

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**



**CARACTERIZACION DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD DE LA POBLACION
CON DISPLASIA Y CANCER CERVICO UTERINO EN EL MUNICIPIO DE
OLANCHITO, YORO. 2005-2006.**

PRESENTADO POR

GLORIA ISABEL MELENDEZ POSAS

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORA

MSC. MARTA FONSECA

TEGUCIGALPA, M.D.C.

MARZO, 2014. HONDURAS, C.A.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS UNAH

RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ

VICE RECTORA ACADEMICA
Dra. RUTILIA CALDERON PADILLA

VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Lic. AYAX IRIAS COELLO

VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO BARDALES A.I

SECRETARIA GENERAL
Licda. ENMA VIRGINIA RIVERA

DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Dra. LETICIA SALOMÓN

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA

SECRETARIO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO

COORDINADORA GENERAL POSTGRADOS FACULTAD DE CIENCIAS
MÉDICAS
DRA. ELSA PALOU

COORDINADOR GENERAL DEL POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA
Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES

Agradecimiento

- A mi esposo por ese optimismo que siempre me impulso a seguir adelante y por los días y horas que hizo el papel de padre y madre.
- A mis hijas por todas las veces que no pudieron tener una mama de tiempo completo prestándome el tiempo que les pertenecía.
- A mis familiares por hacerme la persona que soy y la que llegare a ser y su amor, su apoyo constante son para mí la principal motivación para alcanzar mis metas.
- Al pueblo hondureño que con el pago de sus impuestos me brindaron la oportunidad de cursar la Maestría, a quienes me debo con un fuerte compromiso.
- A la Universidad Nacional Autónoma de Honduras por haberme brindado la oportunidad de cursar la Maestría.
- A mis compañeros de trabajo que nunca dudaron que lograría este triunfo y que de alguna manera me impulsaron en el desarrollo del mismo.
- A mi asesora de tesis MSC Marta Fonseca sus conocimientos invaluable que me brindo para llevar a cabo esta investigación y sobre todo su gran paciencia para esperar que este trabajo pudiera llegar a su fin.
- Al POSAP y a sus docentes por haberme brindado sus conocimientos y apoyo.
- Al Dr. Ricardo Fernández y Dr. Ivo Flores por contribuir y apoyar estos procesos en la maestría sin ninguna remuneración.

Dedicatoria

A Dios todo poderoso

Quien me dio la fe, la fortaleza, la salud y la esperanza para terminar este trabajo.

Gracias.

A mi padre (QDDG) por haberme inculcado los valores morales para poder desenvolverme con perseverancia, nobleza, respeto y transparencia en el ámbito familiar, social y laboral. Gracias.

A mi esposo, quien me brindo su amor, su cariño, su estímulo y su apoyo constante. Su cariño, comprensión y paciente espera para que pudiera terminar son evidencia de su amor. Gracias.

A mis hijas y nietos, que son mi razón de vivir y seguir adelante, motivándome hacia el cumplimiento de mis sueños personales y profesionales. Gracias.

A mis amigos y compañeros por ser parte de esta historia. Gracias

INDICE

I. INTRODUCCION.....	8
II. OBJETIVOS.....	12
III. MARCO TEORICO.....	13
1. Derecho a la Salud.....	13
1.1. Elementos del Derecho a la Salud.....	14
2. Derecho a la Salud y el Género.....	15
3. Derechos Sexuales y Reproductivos.....	16
4. Enfermedades Crónicas no Transmisibles.....	17
5. Definición de Cáncer Cérvico Uterino.....	18
5.1. Factores Determinantes del Desarrollo del Cáncer Cérvico Uterino.....	19
5.2. Evolución Natural del Cáncer Cérvico Uterino.....	19
5.3. Cuadro Resumen Infección por el VPH, Pre-Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer Invasor del Cuello Uterino.....	20
6. Diagnóstico.....	22
7. Tratamiento.....	22
8. Prevención.....	23
9. Situación Global del Cáncer.....	24
9.1. Cuadro del Cáncer Cérvico Uterino Situación Global.....	25
10. Situación del Cáncer en Honduras.....	26
11. Situación del Cáncer en el Municipio de Olanchito Yoro.....	28
12. La Vigilancia de la Salud.....	29
12.1. Usos de la Vigilancia.....	30
12.2. El Contexto de Actuación de la Vigilancia.....	31

12.3. Cuadro Etapas y Actividades Básicas del Sistema de Vigilancia.....	31
12.4. Vigilancia en Salud Pública y el Sistema de Información.....	31
12.5. Atributos de la Vigilancia en Salud Pública.....	32
13. Vigilancia de la Salud en Honduras.....	34
14. El Sistema de Salud en Honduras.....	35
15. La Reforma del Sector Salud en Honduras.....	36
16. El Contexto del Municipio de Olanchito.....	36
17. Convenios Planes y Políticas.....	38
17.1. Política de la Mujer.....	38
17.2. Plan Sub Regional para la Prevención y Control del Cáncer en Centro América y república Dominicana.....	40
17.3. Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Honduras 2009- 2013....	41
17.3.1. Objetivos del Plan.....	41
18. Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.....	42
18.1. Objetivo General del Manual.....	42
18.2. Los Componentes del Manual.....	42
18,3. El Sistema de Información del Manual.....	42
18.4. Monitoría y Evaluación del Manual.....	43
IV. METODOLOGIA.....	44
V. RESULTADOS.....	46
VI. ANALISIS DE RESULTADOS.....	77
VII. CONCLUSIONES.....	89
VIII. RECOMENDACIONES.....	91
IX. BIBLIOGRAFIA.....	94
X. ANEXOS.....	97
ANEXO 1: Flujograma Resultado de Citología.....	97
ANEXO 2: Flujograma Biopsia.....	98

ANEXO 3: Flujograma de Tratamiento.....	99
ANEXO 4: Flujograma Estadío Clínico I a.....	100
ANEXO 5: Conceptualización y Operacionalización de Variables.....	101
ANEXO 6: Entrevista a Personal de Salud Participante en la Investigación de la Vigilancia de la Salud en la Población con Displasias y Cáncer Cérvico Uterino.....	107
ANEXO 7: Entrevista a Usuaris Participantes en la Investigación de la Vigilancia de la Salud en la en la Población con Displasias y Cáncer Cérvico Uterino.....	111
ANEXO 8: Guía de Revisión de Expedientes y del Sistema de Información para la Vigilancia de la Salud en la Población con Displasias y Cáncer Cérvico Uterino.....	115

I. INTRODUCCIÓN

La salud es una de las esferas fundamentales del bienestar de las personas y uno de los indicadores esenciales del desarrollo humano alcanzado por cada país. Así lo confirman los gobiernos del mundo al suscribirse al Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 uno de cuyos principios establecen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

EL Cáncer Cérvico Uterino es el tumor que refleja con máxima crudeza la desigualdad social en salud. Ocupa el segundo lugar entre los tipos de Cáncer más comunes entre las mujeres a nivel mundial y es la segunda causa de muerte por Cáncer, a pesar de que la enfermedad podría prevenirse casi por completo gracias a los conocimientos y tecnologías actualmente disponibles. Afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socioeconómico, socialmente vulnerables que no acceden a la toma de muestra para la detección.

La enfermedad y muerte de estas mujeres tiene consecuencias graves para las condiciones de vida de las familias, ocasionando la pérdida de trabajo, ingresos y el ausentismo escolar de los niños.

América Latina es una de las regiones del mundo con más alta tasa de incidencia de esta enfermedad, cada año se diagnostican cerca de 77,000 nuevos casos y unas 30,000 mujeres mueren prematuramente por esta enfermedad.

El reto más importante que enfrentan los países en desarrollo de América Latina y el Caribe es la incapacidad para conservar una infraestructura, organización y

calidad, aspectos esenciales para la prestación de servicios; la mayoría de los países ya cuenta con algunos elementos de un programa para la prevención del Cáncer Cérvico Uterino sin embargo, la fragmentación y la falta de coordinación han impedido la integración eficaz y cohesiva del programa; por lo que se debe mejorar la integración del tamizaje con el tratamiento y seguimiento.

En Honduras, al igual que en otros países Latinoamericanos el Cáncer más frecuente es el localizado en el cuello de útero, representando el 40% de todos los cánceres y el 50% de los tumores malignos que afectan a la población femenina.

En nuestro país se evidenció la problemática siguiente “no existen registros con información confiable sobre la enfermedad, no se cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológico en Cáncer, no hay unificación en el manejo integral del pacientes con Cáncer, escasos e insuficiente recurso humano, la dispersión poco eficiente de los recursos disponibles para prevenir, tratar y curar la enfermedad, escasa e inadecuada infraestructura, equipamiento insuficiente, todo lo anterior provoca que la atención sea incompleta, inadecuada y poco eficaz. La citología cervical continúa siendo la prueba ideal para el tamizaje en la detección precoz del Cáncer Cérvico Uterino.

Es ampliamente comprobado que el cáncer Cérvico uterino es una enfermedad evitable, por lo tanto, la detección de estadios tempranos del mismo, sigue siendo una actividad prioritaria del personal de salud.

En el Municipio de Olanchito incrementó la positividad de los resultados de citología en las mujeres que asistieron a demandar servicios para la detección de Cáncer Cérvico Uterino de 2.5 en el 2005, a 3.5 en el 2006 y la localización de

pacientes fue de 53% y el seguimiento de 39%; de este total 71% corresponden a NIC I, el 16% a NIC II, el 9% a NIC III y 4% a Cáncer. En el Municipio no se encontró registros de investigaciones del tema, razón por la que se realizó el presente estudio sobre Vigilancia de la Salud de la Población con Displasias Y Cáncer Cérvico Uterino y que se pretende interesar a los diferentes niveles de la Secretaría de Salud proporcionando bases científicas sobre las cuales mejorar el programa para responder a las necesidades de las mujeres del Municipio y del País; y finalmente contribuir a reducir el número de muertes por esta causa a través del mejoramiento en detección, seguimiento y tratamiento oportuno. En relación a lo anterior se encontró que la vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino no se lleva a cabo de manera completa, iniciando por las bajas coberturas de detección (22%), insuficiente seguimiento de casos (66%), limitado acceso a tratamiento (29%) lo que no permite garantizar el derecho a la salud.

En el estudio se develó la situación del Cáncer Cérvico Uterino en la población del municipio de Olanchito, en el marco del derecho a la salud con el fin de generar acciones específicamente el cumplimiento de las políticas, y la normalización para la gestión adecuada y oportuna del programa que lleve a una atención eficaz, eficiente con calidad que permita la disminución de la mortalidad prevenible por Cáncer Cérvico Uterino.

En el presente trabajo de investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo transversal. El área de estudio lo constituyeron las 16 unidades de salud con que cuenta el municipio de Olanchito, Yoro. El universo lo constituyeron el 100% de las mujeres con resultado positivo de citología

diagnosticada en los años 2005 y 2006 abarcando una población de 76 mujeres, y el personal de salud responsable de la vigilancia de la salud, un total de 16 recursos. Para la recolección de los datos se utilizó la técnica de encuesta y se aplicaron dos instrumentos (uno a personal de salud y uno a mujeres con diagnóstico positivo), y guía de revisión de expedientes clínicos (César, Césamo y Hospital) previamente validados por personal de salud

Los resultados fueron presentados en tablas de frecuencia con su respectiva lectura y gráficos.

II. OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar la vigilancia de la salud de las pacientes con displasia y cáncer Cérvico Uterino del Municipio de Olanchito Yoro, durante el período 2005 – 2006 para contribuir en la disminución del avance de la enfermedad y/o prevención de la muerte.

Objetivos Específicos:

1. Describir las condiciones sociales, demográficas y culturales de la población en estudio.
2. Identificar los tipos más comunes de lesiones pre – invasoras y cáncer en la población estudiada de acuerdo al Manual de Normas de Prevención y Control.
3. Identificar algunos factores relacionados con la calidad de la atención brindada a las pacientes con displasia y cáncer Cérvico Uterino.
4. Describir las etapas de la vigilancia de la salud que se realizan en las unidades de salud del Municipio de Olanchito en las pacientes con displasia y cáncer Cérvico uterino.

III. MARCO TEÓRICO

1. Derecho a la Salud

La salud es una de las esferas fundamentales del bienestar de las personas y uno de los indicadores esenciales del desarrollo humano alcanzado por cada país. Así lo confirman los gobiernos del mundo al suscribirse al Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994 uno de cuyos principios establecen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (Haapanen, 2001)

Desde su creación, el año 1946, ya la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió de una manera inclusiva e integral el derecho a la salud, entendiendo que “La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental y social sin distinción de religión, credo político o clases sociales, e indicando así mismo en su documento de constitución que es uno de los derechos fundamentales de todos ser humano.

Entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos:

- La violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener grandes consecuencias para la salud.
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos según la manera de que se formulen o se apliquen.
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos (OMS, 2002).

El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables, vivienda adecuada y alimentación nutritiva. El derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en la constitución de países de todo el mundo.

1.1 El derecho a la salud abarca 4 elementos:

1. **Disponibilidad.** Suficiente número de establecimientos, bienes y servicios públicos así como programas de salud.
2. **Accesibilidad.** Establecimientos, bienes y servicios accesibles a todos, sin discriminación, con accesibilidad física, económica y acceso a información.
3. **Aceptabilidad.** Establecimientos, bienes y servicios respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos del género y del ciclo de vida.
4. **Calidad.** Establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. (OMS, 2013).

La calidad es un concepto integral y polifacético tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en cuenta el contexto local. La definición más simple y quizás la más integral fue formulada por W. EDWARD DEMMING, la resume como “hacer lo correcto, en la forma correcta, de inmediato”. (Rivera, 2004). Abadís Donabedian, la define como “a partir de unos recursos disponibles, obtener

para el paciente los mayores beneficios con los menores riesgos posibles.” Por su parte la Dra. Palmer R.H de la Universidad de Harvard, menciona que la calidad es” la provisión del servicio accesible y equitativo ofrecido con un nivel profesional optimo y teniendo en cuenta los recursos disponibles, que logren la satisfacción del usuario. (Malagon Londoño, 1999).

