por muestras inadecuadas fue de 557 en 2005 y 747 en 2006. Estas fallas relacionadas con el reporte de las citologías afectan directamente a las usuarias y al programa, representado en pérdidas de tiempo, aumento de los costos y de riesgos para ellas, razón por la cual la oportunidad y la eficacia del programa afecta la consecución de las metas en salud.

Los reportes de cáncer invasivo fueron obtenidos por citología, sin embargo, no se diligenció el reporte de biopsias en la base de datos suministrada a las instituciones para el estudio. La biopsia es la prueba de oro para el diagnóstico del cáncer y además, la existencia de sistemas de información que facilitan la vigilancia epidemiológica, son factores importantes en el control y la vigilancia del programa. Nasiell K, Roger y Nasiell M. (19), en una investigación resaltan la importancia de un seguimiento periódico de las pacientes diagnosticadas con displasias leves, teniendo en cuenta que en más de la sexta parte de los casos hay probabilidades de que la enfermedad progrese.

Hay variaciones en el reporte de la toma de citología que va desde 2 hasta 491 días. La agilidad en el reporte favorece el diagnóstico oportuno, esta situación genera pérdidas: de usuarias, credibilidad en el programa, económicas; desgaste del recurso humano, aumento del cáncer invasivo y de las tasas de mortalidad.

Otra limitación relacionada con la evaluación del programa, incluye el informe consolidado realizado por el hospital para definir si la usuaria con citología alterada había sido diagnosticada por biopsia en el segundo nivel de atención y si había sido tratada, debido a la falta de remisión y contra remisión; además, no existía reporte de los seguimientos a las usuarias que fueron tratadas. Así mismo, esta situación lleva al deterioro de la salud de las mujeres, a la pérdida de la credibilidad del programa y a la falta de impacto en indicadores de morbimortalidad por esta patología.

Las acciones en educación con la comunidad son discontinuas, dispersas y se carece de un sistema de educación estructurado y de responsabilidades de los diferentes actores del área de la salud en el ámbito local y de las instituciones que dé cuenta del impacto de la educación en el aumento de la asistencia de las usuarias a las citologías y del seguimiento de las mismas. También se evidenciaron algunas características de la educación para la salud brindada a las usuarias, tales como: la informalidad; se lleva a cabo en la consulta médica; no existe una asignación de responsabilidades a los diferentes profesionales de la salud en el componente educativo y es la auxiliar de enfermería la que realiza la actividad educativa en la visita de búsqueda de casos y durante el tiempo de toma de la citología, constituyéndose en el principal agente de la salud involucrado en unas acciones que demandan conocimientos más amplios y profundos para impactar en las comunidades.

La carnetización a las usuarias se ha abandonado en la mayoría de los municipios y hay deficiencia en los ficheros, situaciones de carácter administrativo que afectan el funcionamiento del programa y la vigilancia epidemiológica.

RECOMENDACIONES

Las investigadoras proponen las siguientes indicaciones después de este análisis:

- Es necesario fortalecer y apoyar a las 20 unidades que conforman la Red de Patología Cervical y Colposcopia creada en 1996, que logró la formación de médicos generales colposcopistas entrenados para dar atención y resolver situaciones en el nivel primario y de enfermeras capacitadas en la gestión del programa, para que unifiquen procesos y establezcan controles que aseguren la remisión, contrarremisión, el seguimiento y el control de las usuarias.