En Honduras, la Secretaria de Estado en los Despachos de Justicia y Derechos Humanos desde hace aproximadamente dos años, han venido trabajando la primera política pública y plan nacional de acción y derechos humanos generando espacios de discusión para encontrar respuestas a los problemas estructurales que se presentan para el goce y ejercicio de los derechos humanos. Dentro del contenido del plan nacional de acción en derechos humanos, en sus lineamientos estratégicos de seguridad humana se integran los derechos a la educación, salud, derechos sexual y reproductivos, alimentación, trabajo, vivienda, agua, un ambiente sano y cultura . En lo referente al derecho a la salud, conceptúa la salud en los mismos términos de la O.M.S. en su constitución aprobada en 1948 (Humanos, 2013)

2. Derecho a la Salud y el Género

A partir de la creación del día mundial de la salud constituido por la OMS y que se conmemora el 7 de abril, han proliferado cumbres y pactos internacionales especificando y especializando el derechos a la salud con enfoque diferencial de género, como ocurre por ejemplo con la especificación de los derechos sexuales y reproductivos. (Nación, 2008)

Dentro del marco de la agenda internacional de desarrollo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) otorga atención prioritaria a la relación entre el género y la salud. Este aspecto requiere compromiso especial para el logro de los objetivos del desarrollo expresado en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. El género, se refiere a las desigualdades estructurales marcadas por el acceso desigual de mujeres y hombres a recursos materiales y no materiales. Esto a su vez forma la base para definir y distinguir los comportamientos masculinos y los femeninos, las expectativas y los roles, así como las relaciones entre hombre y mujeres. (Gita Sen, 2005)

La organización de los servicios de salud con un enfoque que de género requiere el conocimiento de los involucrados para identificar e instrumentar las acciones tendientes a disminuir los efectos originados por las inequidades de género en la prestación de los servicios de salud. La inclusión del enfoque de género en los servicios se ha incrementado en las últimas décadas, con una direccionalidad hacia la salud femenina, sin embargo, en algunos sectores de la literatura se trata el género como un proceso social que afecta la salud de ambos sexos. (Visbal, 2000)

3. Derechos Sexuales y Reproductivos

Es el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. (Humanos, 2013)

En el tema de salud reproductiva, existe en el país una abundante normativa oficial, que incluye leyes, políticas, planes, estrategias y normas. El problema no es la ausencia de normativa, sino la implementación desigual de la misma. La mayor parte no tienen aún cobertura nacional, ni llegan a todos los grupos de población vulnerable. (UNFPA, 2009)

En nuestro país ha prevalecido un enfoque de salud principalmente orientado hacia los aspectos reproductivos que ponen en el centro de la atención al binomio madre – hijo, descuidando en gran medida, la atención en salud de las mujeres desde un enfoque integral. A pesar del incremento de las coberturas de los servicios de salud, no se logra atender de forma satisfactoria, las necesidades de amplios sectores de la población y particularmente a las mujeres, situación difícil expresada en el aumento de la morbi–mortalidad materna ,aborto realizado en condiciones inseguras, alta incidencia del cáncer cervico uterino y de mama, incremento de las enfermedades de transmisión sexual y otros infecto contagiosos, el acceso de mujeres a los servicios de salud y la reducción de las tasas de mortalidad materna son todavía insuficientes. (INAM, 2002 - 2007)

4. Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Según el CDC de Atlanta, las enfermedades crónicas se definen como trastornos orgánicos o funcionales que obligan a una modificación del modo de vida del individuo y que han persistido, o es probable que persistan, duran mucho tiempo. Tienen un curso prolongado, que no se resuelven espontáneamente y que rara vez curan de forma completa. La OMS calcula que en 2015, a menos que se tomen medidas oportunas al respecto, de los 64 millones de personas que

fallecerán, 41 millones morirán por una enfermedad crónica (transmisible o no) Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) comprenden patologías cardiovasculares, accidente cerebro vascular, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes mellitus.

Los países más pobres de América Latina (Bolivia, Honduras Guyana) tiene la tasa más alta de E.C.N.T., casi el triple de la que tiene Canadá y casi el doble de la que tiene Estados Unidos. (Valenzuela, 2011)

El cáncer de cuello uterino (Ca Cu) se ubica en este tipo de enfermedades y se reconoce como la segunda neoplasia que más muertes ocasiona entre la población femenina en muchos países en vías de desarrollo, constituyendo un problema de salud pública de ámbito mundial. Esta situación permanece, a pesar que esta enfermedad se considera como prevenible cuando su diagnóstico es oportuno y se realiza un tratamiento adecuado de las lesiones pre malignas. (García, 2007)

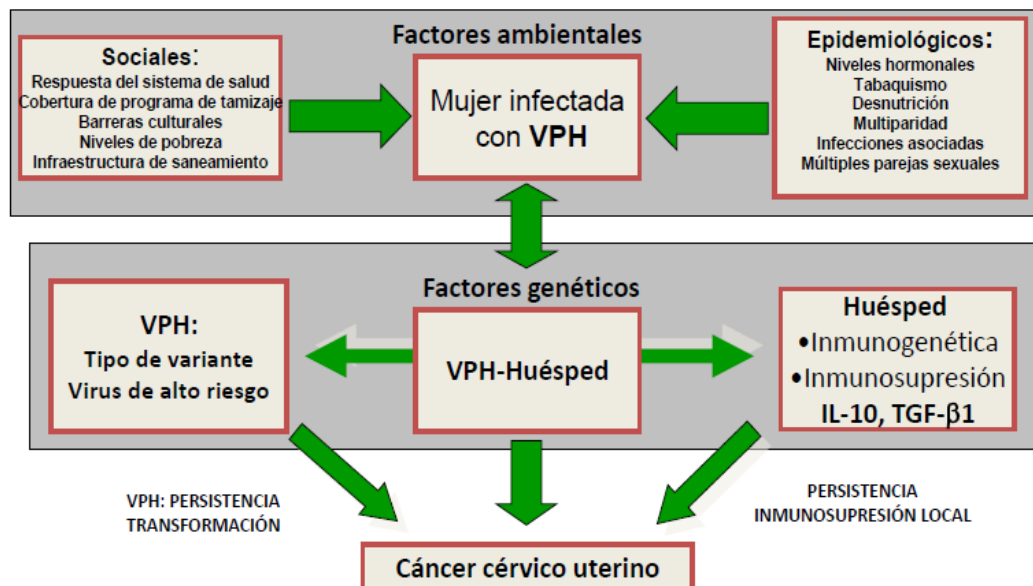
5. Definición de Cáncer Cérvico Uterino

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento anormal de células que al desarrollarse en forma incontrolada invaden los tejidos normales y los destruye, provocando una alteración en el funcionamiento del organismo. Esta se inicia generalmente como una enfermedad localizada, cuando se presenta en los tejidos del cuello uterino se le conoce como cáncer cervico uterino; este crece lentamente por un período de tiempo durante el cual comienzan a aparecer células anormales, causando un fenómeno conocido como displasia.

Generalmente no hay síntomas asociados con el comienzo del cáncer cervico uterino, solo cuando ya ha causado daño y se encuentra avanzado puede presentar problemas como hemorragia al orinar o defecar, fiebre, cansancio, palidez, pérdida de peso. (Palacios, 2002)

5.1

Factores determinantes del desarrollo de Cáncer cérvico uterino



Torres-Poveda KJ et al. La infección por el virus del papiloma humano y cáncer cervicouterino: una perspectiva de salud pública. RIC 2008; 60(5):414-20.

(Poveda, 2008)

5.2 Evolución Natural del Cáncer Cérvico Uterino

Es esencial comprender como se presenta el cáncer cervico uterino para diseñar intervenciones eficaces para evitar las defunciones por esta enfermedad, más del 90% de los casos de cáncer cervico uterino y sus lesiones precancerosas se

relacionan con la infección por el VPH, una infección de transmisión sexual (ITS) que es principalmente asintomático (Warbormes et al. 1999). El cáncer cervico uterino es esencialmente una complicación rara de una ITS común. No es posible predecir en que mujeres las lesiones precancerosas progresan hacia el cáncer, porque tampoco se entienden completamente los factores ambientales e inmunológicos asociados hacia la progresión del cáncer.

5.3. Cuadro Resumen Infección por el VPH, Pre Cáncer Cervico Uterino y Cáncer Invasor del Cuello Uterino

Infección por el VPH	Lesiones de Bajo Grado	Lesiones de Alto Grado	Cáncer Invasor
La infección por el VPH es sumamente común en las mujeres en edad fecunda la infección puede persistir, originar anomalías cervicales o resolverse espontáneamente.	Las lesiones de bajo grado suelen ser pasajeras y desaparecen con el tiempo. Sin embargo algunos casos evolucionan hasta lesiones de alto grado.	Las lesiones de alto grado, precursoras del cáncer cervico uterino, son significativamente menos frecuentes que las lesiones de bajo grado. Las lesiones de alto grado pueden desarrollar a partir de lesiones de bajo grado o directamente a partir de una infección persistente por el VPH	El cáncer invasor se presenta en el transcurso de varios años y es más común entre los 50 y 69 años.

Fuente: Adaptado de PATH 2000.

El hecho de saber que el VPH es el precursor necesario pero no suficiente del cáncer cervico uterino ha centrado la atención en la prevención primaria. (Cervicouterino, 2006)

Los factores de riesgo para neoplasia intraepitelial cervical, vienen definidos por las mujeres que han tenido relaciones sexuales con coito, siendo evidente que se trata de una enfermedad de transmisión sexual.

Este riesgo esta aumentado en:

>mujeres en el grupo de 25 a 35 años.

>Inicio temprano de las relaciones sexuales (antes de los 18 años)

Múltiples parejas sexuales tanto en hombres como en mujeres

>infección vaginal por el VPH

>Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual

>Tabaquismo

>Deficiencias de folatos y vitaminas A, C, Y E

>Nunca haberse realizado la prueba de citología

<Infección vaginal por virus herpes tipo II

>Primer embarazo a edad muy temprana (antes de los 18 años)

>Paridad elevada

>Grupo socioeconómico bajo. (Costa, 2005)

6. Diagnostico

Desde el punto de vista de la salud pública, la finalidad de cualquier tipo de examen selectivo de salud es proporcionar medios accesibles y de bajo costo para determinar en una población, quienes pueden tener una enfermedad determinada y quiénes no. Los esfuerzos de prevención del cáncer cervico uterino en todo el mundo se han centrado en el tamizaje de mujeres en situación de riesgo de contraer la enfermedad, empleando las pruebas de Papanicolaou y el tratamiento de las lesiones precancerosas. El procedimiento de tamizaje mediante la prueba de Papanicolaou se desarrolló en los años 30 y se le dio el nombre de su inventor, es un examen cuyo objetivo es detectar células cancerígenas anormales. En la mayoría de los países desarrollados se recomienda a las mujeres realizarse la primera prueba de Papanicolaou poco después de convertirse mujeres sexualmente activas y luego en forma anual o trienal.

La mayoría de los protocolos indican que las mujeres con lesiones de bajo grado deben realizarse frotis de seguimiento en forma periódica. Cuando se detectan lesiones precursoras de alto grado, generalmente se realiza un examen adicional mediante la colposcopia, las biopsias y el tratamiento ulterior de las zonas sospechosas. (OPS, 2002)

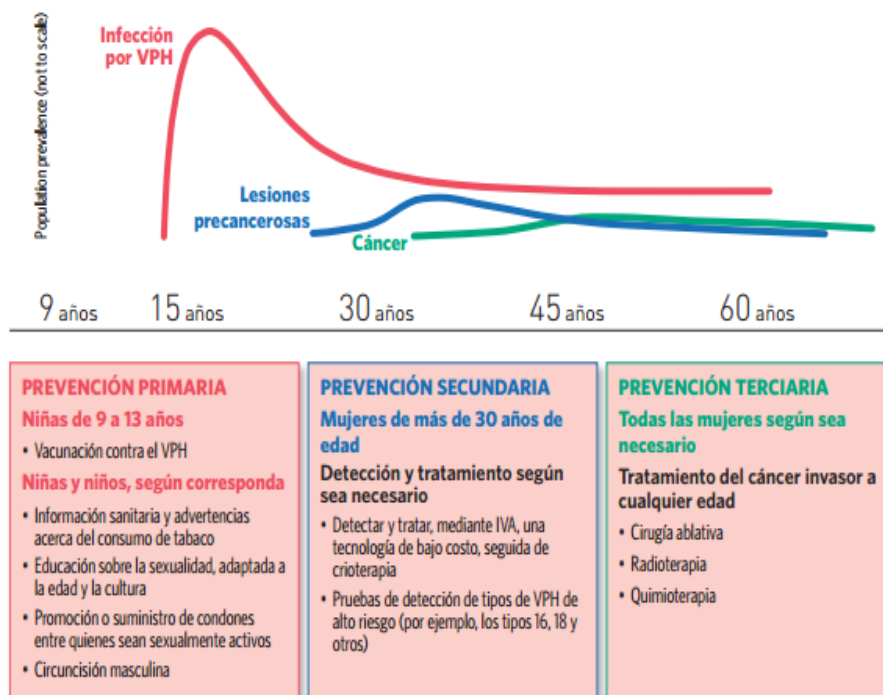
7. Tratamiento

- Cauterización. Se usa una sonda eléctrica para destruir células anormales.

- Criocirugía Consiste en la eliminación del Cáncer por Congelamiento. Se lleva cabo con una sonda que congela y destruye los tejidos anormales.
- Conización. Consiste en la extracción de un pedazo de tejido en forma de cono en el lugar donde se encuentra la anomalía.
- Histerectomía Abdominal Total. Es una operación en la cual se extrae el Útero y el Cuello Uterino además del Cáncer.
- Radiación. Consiste en el uso de rayos X de alta energía para eliminar células Cancerosas y reducir tumores.
- Terapia combinada
Se utiliza la cirugía y los tratamientos de radiación. (www.geosalud.com, 5/4/2014)

8. Prevención

FIGURA 1: PANORAMA DE INTERVENCIONES PROGRAMÁTICAS DURANTE TODO EL CICLO VITAL PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR VPH Y EL CÁNCER CERVICOUTERINO



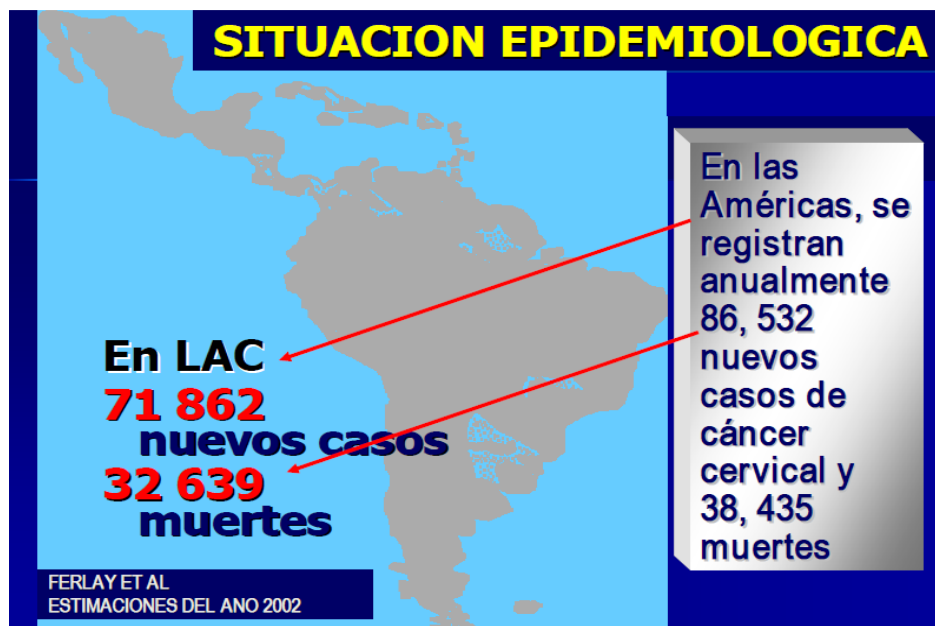
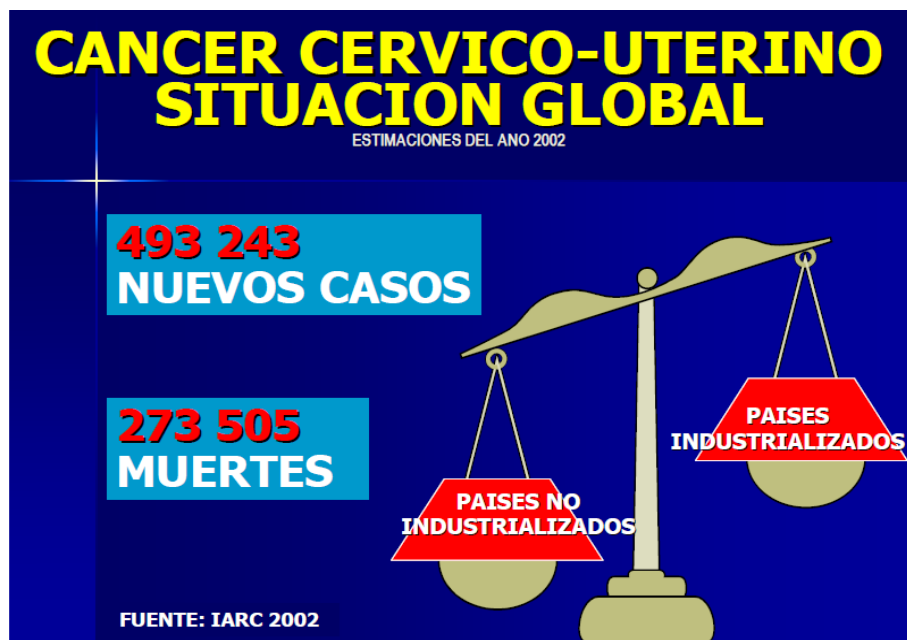
(OPS, Prevención y Control Integrales del Cáncer Cervicouterino: Un Futuro mas Saludable para Niñas y Mujeres, 2013).

9. Situación Global del Cáncer

En los países más desarrollados después de las enfermedades cardio vasculares el cáncer representa la segunda causa de mortalidad. Es por lo tanto una enfermedad de importancia mundial por la cantidad de defunciones que se producen anualmente y por los recursos tan altos que se estiman para su manejo. (Hidalgo, 2005)

Según estimaciones mundiales de la Unión Internacional Contra el Cáncer, para el año 2020 se espera una incidencia de 20 millones de casos nuevos anuales de los cuales 14 millones se verificaron en países en vías de desarrollo. Se ha estimado que en Latino América y el Caribe, se han observado, en el año 2002 más de 830, 000 nuevos casos y casi medio millón de muertes por cáncer. Las variaciones en la frecuencia de los diferentes tipos de cáncer reflejan nuestro modo de vida y sus cambios. Los tipos de cáncer más frecuentes en mujeres son los de mama y cuello uterino. (UICC, 2006).

9.1 Cuadro del Cáncer Cérvico Uterino Situación Global



Por sub región, la incidencia de casos para América del Sur fue de 28.6, América Central 30.6 y el Caribe 32.6 x 100,000 habitantes y la mortalidad fue de 12.9, 15 y 16 por 100, 00 habitantes respectivamente. (Lewis)

10. Situación del Cáncer en Honduras

En el Estudio Indicadores de Salud- Enfermedad de Hombres y Mujeres en Honduras 2007 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), uno de los principales problemas de salud que aqueja a la mujer hondureña en la etapa reproductiva y post reproductiva son los tumores cancerígenos, afectando a un 67.1% de la población femenina y al 55.4% de la población masculina. (Secretaría de Salud: 2009).

Más del 50% de los casos de cáncer son de útero; a pesar de ello, en el sistema de salud persisten los problemas relacionados con acceso al examen de citología, tardanza en los resultados, calidad y oportunidad para el tratamiento. La alta mortalidad de cáncer cérvico uterino se vincula claramente a la discriminación de género y a la falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Este tipo de cáncer está asociado a Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) no tratadas o tratadas inadecuadamente, generalmente relacionadas con la violencia masculina, las condiciones de mala calidad de vida, pobreza y falta o limitado acceso a servicios de salud, siendo ésta una enfermedad prevenible y curable en etapas tempranas. (OPS-OMS, 2006)

Según el Programa Nacional de Cáncer, en 1998 los principales cánceres fueron de útero, de mama, de piel, de estómago y ovario. Datos de 1998 – 2008 del Centro de Cáncer Emma Romero de Callejas, la mitad de cuyos casos provienen

del Departamento de Francisco Morazán, muestran que los tumores malignos más frecuentes son: cérvico uterino (24.4%), de mama (13.9%), cerebral (5.2%) y la leucemia linfocítica (3.5%). La mayoría de los casos de Cáncer cervico uterino se presentaron en mujeres de 35 a 54 años de edad y se encontraban en estado II y III. (OPS, Honduras Spanish Registros y Vigilancia, 2007) La citología cervical, continua siendo la prueba ideal para el tamizaje en la detección precoz del Ca CU.

De acuerdo a informes de laboratorio durante el año 2005, el número de citologías se incrementaron en un 45% con relación al año 1991, y una disminución de 16,267 muestras con relación al año 2004; gran parte de la disminución se debe a la departamentalización, proceso en el cual el recurso financiero y humano no se distribuyó en una forma equitativa.

En este reporte, el porcentaje de citologías con neoplasia intraepitelial (NIC) lesión considerada como pre maligna representó en el 2005, 93.2% del total de las reportadas como anormales, 0.9% correspondió a cáncer in situ y el reporte citológico de cáncer invasor disminuyó a un 5.1%, lo que implica que se está haciendo una mayor captación en los procesos en los cuales se ofrece curación a las mujeres que se realizan la citología.

Por regiones departamentales el porcentaje de muestras anormales o índice de positividad es mayor en los Departamentos de Ocotepeque (4%), Región Metropolitana de San Pedro Sula 2.3%, Región de Cortés 1.9%, Comayagua e Intibucá con un 1.5%. el índice menor se reporta en las regiones de El Paraíso y Francisco Morazán con 0.4%. El índice nacional es de 1.0%.

El número de reportes citológicos anormales es 1030, las pacientes localizadas 523 y el porcentaje que han tenido seguimiento 51%, es decir que se conoce el tratamiento que han recibido. Es importante resaltar que en muchas de regiones como Gracias a Dios, Intibucá, La Paz, Ocotepeque, Olancho y Valle todas las pacientes captadas por el sistema de salud fueron localizadas y se les brindó seguimiento en un 100% (recibieron tratamiento) caso contrario se observa en Atlántida en donde de 57 mujeres con una citología anormal, solo el 19% fueron objeto de seguimiento. El promedio de seguimiento a nivel nacional es de 51%.

De total de las muestras reportadas como anormales el 72.8% corresponden a lesiones intraepiteliales de bajo grado (NIC I), 23.5 son NIC II, 7.0 NIC III de lesiones intraepiteliales de alto grado y un 5% a cáncer invasor / adeno carcinoma 0.8%. (PNCCaCu, 2005).

11. Situación del Cáncer en el Municipio de Olancho Yoro

En el Municipio de Olancho, Departamento de Yoro, área del presente estudio, según las estadísticas de la Unidad de Análisis, en el año 2005, 44 citologías resultaron anormales y en el 2006 las que resultaron anormales fueron 68, a la par del incremento en número de las realizadas, la positividad se incrementó de 2.2% a 3.5%, distribuidas en 16 de las 17 unidades de salud, de las cuales 69% tienen cifras de positividad superior al promedio del municipio (El Nance, Carbajales, San Lorenzo, El Ocote, San José, Juncal, San Francisco, 24 de Mayo, Tepusteca y El Carril); de este total 71% corresponden a NIC I , el 16% a NIC II, el 9% a NIC III y 4% a cáncer.

La localización de pacientes en el 2005-2006 fue de 53% y el seguimiento de 39%.

Como puede observarse la situación de la vigilancia de la salud en cáncer cervico uterino en Honduras y en el Municipio de Olanchito está poco caracterizada; en el Plan Nacional de Salud 2021 se establece que las ECNT no han sido objeto de estudios que revelen su verdadero impacto en la población ni se han abordado de forma planificada y prioritaria por el sistema de salud a pesar de contar con información que permite visualizar que su incidencia representa un problema importante de salud pública y que se encuentra entre las diez primeras causas de mortalidad hospitalaria de notificación obligatoria. (U.D.A), 2005 -2006)

12. La Vigilancia de la Salud

El concepto de vigilancia de la salud, ha sufrido una interesante evolución con el tiempo. En un principio, el término vigilancia estaba restringido en el campo de la salud, a una utilización de tipo individual y clínico, refiriéndose a una actitud de alerta responsable sobre el estado de salud de un individuo por parte de agentes sanitarios, para tomar decisiones para la prevención y la debida atención.

En 1963, Alexander Lagmuir, Epidemiólogo del Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta, se refiere al término como la recopilación, análisis y difusión de datos sobre enfermedades específicas.

En 1965, Karl Raska Epidemiólogo clínico, director de la Organización Mundial de la Salud establece la unidad de vigilancia epidemiológica y define la vigilancia como el estudio epidemiológico de la enfermedad como un proceso dinámico abarcando además el control y actividades de prevención. En 1968, la 21

Asamblea Mundial de la Salud, define la vigilancia de la salud como el conjunto de actividades consistentes en la recopilación, registro, análisis e interpretación de datos específicos relacionados con la salud en forma sistemática, periódica y oportuna, destinado a crear la información indispensable para conocer en todo momento el comportamiento y la determinante de los eventos de salud , enfermedad, su difusión, permite su utilización para mejorar la calidad de salud de la población. En resumen la vigilancia de la salud es un sistema que produce información para la acción, Objetivo fundamental de todo sistema de vigilancia de la salud es actualizar permanentemente el conocimiento de todos los aspectos relacionados con el comportamiento de los problemas de una población de determinada zona geográfica. (Biseth, 2006)

12.1 Usos de la Vigilancia

- Estimación cuantitativa y cualitativa de los problemas de salud.
- Documentación de la frecuencia, distribución, propagación y tendencia de un fenómeno de salud.
- Conocer la historia natural de la enfermedad: causas, formas de presentación y pronóstico para establecer las etapas necesarias para prevenirlas o controlarlas con mayor eficiencia.
- Determinación de prioridades para la salud pública respecto a los eventos que vigila. (Biseth, 2006).

12.2 El contexto de actuación de la vigilancia

En términos prácticos el contexto en el que funciona un sistema de vigilancia, está formado por tres ámbitos: la poblacional, la red de servicios de atención de salud y la autoridad de salud pública.

12.3 Cuadro Etapas y Actividades Básicas del Sistema de Vigilancia

ETAPAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
Recolección de datos	<ul style="list-style-type: none">– Operacionalización de las guías normativas– Detección de casos– Notificación– Clasificación de casos– Validación de los datos	<ul style="list-style-type: none">– Autoridades locales de salud– Equipo de salud– Equipo de salud– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales
Análisis de la información	<ul style="list-style-type: none">– Consolidación de datos– Análisis de variables epidemiológicas básicas	<ul style="list-style-type: none">– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales
Interpretación de la información	<ul style="list-style-type: none">– Comparación con datos previos e inclusión de variables locales no consideradas en la recolección de datos	<ul style="list-style-type: none">– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales
Difusión de la información	<ul style="list-style-type: none">– Elaboración de materiales de difusión para distintos niveles de decisión	<ul style="list-style-type: none">– Autoridades de salud locales, intermedias y nacionales

(OPS/OMS, 2011)

12.4 Vigilancia en Salud Pública y Sistema de Información

En el contexto de la vigilancia en salud pública, la información es el insumo general más integrado de la infraestructura de la salud pública, es un insumo indispensable ya que no existe una forma práctica de la salud pública sin información o con unos datos ineficaces e insuficientes. No solo es suficiente contar con datos, sino que sean oportunos y de calidad satisfactoria y que sean

procesados adecuadamente para generar acciones sobre los eventos que se están vigilando.

12.5 Atributos de la vigilancia en salud pública:

- **Simplicidad.** De fácil manejo, con indicadores y estrategias aplicables por cualquiera de los actores del sistema.
- **Flexibilidad** .Que pueda adaptarse a los cambios y necesidades del sistema.
- **Calidad del Dato** .Poder verificar los datos, recolectar y validar las fuentes de los mismos.
- **Aceptabilidad.** Disponibilidad de las personas para participar en el proceso.
- **Sensibilidad:** Se consideran 2 niveles:
 1. Proporción de casos detectados por el sistema de vigilancia.
 2. Habilidad de detectar brotes o cambios en el número de casos a través del tiempo.
- **Valor predictivo positivo:** Proporción de casos verdaderos sobre el total de casos registrados.
- **Representatividad:** Refleja con precisión, los casos ocurridos en tiempo, espacio, persona
- **Oportunidad:** Capacidad para responder dentro de los tiempos en que aún es factible intervenir y lograr controles según el evento objeto de vigilancia.

- **Estabilidad:** fiabilidad de recolectar, manejar y proveer los datos apropiadamente sin errores y a la disponibilidad para responder cuando sea necesario. (Hernán Rodríguez Gonzáles, 2005)

La vigilancia de la salud en Honduras al igual que sus vecinos posee un perfil epidemiológico de transición, caracterizado por la mezcla de padecimientos infectos contagiosos, de patologías crónicas degenerativas y de lesiones de causa externa.

En 1983 se publicó el Manual de Vigilancia Epidemiológica y responsabilidades del Departamento de Vigilancia Epidemiológica sin lograr establecer e implantar una estrategia compartida y desplegada a nivel nacional que oriente y brinde enfoque sostenido a las acciones. (Marco Pinel). A partir de 1990, la Secretaria de Salud ha realizado importantes avances para fortalecer la epidemiología en el país. En la vigilancia epidemiológica al igual que el sistema de información de salud, se comienza a definir las bases teóricas y metodológicas para establecer el análisis de situación de salud según condición de vida (ASIS – CV). En 1947 se inicia el intento para el establecimiento de un sistema integrado de información en salud (SIIS). En septiembre de 2002 se implementan las Unidades de Análisis (UDA), se transforma el Departamento de Epidemiología en la nueva Dirección de Vigilancia de la Salud en áreas y hospitales y sedes de las antiguas regiones N° 5 y 2 como estrategia operativa local para la aplicación del enfoque epidemiológico integrado al enfoque administrativo estratégico que desarrolla, consolida la capacidad y cultura del análisis de la información para la toma de decisiones en el sector salud. En el 2004, se fortalece y amplía el proceso con la puesta en marcha

de la maestría en Vigilancia de la Salud y la consolidación del desarrollo organizacional de la Dirección de Vigilancia de la Salud y la propuesta de organigrama Regional Departamental. (Carranza, 2005)

13. Vigilancia de la Salud en Honduras

La debilidad del sistema de información sanitaria, tanto en mantener de vigilancia de la salud como de servicios de salud y estadísticas vitales, constituye un problema grave en Honduras.