- Diseñar un programa de capacitación y actualización permanente para profesionales y auxiliares en la norma técnica del programa, que permita una retroalimentación y mejoramiento de la atención y la detección precoz del cáncer de cuello uterino en el departamento de Caldas.
- Reorientar la educación a la comunidad como un proceso planeado y sistematizado por parte de los profesionales de la salud, puesto que es una acción prioritaria en los programas de promoción y prevención que debe ser coordinada, planeada y ejecutada por dichos profesionales.
- Realizar un estudio de tiempos y movimientos para determinar las horas reales de cada uno de los profesionales y funcionarios responsables del programa, de acuerdo a las metas propuestas.
- Estandarizar la entrega de reportes de citologías y biopsias en los hospitales, en este sentido se recomienda que sean entregados directamente al médico, para que sea este profesional quien lidere y tome las decisiones sobre las conductas a seguir, puesto que en la mayoría de las instituciones quien ha asumido esta responsabilidad es el personal auxiliar de enfermería.
- Realizar una negociación con las EPS para que autoricen a los médicos colposcopistas existentes en los municipios para realizar las colposcopias, y así aprovechar los recursos humanos y físicos existentes, disminuyendo tiempos y costos en salud para beneficio de la comunidad.
- De acuerdo a la importancia del programa y los índices de morbimortalidad se requiere que sea liderado y coordinado por el profesional de enfermería, de manera tal que el tiempo de dedicación sea mayor al que se le asigna actualmente. De manera que es necesario definir y establecer las funciones de cada uno de los profesionales y auxiliares de enfermería que participan, verificar el cumplimiento de las mismas y realizar el seguimiento permanente.
- Efectuar controles a los laboratorios de patología para determinar los tiempos mínimos de envío de resultados a los municipios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meheus A. Prevention of sexually transmitted infections through health education and counselling: a general framework. En: Franco EL, Monsonog J (eds). *New Developments in Cervical Cancer Screening and Prevention*. Oxford, UK: Blackwell Science 1997; 84-90. Serman F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Rev. chil. obstet. ginecol.*, 2002, vol. 67, no. 4, p. 318-323. ISSN: 0717-7526.
2. Medina M. *Atlas de Mortalidad por Cáncer*. Colombia, 1990. Instituto Nacional de Cancerología. División de Epidemiología. Santa Fe de Bogotá, 1994. Citado en: Gutiérrez D., Bueno M., Rubiano J., Trujillo D. *Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia*. ISS – ASCOFAME. p. 3. Disponible en: <http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/3/5/053-Colombia-Cacu-ASCOFAME.pdf>
3. *Colombia Médica*; 1995; 26: 106-113. ISSN: 1657-9534. Reproducción autorizada por: Corporación Editora Médica del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos904/colposcopia-diagnostico-neoplasia/colposcopia-diagnostico-neoplasia.shtml>
4. Santos J, Reyero MP, Naviero JC. Evaluación diagnóstica de la citología, la colposcopia y la biopsia en mujeres con sospecha de lesiones precursoral de neoplasia cervical intraepitelial. *Progresos de obstetricia y ginecología: revista oficial de la Sociedad española de ginecología y obstetricia*; Vol. 47, N°. 4; 2004, p. 155-161. ISSN: 0304-5013, Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=891861>
5. *Colombia Médica*; 1995; 26: 106-113. ISSN: 1657-9534. Reproducción autorizada por: Corporación Editora Médica del Valle, Universidad del Valle, Cali, Colombia. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos904/colposcopia-diagnostico-neoplasia/colposcopia-diagnostico-neoplasia.shtml>
6. Rubiano J, Trujillo D. Tamizaje en cáncer ginecológico. *Guías de práctica clínica basadas en la evidencia*. ISS. Cali. p. 10. Disponible en: <http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/3/5/053-Colombia-Cacu-ASCOFAME.pdf>
7. Dexeus S, Cararach M, Dexeus D. Tratamiento y seguimiento de las lesiones preinvasoras. 3 ED 2002. Disponible en: http://www.aepcc.org/download/congresos/xviii/ponencias/GR_S5-5.pdf
8. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de programas apropiados para la prevención del cáncer cervicouterino, Washington Disponible en: www.path.org. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C.; 2003.
9. Castañeda MS. El cáncer cervical como problema de salud pública en mujeres mexicanas y su relación con el papiloma virus. Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1125105-175123//msci1de1.pdf
10. Indicadores de Gestión. Disponible en: http://www.aiteco.com/web/index.php?option=com_content&task=view&id=85&Itemid=99
11. Organización Mundial de la Salud. Directrices sobre política y gestión. Disponible en: <http://www.who.int/entity/cancer/media/en/423.pdf>
12. Norma legal. Disponible en: <http://www.fecolsog.org/areagremial/interno2/normativalegalart12.php>

13. MSP y BS, OPS/OMS, USAID, UNPFA. Manual nacional de normas y procedimientos para la prevención y control del cáncer de cuello uterino. Asunción: El Ministerio; 2006.
14. Holowaty P, Miller AB, Rohan T, et al. Natural history of dysplasia of the uterine cervix. *Journal of the National Cancer Institute* 91(3): 252-258 (February 1999). Disponible en: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/1/3/031-Planificacion_de_programas_prevencion.pdf
15. Adami HO, Bergstrom R, et al. Strategies for global control of cervical cancer. *International Journal of Cancer*, 60: 1-26 (January 1995). Disponible en: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/1/3/031-planificacion_de_programas_prevencion.pdf
16. Robles S, White F, Peruga A. Trends in cervical cancer mortality in the Americas. *Bulletin of PAHO* 30(4): 290-301 (December 1996). Disponible en: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/1/3/031-planificacion_de_programas_prevencion.pdf
17. Masood, S. A plea for a worldwide volunteer cervical cancer education and awareness program. A proposal from the International Academy of Cytology Committee on Cancer Detection for Medically Underserved Women. *Journal of Clinical Cytology and Cytopathology* 43(4): 539-543 (July-August 1999). Disponible en: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/1/3/031-planificacion_de_programas_prevencion.pdf
18. Lazcano-Ponce EC, Castro R, Allen B, et al. Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico. *Journal of Women's Health* 8(3): 399-408 (April 1999). Disponible en: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/1/3/031-planificacion_de_programas_prevencion.pdf
19. Nasiell K, Roger V, Nasiell M. Behavior of mild cervical dysplasia during long-term follow-up. *Obstetrics and Gynecology* 67(5): 665-669 (May 1986). Disponible en: http://ncd.bvsalud.org/lildbi/docsonline/1/3/031-planificacion_de_programas_prevencion.pdf