La información sanitaria proviene principalmente de los sistemas rutinarios de registros de datos de la red de servicios de salud, tanto ambulatorios como hospitalarios. Esto hace que este segmentada por su diversidad de procedencia. En la Secretaria de Salud existen varios subsistemas de registro y transmisión de datos, cuyo procesamiento ejerce mayor presión sobre los servicios inmediatos viniendo por diversos caminos hasta llegar a nivel central. La vigilancia de la salud se basa exclusivamente en los datos registrados en los servicios de la secretaria de salud, en el denominado sistema de alerta o telegrama epidemiológico, y en la remisión mensual de datos sobre 46 daños o eventos de notificación obligatoria.

La vigilancia, la investigación y el control de riesgo y daños en salud publica fueron la segunda función esencial mejor calificada en 2003; sin embargo, se mostró que el monitoreo y análisis de la situación de salud, y en particular el componente de desarrollo tecnológico, métodos para el manejo, la interpretación y comunicación de la información eran áreas que necesitaban mejoras. (OPS, Honduras Spanish Registros y Vigilancia, 2007).

14. El Sistema de Salud Hondureño

El sistema de salud hondureño está conformado por todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acciones, su propósito principal es el mejoramiento de la salud de la población. Es un sistema mixto, constituido básicamente, por el sector público: Secretaria de Salud (SESAL), Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y el sector privado con y sin fines de lucro. Se estima que el 82% de la población tiene acceso a los servicios de salud, 60% a través de la Secretaria de Salud, 12% por parte del IHSS y un 10% por el sector privado.

Actualmente cuenta con 1,587 unidades de salud; 28 hospitales, 68 Clínicas Materno Infantil (CMI), 444 Cesamo, 3 CLIPER y 1044 Cesar.

En el año 2004, se promulgó la Ley de Departamentalización de la Salud que establece el reordenamiento en 3 niveles: nacional, regional y municipal y se crean 18 regiones departamentales de acuerdo a la división geográfica del país y 2 regiones metropolitanas ubicada en Tegucigalpa y San Pedro Sula. Además se transfieren responsabilidades administrativas a las regiones de salud en el ámbito de concentración de personal y ejecución financiera.

La visión de país 2010 – 2038 y el plan de nación 2010 – 2022 tiene como objetivo 1; Una Honduras sin pobreza extrema, educada y sana, con sistema consolidado de prevención social y en la meta 1.4 establece alcanzar el 95% de cobertura en salud en todos los niveles del sistema.

El Plan Nacional 2010 – 2014, plantea la reforma del sector salud a partir del reconocimiento de que la razón de ser del sistema nacional de salud consiste en proteger y mejorar con equidad el nivel de salud en la población. (INE, 2013).

15. La Reforma del Sector Salud en Honduras

Desde 1990 ha sido elaborada la estrategia de reforma para el sector salud, con 3 objetivos básicos: Ampliar la cobertura de la atención primaria, modernizar la gestión hospitalaria y separar en seguros de salud y depuración en el IHSS y se interrumpe al terminar el gobierno. Se inicia nuevamente en el 2002, en el marco general de la estrategia de reducción de la pobreza al elaborarse el plan de gobierno para el sector salud 2002 – 2006, su objetivo mejorar las condiciones sanitarias básicas y la prestación de servicios de salud con dos pilares; la reforma de sector y la extensión de cobertura en la prestación de servicios. La ejecución final del proceso tuvo lugar en junio 2005, presentándose varios problemas, primero debido a la falta de equidad en la distribución de los recursos administrativos por las regiones anteriores que de no corregirse aumentará la inequidad y segundo la falta de revisión de las funciones de las direcciones regionales, las que siguen excluidas de algunas funciones prioritarias en la rectoría, planeación estratégica, monitoreo y evaluación de políticas y vigilancia de la salud. (Herrera, 2006).

16. El Contexto Municipio de Olanchito.

El Municipio de Olanchito tiene una extensión geográfica de 2,069 km², pertenece al Departamento de Yoro y está localizado en la parte media del valle del aguan.

Su población es de 90, 512 habitantes (2006) de los cuales 32, 300 viven en el área urbana y 58, 512 en el área rural, su densidad poblacional es de 40 habitantes por km², distribuidos en 66 barrios y colonias, 170 aldeas y caseríos. Su clima es tropical cálido, con humedad frecuente, con época lluviosa desde el mes de octubre al mes de enero.

El nivel de pobreza del municipio es de 29 %. Se caracteriza por ser un municipio con un sin número de organizaciones sociales, filantrópicas, gremiales, populares y socio – económicas que ayudan a mantener la gobernabilidad del municipio.

La infraestructura sanitaria está constituida en el sector público por 20 unidades de salud, 1 hospital municipal, 9 cesares, 8 cesamos y 2 clínicas materno infantil. En el sector privado 3 clínicas privadas con servicios de hospitalización y 4 básicas y 3 consultorios de atención ambulatoria.

Los principales problemas de salud destacados en el análisis de la situación de salud según condiciones vida 2006 son los relacionados con la salud sexual y reproductiva embarazos en adolescentes, resultados anormales en la citología cervical con desconocimiento real de la calidad de la atención que ésta población recibe, alta mortalidad materna y bajas coberturas de control prenatal, además resaltan los problemas en el sistema de información reflejadas en la inconsistencia y mala calidad en el registro de los datos que limitan el análisis y la toma oportuna y acertada de las decisiones. (Municipal, 2006).

En el caso que nos ocupa la vigilancia de la población con Displasia y Cáncer Cervico Uterino en los Establecimientos de Salud en la etapa de la recolección de

los datos se utiliza el registro diario mensual de atenciones (ATA), Expediente clínico, la boleta de solicitud/informe de Citología Cervical, libro de control y registro, informe trimestral de seguimiento; para la detección de casos se utiliza el manual de normas y procedimientos para la prevención y control de Cáncer Cervicouterino vigente, la notificación de casos lo realiza el laboratorio regional del Hospital Mario Catarino Rivas a la Región Departamental de Yoro esta la envía al Municipio quién a la vez las envía a cada uno de los Establecimientos para que a través de llamadas telefónicas o visitas domiciliarias localizan a la paciente para comunicarle el resultado y enviarla al ginecólogo, eventualmente se gestiona la cita en el hospital a través del personal de la consulta externa del hospital municipal, el nivel hospitalario de acuerdo a la normativa confirma diagnóstico y la clasificación final del caso. En la segunda etapa que consiste en el análisis de los datos se procede a informar a los niveles correspondientes los datos estadísticos y coberturas de toma de citologías, es importante mencionar que la información generada es insuficiente por lo cual limita la toma de decisiones. Las dos siguientes etapas, interpretación y difusión de la información se ven limitadas a ejecutarse.

17. Convenios Planes y Políticas

17.1 Política de la Mujer

La población de mujeres representa más del 51% del total, un objetivo estratégico de desarrollo del país es mejorar su salud; aunque se incrementaron las coberturas de servicios en los últimos años, no se logra atender de manera

satisfactoria las necesidades especialmente de las mujeres, como consecuencia de los altos índices de pobreza y los bajos niveles educativos y la violencia que se ejerce contra las mujeres. La expresión de esta situación se refleja en aumento de la morbilidad y mortalidad materna, aborto en condiciones inseguras, alta incidencia de CaCu y de mama. En los últimos años se produjeron avances en la elaboración e implementación de políticas orientadas a promover la salud de la población en general, (Ejemplo) política de salud sexual y reproductiva el acceso de las mujeres es todavía insuficiente. Considerando que el derecho a la salud es un derecho humano, el estado realizara mayores esfuerzos para mejorar la salud de las mujeres proveyendo los recursos necesarios para la efectiva implementación de los lineamientos emanados de la política nacional de la mujer. (INAM, 2002 - 2007).

En el municipio de Olanchito, se evidencia que las mujeres adultas y adolescentes acuden a los centro de salud estatales por limitaciones económicas, si tienen recursos van a clínicas privadas; la atención en los centros de salud es regular, lenta ,se les diagnostica pero no hay equipo ni medicamentos para tratamiento; no reciben información sobre infecciones de transmisión sexual pero si saben la importancia del examen ginecológico y el Papanicolaou en forma periódica ya que pueden ser portadoras de algún tipo de cáncer. (OMM), 2005).

En el resumen ejecutivo de población y salud se afirma que a pesar de que hay avances en Honduras en este tema, estos son más lentos que en otros países de América Latina y son necesarias intervenciones más decididas para mejorar los resultados, una de las limitaciones son las restricciones presupuestarias con que

operan las instancias del estado. El modelo de atención ha privilegiado históricamente el enfoque biomédico y la organización y estructura del sistema no responde plenamente a la necesidad de la población traduciéndose en inequidad en el acceso y exclusión para parte de la población y problemas en la de calidad y la prestación de servicios (UNFPA, 2009).

17.2 Plan Sub Regional para la Prevención y Control del Cáncer en Centro América y Republica Dominicana

La estrategia propuesta para la formulación del Plan Subregional está basada en el acuerdo de XXIII RESSCAD, el plan de acción global contra el cáncer de la OMS y del programa de control y prevención de enfermedades no transmisibles de la OPS. Esta estrategia propone un enfoque integral con acciones coordinadas y multifactores con el proyecto de asegurar que los países de la región Centroamericana y Republica Dominicana fortalezcan su programa nacional de cáncer.

Los objetivos del Plan Subregional del Cáncer son:

1. Impulsar el desarrollo y la implementación de planes nacionales integrales.
2. Establecer una red para la prevención y control del cáncer.
3. Consolidar iniciativas existentes y establecer estrategias para la adquisición conjunta y sostenible de medios, insumos y tecnología para la salud.
4. Promover el desarrollo de planes de capacitación y formación de recurso humano para abordaje integral del cáncer.

5. Fortalecer y/o desarrollar sistemas de información sobre cáncer. (OPS O., 2008).

17.3 Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control del Cáncer, Honduras 2009 – 2013

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que el problema del cáncer ocupa entre la segunda o tercera causa de muerte, y para el año 2030 será la primera causa de mortalidad a nivel mundial. Los servicios de salud en Honduras antes del 2007, no habían considerado el problema de esta enfermedad como prioritario de entre sus políticas, ni fue incluido de manera específica en las metas del milenio. En la primera reunión de consulta sobre la situación oncológica nacional realizada en julio del 2007, se evidenció la problemática siguiente “falta de registros con información confiable sobre la enfermedad, falta de un sistema de vigilancia epidemiológico en cáncer, falta de unificación en el manejo integral del pacientes con cáncer, escasos y falta de recurso humano, la dispersión poco eficiente de los recursos disponibles para prevenir, tratar y curar la enfermedad, escasa e inadecuada infraestructura, equipamiento insuficiente, todo lo anterior provoca que la atención sea incompleta, inadecuada y poco eficaz.

17.3.1 Objetivos del Plan.

Disminuir la incidencia y la mortalidad por cáncer y mejorar la calidad de vida de los pacientes, su familia y comunidad.

En Honduras existen registros hospitalarios de cáncer: Hospital General San Felipe, Servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Escuela, Asociación

Hondureña Contra el Cáncer, además se cuenta con un registro histopatológico del IHSS pero los mismos no han estado ligados al sub sistema de vigilancia epidemiológica en cáncer. (OPS , 2009-2013).

18. Manual de Normas y Procedimientos para la prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino

En Honduras, en el 1997 mediante acuerdo presidencial 0311-97 se emite el manual de normas y procedimientos para la prevención y control del cáncer cervico uterino, puesto que es la neoplasia maligna más frecuente en nuestro país y sobre la que se puede influir en forma positiva para la paciente, actuando sobre la historia natural de la enfermedad a través de la detección precoz y el tratamiento oportuno.

18.1 Objetivo General del Manual

Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad por cáncer de cuello uterino mediante la detección de estadios temprano de la enfermedad.

18.2 Los componentes del manual son:

- Detección y captación, Informe de citología y pasos a seguir, Diagnóstico, tratamiento, Educación, comunicación y participación social.

18.3 El sistema de información del manual está constituido por:

1. Libro de control y registro: En él se registran todas las citologías que se toman en cada unidad de salud. (Anexo 3)

2. Informe mensual de laboratorio: Los enviara mensualmente cada laboratorio de citología al programa (Anexo 6 y 7)
3. Informe diario de citología reportadas positivas por malignidad vía fax cada día al programa y a las regiones.
4. Informe mensual de producción por regiones mediante oficio.
5. Informe trimestral de seguimiento de las regiones al programa, se informaran las positivas (Anexo 4)
6. Informe de colposcopia y libro de registro de colposcopia.(Anexo 5).

18.4 Monitoria y Evaluación del Manual

Los indicadores son 6:

1. Población meta
2. Tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino
3. Tasa de citologías cervicales positivas en mujeres de alto riesgo
4. Índice de positividad
5. Porcentaje de citología cervicales con displasia/ cáncer
6. Porcentaje de citologías cervicales de primera vez. (SESAL, 1997).

Para finalizar, el problema de la vigilancia de la población con displasias y cáncer cervico uterino debería ser considerado como prioritario para el municipio, y junto con la sociedad civil organizada plantear ante quien corresponda el abordaje integral del mismo.

IV METODOLOGÍA

En el presente trabajo de investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo transversal. El área de estudio lo constituyeron las 16 unidades de salud con que cuenta el municipio de Olanchito Yoro, abarcando una población de 76 mujeres diagnosticadas con diferentes grados de displasia y Cáncer Cérvico Uterino. El universo lo constituyeron el 100% de las mujeres con un resultado positivo de citología diagnosticada en el período de Enero 2005 a Diciembre 2006. La unidad de observación fueron las mujeres con resultado positivo de citología diagnosticada durante el período 2005 y 2006 siendo un total de 76, y el personal de salud responsable de la vigilancia de la salud, un total de 16 recursos. La unidad de análisis fue el resultado positivo de la citología. Los criterios de inclusión fueron todas las mujeres diagnosticadas por citología durante el año 2005 y 2006 residentes en el Municipio de Olanchito y los criterios de exclusión fueron las mujeres con un resultado positivo de citología de los años 2005 y 2006, que al momento de la entrevista no se encontraron en el domicilio, las fallecidas, las que se trasladaron a lugares fuera del municipio.

El método utilizado para la recolección de datos fue la observación y la encuesta. Los instrumentos para la recolección de los datos fueron los cuestionarios aplicados a las mujeres y al personal mediante la entrevista, y se aplicó una guía para la revisión de expedientes en la unidad donde se diagnosticó la paciente. En el nivel Hospitalario con la autorización por escrito del director del establecimiento, se solicitaron 47 expedientes cuyos números fueron facilitados por las pacientes durante la entrevista, se encontraron únicamente 21, en 3 de ellos la consulta

correspondió a otro miembro de la familia, solo en 18 se encontró la información relativa al tratamiento. Se elaboró la base de datos en el Programa Epi-Info, después se utilizó SPSS versión 19 para el cruce de variables y construir las tablas de frecuencia y sus respectivos gráficos.

Posteriormente se hizo el análisis de los datos relacionando los hallazgos con la teoría para posteriormente formular las conclusiones y recomendaciones.

V. RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de las Entrevistadas según Edad y Tipo de Lesión

Municipio Olanchito, Yoro 2005-2006

Grupo de Edad	Frecuencia	%	Tipos de Lesión				
			NIC 1	NIC 2	NIC 3	Cáncer Epidermoide	Cáncer Invasor
20-29	15	19.7	10	5	0	0	0
30-39	25	32.9	17	5	2	1	0
40-49	18	23.7	13	4	0	0	1
50-59	14	18.4	8	0	6	0	0
60-69	3	3.9	1	1	0	1	0
80-89	1	1.3	0	1	0	0	0
Total	76	100	49	16	8	2	1

Fuente: Entrevista a usuarias

Del total de citologías que resultaron positivas el grupo de edad más afectado fue el de 30 a 39 años y el tipo de lesión más frecuente fue NIC 1, siendo el grupo de edad menos afectado el de 80 a 89 años.

. Tabla 2

Distribución de las Entrevistadas Según
Escolaridad y Tipo de Lesión Municipio
Olanchito, Yoro 2005-2006

ESCOLARIDAD	TIPOS DE POSITIVIDAD POR CITOLOGIA					Total
	Cancer Epidermoide	Cáncer Invasor	NIC 1	NIC 2	NIC 3	
Ninguna	0	0	8	2	2	12
Primaria Incompleta	1	1	23	5	2	32
Primaria Completa	0	0	11	7	3	21
Secundaria Incompleta	1	0	6	1	0	8
Universidad Incompleta	0	0	1	1	0	2
Universidad Completa	0	0	0	0	1	1
Total	2	1	49	16	8	76

Fuente: Entrevista a usuarias

La mayor positividad correspondió al NIC-I en 23 mujeres de un total de 32 pacientes, con primaria incompleta.

Tabla 3

Distribución de las Entrevistadas según Nivel de Ingresos

Municipio Olanchito Yoro 2005 - 2006

Nivel de Ingreso en Lempiras	Frecuencia	Porcentaje
MENOR DE 1,000	16	21.1
DE 1,000 A 2,000	15	19.7
DE 2,001 A 3,000	2	2.6
DE 3,001 A 4,000	5	6.6
DE 4,001 A 5,000	14	18.4
MAS DE 5,000	24	31.6
Total	76	100.0

Fuente: Entrevista a usuarias

Menos de Lps. 1,000.00 es el ingreso mensual de (24) mujeres que corresponde al 31% del total de las entrevistadas y solo (14) mujeres el 18% tienen ingresos superiores a Lps 5,000.00 que es la escala de mayor salario.

Tabla 4
Distribución de las Entrevistadas
según Estado civil y tipos de lesión
Municipio Olanchito, Yoro.2005 - 2006

Tipos de Positividad por Citología							
Estado Civil	CANCER		CANCER			Total	%
	EPIDERMOIDE	INVASOR	NIC 1	NIC 2	NIC 3		
Casada	<u>0</u>	0	14	4	3	21	28
Soltera	0	1	12	3	3	19	25
Unión Libre	2	0	21	6	2	31	41
Viuda	0	0	2	3	0	5	6
Total	2	1	49	16	8	76	100

Fuente: Entrevista a usuarias

Del total de las entrevistadas (76) la mayoría (31) están en unión libre con resultado de 21 (27%) para NIC I, 6 (8%) para NIC II, 2 (3%) para NIC III y 2 (3%) para cáncer epidermoide, haciendo un total del 41%

Tabla 5

Distribución de las Entrevistadas según Edad de Inicio de Relaciones Sexuales y Tipo de Lesión Municipio Olanchito, Yoro 2005- 2006

Edad de Inicio de relaciones Sexuales	Tipos de Positividad por Citología					Total
	CANCER EPIDERMOIDE	CANCER INVASOR	NIC 1	NIC 2	NIC 3	
12	0	0	3	0	0	3
13	0	0	3	0	0	3
14	0	0	6	2	1	9
15	1	0	6	4	3	14
16	0	0	7	1	0	8
17	0	0	6	4	2	12
18	1	1	16	5	2	25
19 Y MAS	0	0	2	0	0	2
Total	2	1	49	16	8	76

Fuente: Entrevista a usuarias

Del total de las entrevistadas (76), 25 iniciaron su actividad sexual a los 18 años y reportaron el mayor número de casos de NIC-I, resultando además de 2 casos de cáncer y también NIC-II y NIC-III, continuando las de edad de 15, y 17 años que también presentan positividad.

Tabla 6
Distribución de las Entrevistadas según
Número de Parejas Sexuales y Tipo de Lesión
Municipio Olanchito Yoro 2005-2006

Número de Parejas	Tipos de Positividad por Citología					Total
	CANCER EPIDERMOIDE	CANCER INVASOR	NIC 1	NIC 2	NIC 3	
1	1	0	16	6	4	27
2	0	0	15	3	1	19
3	1	0	10	3	2	16
Mas de Cuatro	0	1	8	4	1	14
Total	2	1	49	16	8	76

Fuente: Encuesta 1-Entrevista a usuarias del proceso de vigilancia

Del total de las entrevistadas (76), 27 manifestaron haber tenido una sola pareja y los resultados fueron positivos para Cáncer Epidermoide y los 3 tipos de NIC, 19 tuvieron 2 parejas y los resultados fueron positivos en los tres tipos de NIC, 16 tuvieron 3 parejas que resultaron positivos con Cáncer Epidermoide y los 3 tipos de NIC, y 14 con más de 4 parejas resultaron positivas 1 con cáncer Invasor y 13 con diferentes tipos de NIC.

Tabla 7

Distribución de las Entrevistadas Según Número de Hijos y Tipo de Lesión
Municipio Olanchito, Yoro 2005 - 2006

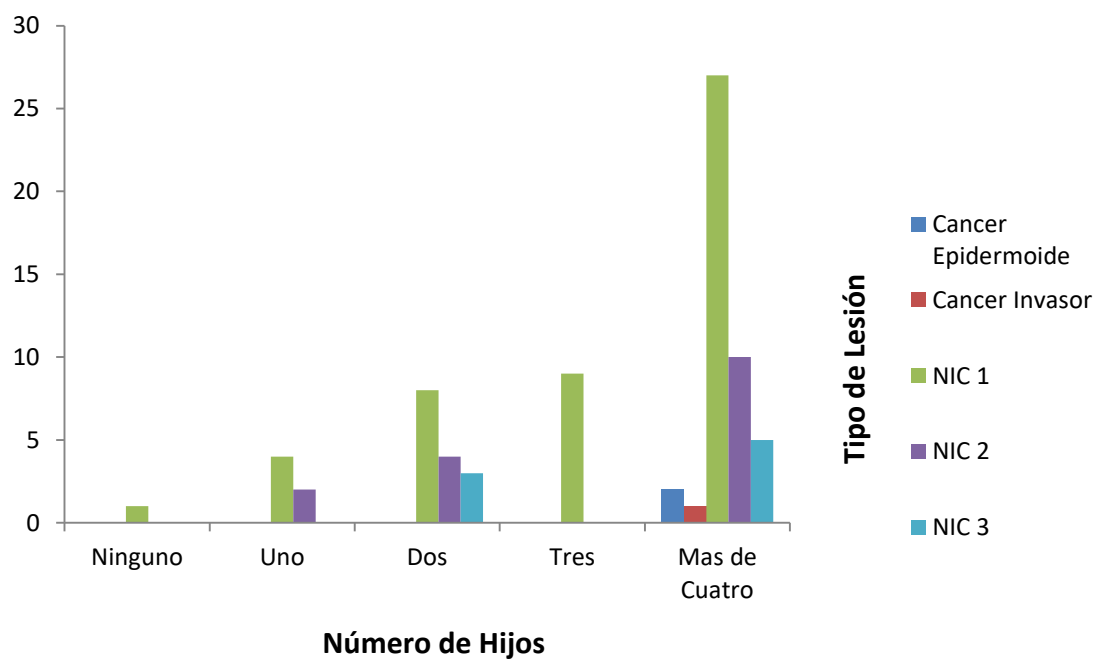
Número de Hijos	Tipos de Positividad por Citología					Total
	CANCER EPIDERMÓIDE	CANCER INVASOR	NIC 1	NIC 2	NIC 3	
Ninguno	0	0	1	0	0	1
Uno	0	0	4	2	0	6
Dos	0	0	8	4	3	15
Tres	0	0	9	0	0	9
Más de Cuatro	2	1	27	10	5	45
Total	2	1	49	16	8	76

Fuente: Entrevista a usuarias

La mayoría de las entrevistadas tiene más de cuatro hijos (45) y su resultado corresponde más a NIC-I (27) y NIC- II (10), aunque se presentaron casos en todos los tipos de positividad en el resultado de Citología.

Gráfico 1

Distribución de las Entrevistadas Según Número de Hijos y Tipo de Lesión
Municipio Olanchito, Yoro 2005 - 2006



Fuente: Entrevista a usuarias

Tabla 8

Distribución de las Entrevistadas según Padecimiento de ITS y Tipo de Lesión

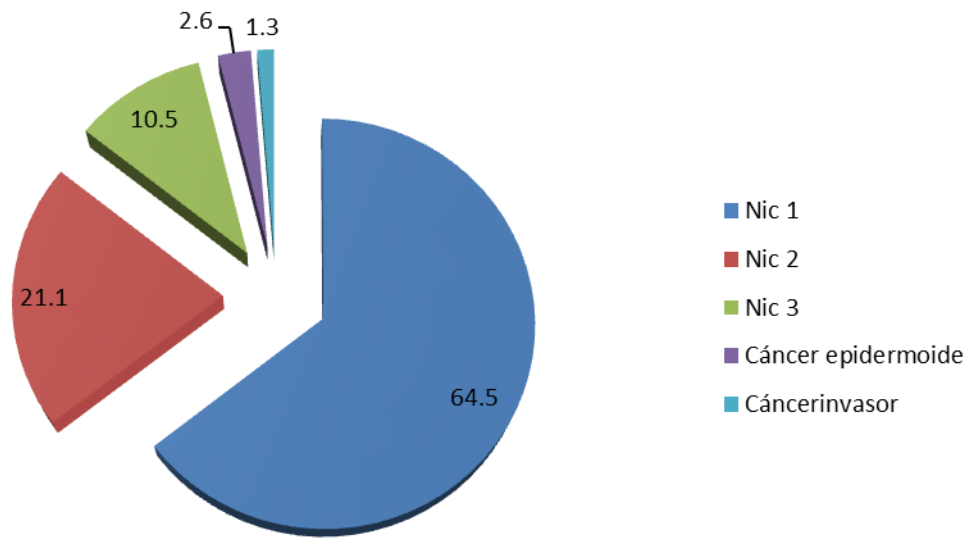
Municipio Olanchito Yoro 2005 -2006

Tipo de Lesión	Antecedentes de ITS		Total
	NO	SI	
CANCER EPIDERMOIDE	2	0	2
CANCER INVASOR	1	0	1
NIC 1	39	10	49
NIC 2	13	3	16
NIC 3	8	0	8
Total	63	13	76

Fuente: Entrevista a usuarias

Del total de las entrevistadas (76), 13 refirieron haber padecido alguna Infección de Trasmisión Sexual, observándose que 63 de ellas no presentaron antecedentes de Infecciones de transmisión Sexual.

Gráfico 2
Porcentaje de Pacientes Según Tipo de Lesión
Municipio Olanchito, Yoro 2005-2006



Fuente: Entrevista a usuarias

Tabla 9

Opinión de las Pacientes Sobre la Calidad de la Atención Municipio Olanchito.

Opinión sobre el local de la Atención			Opinión del Trato recibido			Opinión sobre el costo de la Atención		
	Total	%		Total	%		Total	%
Privado	74	97.4	Muy Bueno	46	61	Cómodo	46	61
Poco Privado	2	2.6	Excelente	28	37	Bajo	30	39
Bién Iluminado	47	62	Regular	2	2			
Poco Iluminado	29	38						
Bién Ventilado	65	85.5						
Poco Ventilado	11	14.5						

Fuente: Entrevista a Usuarías

En relación al local, el 97% respondió le pareció privado, bien ventilado al 85% y bien iluminado al 62%.El trato fue muy bueno (61%), excelente para el 37%), Y en relación al costo cómodo le pareció al (61%).

Tabla 10

Número y Porcentaje de actividades de la Vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino, Municipio de Olanchito 2005-2006

Tiempo del Resultado después de Realizada la Prueba			Algún Profesional la llamo o visito para entregar el resultado			Recomendaciones recibidas con el resultado		
1-30 días	19	25%	SI	63	83%	Ir al Ginecólogo	71	93%
31-60	12	16%	NO	13	17%	Ir al trabajador social	2	3%
60 y mas	45	59%				Ninguno	3	4%
Total	76	100%	Total	76	100%	Total	76	100%

El 59% de las pacientes el resultado de citología fue entregado a los sesenta o más días de tomada la muestra; el mecanismo utilizado para la entrega fue el llamado o la visita domiciliaria en un 83%, y casi en su totalidad 71 (93%) se le recomendó ir al ginecólogo.

Tabla 11

Resumen de Recomendaciones de las Usuarias para Mejorar la Atención en Salud

Recomendaciones	Porcentaje
Agilizar los Resultados	22
Continuar con la Buena Atención	22
Mejorar el Trato	21
Mejorar la Forma de dar a Conocer el Diagnóstico	21
Mejorar el Seguimiento	12
Adecuar Espacio Físico Exclusivo para Toma de Muestra de Citología	1
Atención sea Brindada por Personal Femenino	1
Total	100

Fuente: Entrevista a Usuarias

Las recomendaciones que expresaron las usuarias son similares en cuatro aspectos: 22% opinaron que debe agilizarse la entrega de resultados y continuar igual la atención respectivamente; 21% solicitó mejorar el trato y brindar información más clara y detallada sobre el problema.

Adecuar el espacio físico y que la atención la brinde personal del sexo femenino opinó el 1% de las entrevistadas.

Tabla 12

Infraestructura Física Existente Para Desarrollar la Vigilancia
Municipio Olanchito Yoro 2005 - 2006

Infraestructura Física	Frecuencia	Porcentaje
CESAR	10	62.5
CESAMO	5	31.2
HOSPITAL	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

La mayoría de las Unidades de Salud del Municipio corresponden al nivel CESAR (Centro de Salud Rural) (10) para un 62%.

Tabla 13

Distribución de Recurso Humano Por Unidad de Salud y Categoría
Municipio Olanchito Yoro 2005-2006

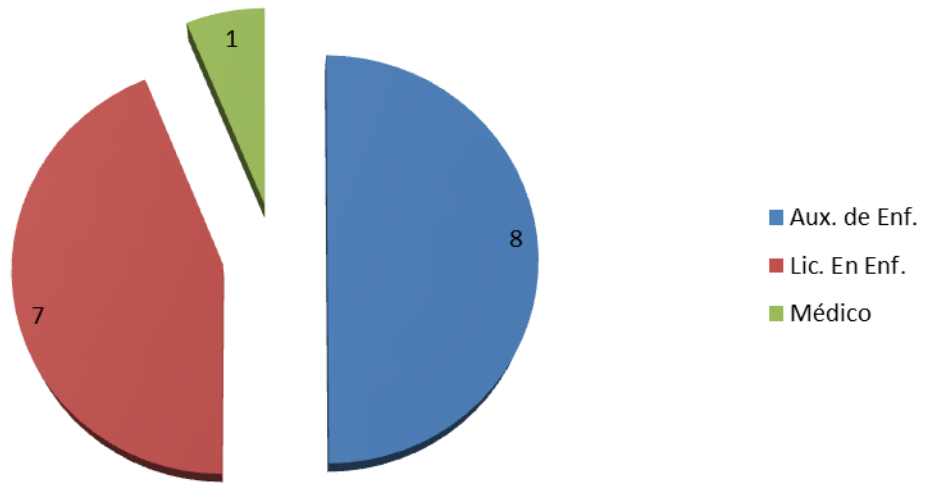
Recurso Humano	Frecuencia	Porcentaje
AUXILIAR DE ENFERMERIA	8	50.0
LIC EN ENFERMERIA	7	43.8
MEDICO	1	6.3
Total	16	100.0

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

La mayoría del personal encargado de la vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino está conformado por personal de enfermería constituido por (8) auxiliares de enfermería para un 50% y (7) Licenciadas en enfermería para un 43.8%

Gráfico 3

Distribución de recurso humano para la vigilancia del cáncer Cervicouterino según categoría. Municipio de Olanchito. 2005-2006



Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Tabla 14

Existencia de Equipo en Unidades de Salud para Desarrollar la Vigilancia en
Cáncer Cervico Uterino

Municipio Olanchito Yoro

Equipo	Número
Teléfono	8
Computadora	2
Impresora	2
Lámpara Cuello Ganso	16
Camilla Ginecológica	24
Gradillas	23
Fijador	26
Espéculos	187
Balde de Acero Inoxidable	9

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Ninguna Unidad de Salud cuenta con el equipo necesario para realizar la vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino, debido a que en el nivel Césamo y Hospital existen varios consultorios y no todos cuentan con equipo antes descrito.

Tabla 15

Existencia de Materiales e Insumos para Desarrollar la Vigilancia en Cáncer
Cérvico Uterino

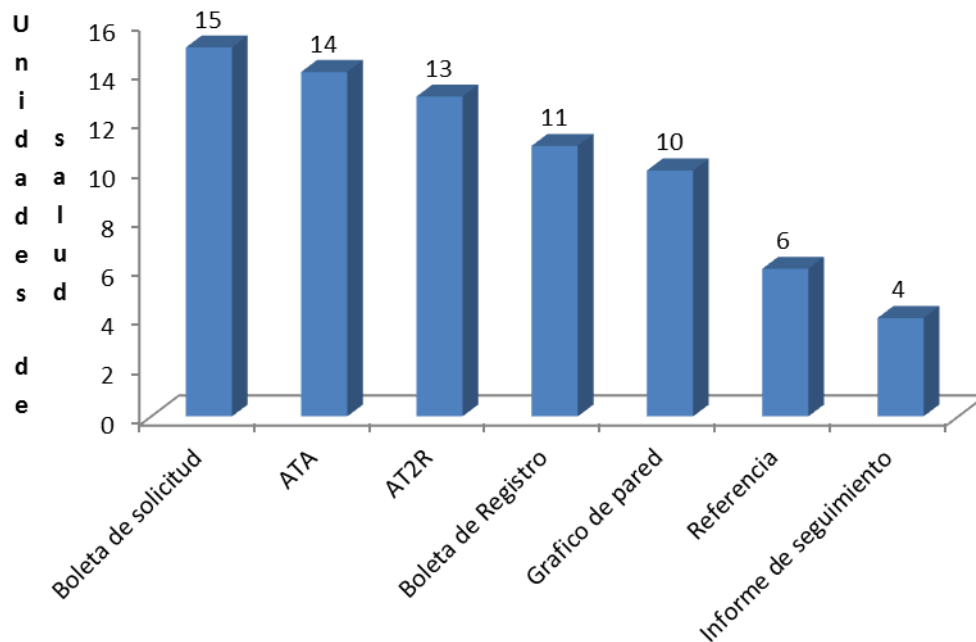
Municipio Olanchito Yoro

Materiales e Insumos	Número
Sábanas	85
Guantes Descartables	2351
Batas	23
Espátulas	523
Laminas Porta Objetos	1274
Lápiz Graso	3

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Ninguna Unidad de Salud cuenta con los materiales e insumos necesarios para realizar la vigilancia del Cáncer Cervico Uterino.

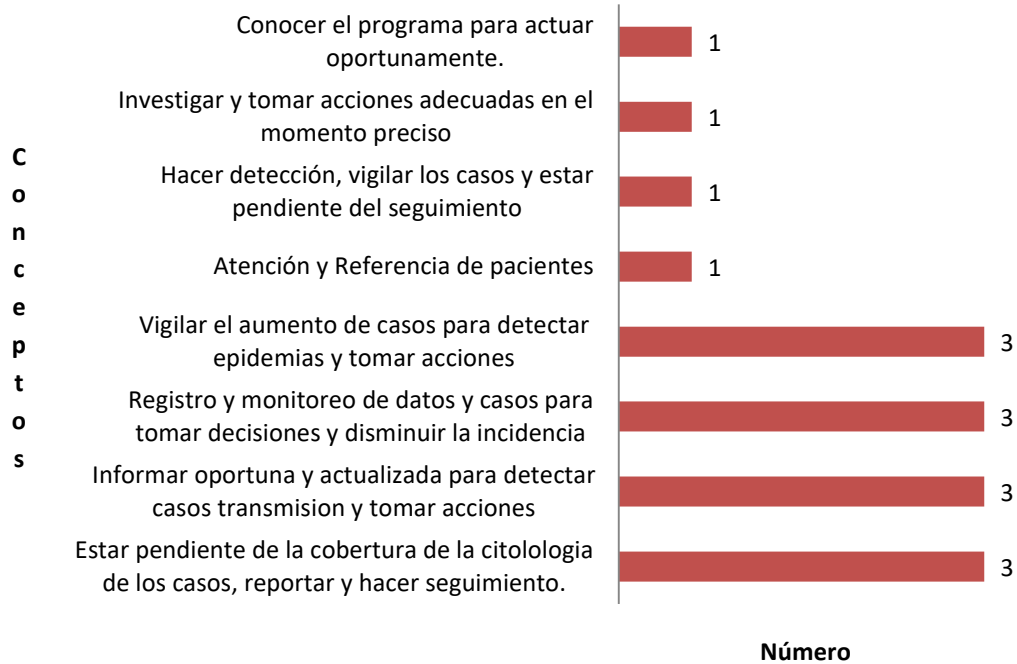
Gráfico 4
Número de Unidades de Salud con Existencia de Formatos Para la Vigilancia del
CaCu, Municipio de Olanchito 2005-2006



Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Gráfico 5

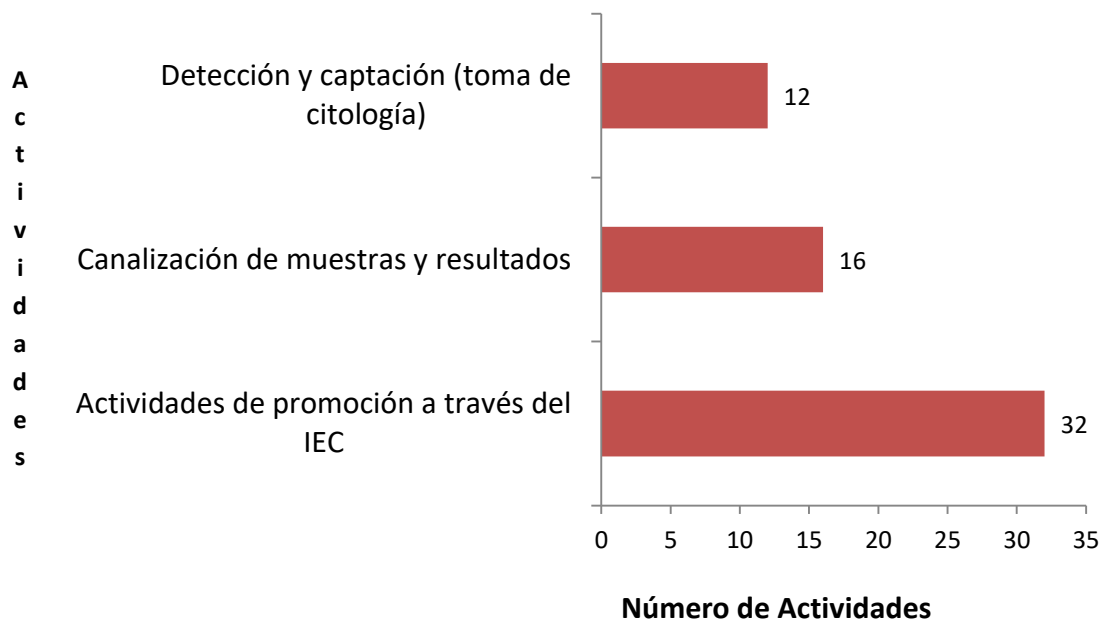
Conceptos Sobre la Vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino por Personal Institucional. Municipio de Olanchito. 2005-2006.



Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Gráfico 6

Actividades de la Vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino Realizadas por Personal de Salud. Municipio de Olanchito. 2005-2006.



Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Tabla 16

Cobertura de toma de citologías por Unidad de Salud y Año

Municipio Olanchito 2005-2006

Unidad de Salud	Población de Mujeres 30-59 por U.S	Citologías 2005	%	Citologías 2006	%
CESAMO EL CARRIL	530	102	19	133	25
CESAMO EL OCOTE	397	101	25	99	25
CESAMO JUNCAL	234	54	23	47	20
CESAR 24 DE MAYO	930	159	17	44	5
CESAR ARMENIA	338	89	26	120	36
CESAR CARBAJALES	151	14	9	24	16
CESAR EL TERRERO	68	18	26	30	44
CESAR LA HICACA	204	64	31	11	5
CESAR NOMBRE DE JESUS	0	0	0	0	0
CESAR SAN FRANCISCO	306	54	18	77	25
CESAR SAN JOSE	406	161	40	96	24
CESAR SANTA BARBARA	190	53	28	40	21
CESAR TROJAS	358	64	18	94	26
CESAMO TEPUSTECA	1357	271	20	460	34
OLANCHITO CESAMO	3567	690	19	824	23
OLANCHITO HOSPITAL	0	0	0	0	0
Total	9361	1894	20	2,099	22

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Del total de mujeres de 30 a 59, para el año 2005 1,894 se realizaron citología correspondiendo al 20% de cobertura y para el año 2006, 2,099 se realizó la citología para un 22% de cobertura.

Tabla 17

Distribución de Citologías Positivas por Año y por US

Municipio Olanchito, Yoro 2005-2006

Unidad de Salud	Citologías Realizadas 2005	Positivas 2005	%	Citologías Realizadas 2006	Positivas 2006	%
CESAMO EL CARRIL	102	1	0.98	133	2	1.50
CESAMO EL OCOTE	101	5	4.95	99	1	1.01
CESAMO JUNCAL	54	1	1.85	47	1	2.13
CESAR 24 DE MAYO	159	6	3.77	44	6	13.64
CESAR ARMENIA	89	6	6.74	120	12	10.00
CESAR CARBAJALES	14	1	7.14	24	1	4.17
CESAR EL TERRERO	18	1	5.56	30	0	0.00
CESAR LA HICACA	64	0	0.00	11	0	0.00
CESAR NOMBRE DE JESUS	0	0	0.00	0	2	0.00
CESAR SAN FRANCISCO	54	4	7.41	77	2	2.60
CESAR SAN JOSE	161	7	4.35	96	3	3.13
CESAR SANTA BARBARA	53	0	0.00	40	1	2.50
CESAR TROJAS	64	1	1.56	94	5	5.32
CESAMO TEPUSTECA	271	5	1.85	460	22	4.78
OLANCHITO CESAMO	690	3	0.43	824	5	0.61
OLANCHITO HOSPITAL	0	0	0.00	0	0	0.00
TOTAL	1,894	41	2.1%	2,099	63	3.0%

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

La positividad del Municipio en el 2006 se incrementó del 2.1 al 3.0, y en 10 de las Unidades de Salud (63%) el porcentaje es superior al nacional (1.0%) los índices más altos están en las unidades de salud 24 de Mayo (3.77%), Armenia (6.74%), San Francisco (7.41%) para el año 2005 y datos arriba de la media nacional también para el 2006 en 9 unidades.

Tabla 18
 Problemas en la Vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino Identificados por el
 Personal Institucional, Municipio de Olanchito Yoro 2005-2006

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Recepción tardía de resultados De laboratorio a la US (+ 30 días)	16	100
Actitud de rechazo de la paciente frente a los resultados, tratamiento y control	14	88
Falta de respuesta a la referencia por los niveles superiores.	7	44
Dificultades de acceso al tratamiento por parte de las pacientes	6	38
Falta de atención integral	4	25
Débil respuesta de la red institucional y falta de equipo para el seguimiento de casos	4	25

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Del total de entrevistados (16) el 100% opinó que la recepción tardía de resultados (Más de 30 días) es el principal problema que enfrentan para la vigilancia del Cáncer, actitud de rechazo de las pacientes a los resultados, al tratamiento y al control (88%) falta de respuesta a la referencia por los niveles superiores (44%), dificultades de acceso al tratamiento por parte de las pacientes (38%), falta de atención integral, débil respuesta de la red institucional y falta de equipo para el seguimiento de casos ambos con un 25% .

Tabla 19

Porcentaje de Actividades en Atención de las Pacientes en la Vigilancia del
Cáncer Cérvico Uterino, Municipio de Olanchito 2005-2006

Actividades de Vigilancia	N°	Porcentaje
Pacientes con citología positivas	76	100
Pacientes positivas que tienen expedientes	74	97
Pacientes con expediente y copia de resultado positivo	59	78
Pacientes con expediente y copia de referencia	36	47
Pacientes con resultado de Biopsia	18	24
Pacientes con informe de seguimiento	50	66
Existencia de libro de control	10	63
US con copia de los informes de seguimiento	4	25
Pacientes con informes de tratamiento en el Hospital Aníbal Murillo Escobar	16	21

Fuente: Guía de Revisión de Expediente clínico, Informe de Seguimiento.

Del 100% de las pacientes con resultado de citología positiva el 97% (74) tenían expediente en la unidad de salud; el 59(78%) de ellos se encontró expediente y copia de resultado de citología, y en un 47%(36) se encontró copia de la referencia. De 76 pacientes, 50 de ellas con copia del seguimiento pero concentrado en solo 4 unidades de salud en su mayoría son sede del sector, en donde la responsable de la vigilancia es la Licenciada en enfermería. En referencia al libro de seguimiento 10 unidades de cuentan con este sistema de información, y a la revisión de expedientes en Hospital Aníbal Murillo Escobar únicamente en 16 de ellos se encontró registro de tratamiento recibido.

Tabla 20

Distribución de Pacientes Según Establecimiento de Atención y Registro de Tratamiento

Municipio Olanchito, Yoro 2005 - 2006

Establecimiento de atención	Número de pacientes atendidos	Total de pacientes con registro de tratamiento
Sin registro de atención	28	0
Hospital Aníbal Murillo Escobar	26	16
Hospital Regional Atlántida	10	2
Sector Privado	7	2
San Felipe	4	1
Hospital Mario Catarino Rivas	1	1
Total	76	22

Fuente: Guía de Revisión de Expediente clínico, Informe de Seguimiento.

El 37% de las pacientes no tenían registros de haber recibido atención en establecimientos de salud públicos ni privados, el restante 63% recibieron atención en establecimientos del sector público, en su mayoría en el Hospital Aníbal Murillo Escobar.

Tabla 21

Tipo de Tratamiento Recibido por Pacientes con Citologías Positivas

Municipio Olanchito, Yoro 2005 - 2006

Tipo de Tratamiento	Número	Porcentaje
Sin Registro de Tratamiento	54	71
Histerectomía Abdominal	13	17
Total		
Cauterización	3	4
Conización	2	3
Tratamiento con Medicamentos	2	3
Quimioterapia	1	1
Criocirugía	1	1
Total	76	100

Fuente: Guía de Revisión de Expediente clínico, Informe de Seguimiento

Del total de pacientes con citologías positivas el 29% recibieron algún tipo de tratamiento siendo la Histerectomía la intervención más utilizada para la resolución del problema, y observándose en mayor porcentaje (71%) el no registro de tratamiento en el sistema de información.

Tabla 22

Mortalidad por Cáncer Cérvico Uterino Municipio Olanchito Yoro 2005 - 2006

Unidad de Salud	Número de muertes 2005	Mortalidad x 100 mil habitantes	Número de muertes 2006	Mortalidad x 100 mil habitantes
Olanchito	0	0	1	3.2
Tepusteca	1	8.1	1	8.3
San Francisco	1	35.9	1	36.9
Total	2	2.2	3	3.5

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Se observa que la tendencia de la mortalidad por Cáncer Cervico Uterino en el municipio es ascendente y la unidad de salud de San Francisco presenta la mayor tasa.

Tabla 23

Instancias de Coordinación para la Vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino

Instancias	Auxiliar de Enfermería		Médico		Enfermera Supervisora		% de Coordinación	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Área Municipal	1	7	0	1	2	5	19	81
Municipalidad	0	8	0	1	1	6	6	94
Iglesia	1	7	0	1	0	7	6	94
Familia	2	6	0	1	3	4	31	69
Comunidad	0	8	0	1	0	7	0	100

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Del personal entrevistado 16 (100%) respondieron no realizar ninguna coordinación con la comunidad para la vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino; es generalizada la escasa coordinación con las diferentes instancias, y la mayor coordinación que se realiza es con la familia 5 (31%), de las entrevistadas que respondieron positivamente 2 son Auxiliares de Enfermería, y 3 Supervisoras de Enfermería.

Tabla 24

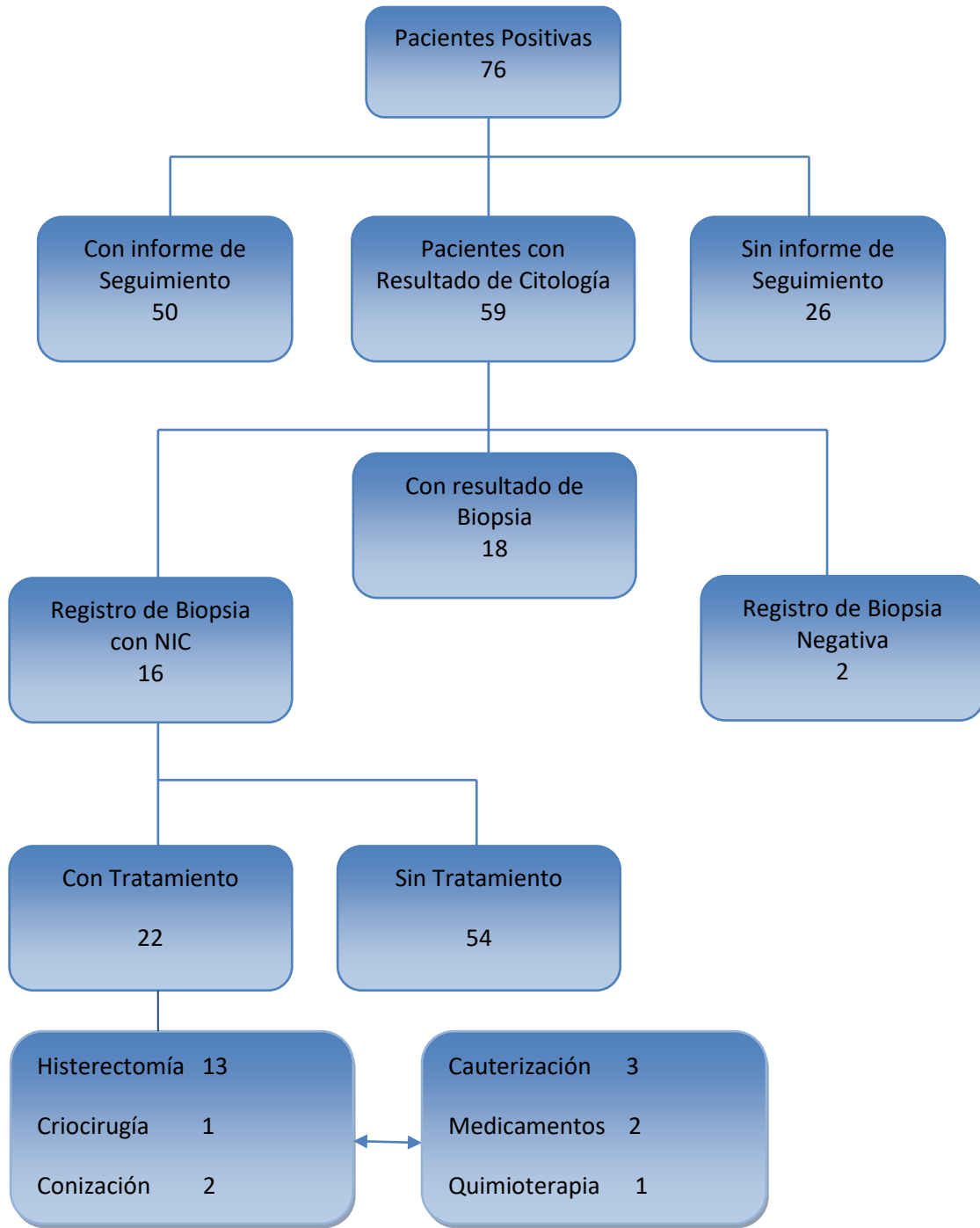
Conocimiento del Personal Entrevistado Sobre la Existencia de Indicadores de Monitoría y Evaluación en Cáncer Cérvico Uterino.

Cargo	Existencia de Indicadores de Monitoría y Evaluación		Total
	No Se	Si Existen	
Auxiliar de Enfermería	4	4	8
Médico	1	0	1
Enfermera Supervisora	4	3	7
Total	9	7	16
Porcentaje	56	44	100

Fuente: Encuesta 2-Entrevista Al personal de salud

Del total de entrevistados 16 (9) que representa el 56%, no saben de la existencia de indicadores de monitoría y evaluación 4 son Auxiliares de Enfermería, 4 Supervisoras de Enfermería que si conocen de la existencia de indicadores de monitoría y evaluación en Cáncer Cérvico Uterino.

Flujograma 1.
 Actividades de atención a las Pacientes en la Vigilancia del CaCu, Municipio
 Olanchito Yoro 2005-2006



Fuente: Expediente clínico, guía de revisión (Encuesta 3), informe de seguimiento.

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

La vigilancia de la salud se puede considerar un eje fundamental para el desarrollo de una cultura de análisis que permita generar y consolidar espacios críticos para el análisis permanente de la situación de salud y sus determinantes, con la finalidad de poder producir la evidencia necesaria para sustentar las acciones más eficaces y eficientes que posibiliten la transformación positiva del estado de salud de la población; es un proceso cuya construcción es permanente, participativa y democrática; no se puede concebir como un momento concreto de evaluación ni como el ejercicio rutinario del monitoreo de la situación de salud o los sistemas y servicios de salud. Las acciones que se realizan no solo pueden reducirse a aquellas que desarrollan las unidades de salud con carácter intramuros, sino que incluye todas aquellas que forman parte de un proceso local negociado y concertado con todos los actores sociales.

La presentación del análisis de los resultados de la investigación se inician con las características sociodemográficas y culturales de la población que participó en el estudio. Se encontró que las características asociadas a la neoplasia intraepitelial cervical y el cáncer cervico uterino describen a una mujer de edad entre 30-39 años, de escolaridad primaria incompleta, seguido de primaria completa, los ingresos percibidos no alcanzan los 1,000 lempiras mensuales, y permanecen en unión libre en su relación de pareja.

De los antecedentes gineco obstétricos el inicio de su vida sexual fue a los 18 años o antes; 45% eran multíparas y el 10% tuvieron antecedentes de alguna infección de transmisión sexual.

La literatura refiere que los factores de riesgo para el padecimiento de esta patología, se ve incrementado en mujeres entre 25 -35 años ,que han iniciado tempranamente las relaciones sexuales ,han tenido múltiples parejas, padecido de infecciones de transmisión sexual ,con paridad elevada y bajo nivel socioeconómico lo que encontramos congruente con el estudio.

En relación con la clasificación de los tipos de lesiones más frecuentes reportados en los resultados de la citología, los hallazgos del estudio fueron congruentes con la literatura revisada ya que la misma refiere que las infecciones por el Virus del Papiloma Humano son comunes en mujeres en edad fecunda, estas pueden persistir, originar anomalías cervicales o resolver espontáneamente, las lesiones de bajo grado suelen ser pasajeras y desaparecer con el tiempo; las de alto grado son significativamente menos frecuentes y el cáncer invasor se presenta en el transcurso de varios años y es más común entre los 50-69 años según la teoría, en la presente investigación, esta situación se evidenció, ya que la mayoría de los tipos de lesión están concentrados en las lesiones de bajo grado, y el menor porcentaje corresponde a cáncer (epidermoide 2.6% invasor 1.3%)

La teoría sobre la calidad en salud para la OPS/OMS conlleva un compromiso inter institucional relacionando tres entes: el estado, los proveedores y los usuarios .Por otro lado desde el enfoque de la salud como derecho la teoría dice que el

mismo derecho abarca 4 elementos que también tienen relación con la calidad y serán analizados:

Disponibilidad. En el análisis de la estructura se incluyó la disponibilidad y organización de los recursos físicos materiales y humanos necesarios para el desarrollo de las actividades de la vigilancia del programa. Del total de establecimientos disponibles, 10 corresponden al nivel Cesar con una auxiliar de enfermería como recurso nuclear, 5 Cesamos y 1 Hospital Municipal. Este último nivel no reportó producción de toma de muestras de citologías al momento de la entrevista, y se trata de un hospital sin área geográfica definida que por lo tanto no realiza actividades extramuros en ningún programa. El indicador población versus nivel de atención no tiene la relación adecuada para cubrir las necesidades de la población. Además, ningún establecimiento cuenta con el material y equipo completo ni en cantidades necesarias para desarrollar la vigilancia del cáncer cervico uterino, para el caso 3 Cesares no cuentan con mesa ginecológica, 1 Césamo no tiene sabanas, escasa cantidad de espéculos y con lo que más cuentan es con guantes.

En todas las Unidades se cuenta con la Norma para manejo del programa.

Ninguna Unidad dispone de manera completa ni en cantidad suficiente de todos los formatos utilizados para realizar la vigilancia, una Unidad de Salud no dispone de ninguno de ellos y 9 Unidades de Salud solo tienen entre 1 y 3. Un dato relevante es que solo 6 Unidades de Salud disponen del formato de la Referencia de pacientes y que son básicos ya que en el 100% de ellas deben enviarse al especialista para su manejo.

Accesibilidad .En el nivel cesar, durante dos periodos al año se cierra el establecimiento por vacaciones del recurso Auxiliar de Enfermería y la cantidad de recurso humano para este nivel de atención es insuficiente. En algunos cesamos la paciente es derivada de la consulta general a que se le haga una cita para realizarse su citología por lo que existen oportunidades perdidas en la captación.

El acceso a la información referente al problema de Cáncer Cérvico Uterino, según los resultados del estudio se brinda a través de las actividades de promoción programadas en el plan IEC desarrolladas en la sala de espera mediante charlas educativas.

Aceptabilidad.

Según las respuestas de las pacientes en relación con la calidad de la atención los estándares mejor evaluados fueron, la privacidad del local (97%), la ventilación (86%) y la iluminación (62%). El costo les pareció cómodo 62% y el tiempo utilizado fue de 60-90 minutos, les pareció adecuado, sin embargo demandaron mejor trato y rapidez en la atención, agilizar los resultados, mejor información sobre el problema en porcentajes similares (21-22%), un 1% solicitó se adecuara un cubículo especial para la atención y ser atendidas por un recurso del sexo femenino respectivamente.

Calidad.

Desde el punto de vista científico y médico se cuenta con recurso humano institucional capacitado en la normativa vigente; el servicio es insuficiente ya que se evidenciaron muy bajas coberturas de toma de la citología, en más de la mitad de los casos con citología positiva el resultado fue entregado a los sesenta o más días.

.Por su parte los proveedores, identificaron como problemas en el proceso de la vigilancia, la recepción tardía de los resultados (32%), actitud de rechazo de la paciente frente al resultado de la prueba, al tratamiento y al control, (28%), falta de respuesta a la referencia por parte de los niveles superiores (14%) y dificultades de acceso al tratamiento (12%) entre los más importantes.

La vigilancia de la salud es en resumen un sistema que produce información para la acción. Es un conjunto de actividades que van desde la recopilación de datos, registro, análisis, interpretación para conocer el comportamiento, las determinantes de los eventos de salud hasta su difusión y utilizarla para el mejoramiento de la calidad en salud de la población.

Se describe cada etapa relacionando la teoría con lo observado y relatado por las (os) entrevistadas (os) en coherencia con el manual de normas y procedimientos vigente.

- I. De acuerdo a la normativa oficial debe inscribirse y registrarse a toda mujer con criterios para la realización de la prueba de citología debiendo llenar completa y correctamente la boleta de solicitud e informe de la citología; anotar los datos requeridos en el libro de registro y control de la Unidad de Salud.

La investigación refleja que en las unidades de salud el personal oferta la citología todos los días, pero en la mayoría de los casos lo que se da es una cita para determinado día, sobre todo si la atención la brinda el médico. La norma oficial Hondureña establece, realizar la primera prueba al momento de la captación, una al año siguiente y si sigue siendo normal continuar cada 3 años. De esta manera se programa como meta así; al 11% de la población total del Censo se le aplica al 80% que se considera la población de mujeres de alto riesgo para desarrollar cáncer cervico uterino (30-59 años) y se divide entre 3 que son los años para los cuales corresponde la misma meta.

A la revisión de expedientes se encontró que el personal de salud utiliza la boleta pero su llenado es incompleto, el libro de registro y control solo lo utilizan en nueve Unidades de Salud, pero además utilizan el registro diario mensual de atenciones, informe trimestral de seguimiento, expediente y referencia.

El personal institucional responsable envía las muestras a la oficina municipal esta a su vez a la departamental de salud en Yoro y de la sede regional al laboratorio noroccidental de San Pedro Sula, sin contar con un mecanismo establecido que controle el flujo de envío de muestras y recibo de resultados.

Al revisar los expedientes de las pacientes se encontró que el 97% de ellas tenían este documento en la Unidad de Salud y en el 78% de los casos tenían copia del resultado de la citología observándose que no se cumple la normativa en la que literalmente dice: Pegar el resultado en la historia clínica, el promedio de días transcurridos desde la toma de la citología hasta la entrega del resultado en el 59% de los casos fue de 65 días la norma pide un período no mayor de 30 días; y esta demora fue mencionada como uno de los principales problemas que enfrenta el personal de salud que realiza la vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino así como por las usuarias.

Notificación. El personal de Salud interpretará los resultados de la citología y dará seguimiento de acuerdo a las normas siguientes: no útil o frotis inadecuados repetir la citología lo antes posible, si es negativo por malignidad repetir en un año, si es negativo por segunda vez repetir tres años después, positivas por malignidad (NIC 1, 2,3 IN SITU cáncer invasor, cáncer) localizar a la paciente y referirla de inmediato para toma de biopsia o colposcopia y llenar el formulario de informe trimestral.

Los hallazgos de la presente investigación evidencian la actividad de seguimiento (localización de paciente y entrega de resultado) en 50 de 76 casos notificados como positivos, se encontró a la vez en el expediente copia de la referencia en un 47% siendo remitidas al Gineco Obstetra el 93%, a la trabajadora social el 3% y el 4% no cuentan con registro del profesional a cuál fue referida. Además el medico capacitado realiza colposcopia llenando el informe correspondiente. Se encontró resultados de colposcopia biopsia en solo 24% de las pacientes.

Clasificación de los casos. Según la normativa la clasificación de las lesiones del epitelio cervical están de la siguiente manera:

LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSO DE BAJO GRADO (LIEBG)

LESION INTRAEPITELIAL ESCAMOSA DE ALTO GRADO (LIEAG)

Esta clasificación la realiza el laboratorio y los resultados de la investigación nos muestran que la mayoría de los casos fueron clasificados como lesión de bajo grado (63%), y el 37% restante con clasificación de alto grado, esto es congruente con la literatura.

En esta etapa se analiza el tratamiento de los casos y de acuerdo a la teoría existen varias opciones de tratamiento: la cauterización, criocirugía, Conización, Histerectomía, radiación y terapia combinada los cuales en Honduras se aplican de acuerdo a Flujograma anexo.

Los hallazgos en los expedientes clínicos, informes de seguimiento y guías de revisión reflejan que solamente 22 pacientes recibieron tratamiento los cuales se describen a continuación: 13 Histerectomías, 3 cauterizaciones, 2 conizaciones, 2 tratados con medicamentos, 1 criocirugía, 1 con quimioterapia, estas pacientes recibieron tratamiento en su mayoría (20) en hospital público y 2 en hospital privado.

II. Análisis de la información.

El manual de normas y procedimientos para la prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino considera seis indicadores para la monitoría y evaluación: los entrevistados en más del 56% (9) no saben que existen (4 Licenciadas, 4 Auxiliares de Enfermería y el Médico), y si existen

indicadores para monitorear el programa de Cáncer Cérvico Uterino el 44% sin embargo en ninguno de los dos casos se lleva a cabo esta etapa de manera completa.

La evaluación se reduce a la monitoría del cumplimiento de la meta con citologías realizadas, sin especificar grupos de edad, tipo de resultado y si son por primera vez. En relación a la mortalidad es probable que exista un mayor número de muertes debido a que los registros de muertes no siempre especifican el tipo de cáncer por lo que no se puede definir en su totalidad las defunciones por Cáncer Cérvico Uterino.

Se aprovechó para consultar sobre el conocimiento de la existencia de guías de supervisión y el 50% de los entrevistados no sabe, para el 38% no existen y para el 12% si existen; en el año ninguno de los entrevistados recibió visitas de supervisión al programa en su Unidad de Salud.

- III. Interpretación de la información. En esta etapa se deben hacer comparación de datos e incluir variables locales no consideradas en la primera etapa según la teoría. Al consultar al personal salud sobre conocimiento de la vigilancia de la salud en la investigación se evidencia que no tienen claridad sobre las diferentes etapas y actividades a realizar en cada una de ellas, mencionando solamente el registro de la información, y seguimiento; por lo tanto no se lleva a cabo de manera completa esta tercera etapa.

IV. Difusión de la información. En esta etapa de la vigilancia se debe considerar la elaboración de materiales de difusión relativa al problema de Cáncer Cérvico Uterino para distintos niveles de decisión.

A nivel local el personal de salud recibe notificación sobre la problemática del Cáncer en mención por diferentes mecanismos, viéndose delimitada a la cobertura del programa, el registro de casos positivos; identificándose además la debilidad en la coordinación con otras organizaciones afines para la prevención del Cáncer Cérvico Uterino ya que solo el 31% de los establecimientos realiza coordinación con la familia, 6% con la municipalidad y la iglesia respectivamente, y en ningún caso se mencionó alianzas con la comunidad (ver tabla 24).

La elaboración de materiales impresos para la divulgación de la información del Cáncer Cérvico Uterino son producidos a nivel central (rotafolios, bifolios, afiches), además en los niveles intermedios y locales se fabrican afiches, realización de ferias de la salud invitando a la población a la toma de citología.

En el componente de comunicación y participación social la norma establece la capacitación al personal institucional sobre las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino, sin embargo el personal de salud del municipio no ha recibido actualización en las normas del Cáncer; Referente a los recursos humanos en el último año solo 4 de los entrevistados recibió capacitación sobre Vigilancia epidemiológica, de un total de 24 Médicos generales, 4 Ginecólogos, 21 Licenciadas en Enfermería y 99 Auxiliares de Enfermería,

Para el desarrollo de la actividad de capacitación se han presentado varios problemas como ser: normativa existente antigua, falta de equidad en la distribución de los recursos económicos, insuficiente materiales y equipo.

En relación con el seguimiento de las pacientes, se encontró evidencia del seguimiento realizado en cincuenta casos, sin embargo éstas solo corresponden a 4 unidades de salud. Existe un libro de registro de las .citologías y sus resultados el que solo se encontró en 8 (50%) de las unidades de salud. El contenido de los informes se limita a mencionar que la paciente se refirió al ginecólogo, si la paciente regresa es por decisión propia, en este caso de manera verbal ella informa en que consistió su tratamiento ya que no se utiliza la contra referencia. La información referente al tratamiento solo se encontró en 22 casos los cuales se especifican a continuación: 13 Histerectomía Abdominal total, 3 Cauterizaciones, 2 Conizaciones, 2 Tratamientos con Medicamentos, 1 Crioterapia y 1 Conización.

En la presente investigación ,47 pacientes facilitaron su número de expediente correspondiente al Hospital municipal de Olanchito, el departamento de estadística solo pudo encontrar 20 de esos expedientes, en 4 de ellos las atenciones no correspondían a las pacientes sino a sus hijos o a otro adulto y en un expediente se encontraron 2 pacientes; en total 6 no regresaron a la cita. Encontramos informe de tratamiento en el expediente de 16 pacientes lo que significa una cobertura del 21% de acceso al tratamiento en el sector salud local.

En referencia a los 16 casos que fueron manejados en el Hospital del Municipio y que fue verificada por la investigadora. El tipo de tratamiento consistió en 11

cirugías (Histerectomía abdominal total), 2 conizaciones, 2 cauterización y 1 criocirugía.

Cabe mencionar que dentro de los cincuenta informes de seguimiento existe información relativa al tratamiento realizado en el sector privado y público de diferentes lugares fuera del municipio que no se consideró verificar dentro del estudio.

En el contexto de la vigilancia en salud pública según la teoría la información es insumo indispensable, pero debe contarse con datos oportunos, de calidad satisfactoria y que sean procesados adecuadamente para generar acciones sobre los eventos vigilados. En el presente estudio los hallazgos evidencian debilidades en el sistema de información, que tienen que ver con la calidad y que dificultan la práctica de la vigilancia del cáncer cervicouterino en el municipio.

De acuerdo a la literatura revisada el concepto de vigilancia de la salud es el conjunto de actividades como la recopilación, análisis e interpretación de datos específicos relacionados con la salud de la población de forma sistemática, periódica y oportuna para conocer en todo momento el comportamiento y las determinantes de los eventos de salud enfermedad., Su difusión permite se utilice para mejorar la calidad de atención en salud, puede observarse falta de contraste con la teoría al no mencionarse de manera integral el concepto y no abarcar las determinantes del proceso salud enfermedad.

VII. CONCLUSIONES

1. La cobertura en toma de citología cervical que proporcionó el programa de prevención y control de cáncer cervico-uterino en el municipio de Olanchito durante el período de la investigación se incrementó levemente de un 20% en 2005 a un 22% en el 2006, considerándose muy baja.
2. Los factores de riesgo más significativos para padecer Cáncer Cérvico Uterino fueron: la edad entre 30 – 39 años, primaria incompleta, residentes en el área rural, amas de casa, inicio de la vida sexual antes de los 20 años, nivel socioeconómico bajo y multiparidad (más de 4 hijos).
3. En el programa están presentes algunas fallas relacionadas con la existencia de un manual de normas y procedimientos incompleto, insuficiente recurso humano (Medico, Enfermera, Auxiliares de Enfermería), ausencia de citotecnólogo, material y equipo e inadecuado espacio físico lo cual limita brindar servicios que satisfagan a las usuarias.
4. La vigilancia en el programa de Cáncer Cérvico Uterino es débil, lo que provoca atención incompleta inadecuada y poco eficaz.
5. La Licenciada en Enfermería, en la sede del sector o Césamo, y la Auxiliar de Enfermería en el nivel Cesar es el recurso encargado de la vigilancia del Cáncer Cérvico Uterino y la persona que brinda la información a la población en el centro de salud.

6. Insuficiente capacitación de los recursos humanos en vigilancia de la salud en Cáncer Cérvico Uterino lo que puede representar un factor que limita el desempeño del personal que labora en las Unidades de Salud.
7. Tomando en consideración el derecho a la salud, es fundamental la participación de diversas instituciones para la transmisión de información para la prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino y así permitir y apoyar a las usuarias en la toma de decisiones derecho humano fundamental de los usuarios de los servicios de salud sexual y reproductiva.
8. Los tratamientos utilizados en la neoplasia intraepitelial cervical es la histerectomía abdominal total, cauterización, conización, tratamiento con medicamentos, quimioterapia y criocirugía (ver tabla 21 página 71 y flujograma 1, página 75).
9. Se concluye que si el 34% de pacientes no tienen registros de seguimiento, el 71% no han recibido ningún tratamiento, y la OMS define de una manera inclusiva e integral el derecho a la salud, no se puede evidenciar que se cumple este derecho humano.
10. La tasa de mortalidad por cáncer cervico uterino en el municipio, se observa con tendencia al incremento.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Incrementar los esfuerzos para extender la cobertura de la citología y mejorar el acceso al tratamiento adecuado y oportuno de las lesiones precancerosas y el cáncer.
2. Se debe hacer revisión del manual de normas y procedimientos de prevención y control del Cáncer Cérvico Uterino y agregar en la misma lo relativo a la vigilancia, indicadores de monitoría y evaluación y al seguimiento de las pacientes.
3. Capacitación al personal institucional en aspectos operativos de la vigilancia de la salud en general y del Cáncer Cérvico Uterino en particular para llevar a cabo todas las etapas.
4. Asignar recursos financieros, completar equipo y materiales, distribución equitativa de recursos humanos para mejorar la calidad de atención que satisfaga la demanda de las usuarias.
5. Realizar abogacía para lograr la introducción de nuevas tecnologías y garantizar la sostenibilidad financiera del programa.
6. Informar sobre la importancia de la prevención y control del cáncer cervico uterino a toda la población que abarque el ciclo de vida incorporando a la comunidad y a las organizaciones afines.
7. Desarrollar e implementar un sistema de seguimiento del Cáncer Cérvico Uterino a través de la vigilancia comunitaria efectuado por mujeres de la comunidad y por sus organizaciones comunitarias.

8. Comprometer la participación de los hombres en acciones de prevención para contribuir a mejorar estilos de vida y comportamientos sexuales humanos.
9. Se debe considerar a nivel municipal como prioridad el problema del Cáncer Cérvico Uterino estableciendo coordinación organizaciones comunitarias, sociedad civil, personal voluntario de salud y con el nivel hospitalario.
10. Implementación de un sistema de registros que permita contactar a la paciente para comunicarle los resultados, proporcionarle tratamiento o seguimiento después de tratamiento, o para volver a someterla a tamizaje.
11. Establecer mecanismo de coordinación para incorporar a las instituciones privadas en el reporte de datos estadísticos de detección tratamiento y seguimiento a través del sistema de información establecido por la secretaria de salud, en todos los niveles.
12. Desarrollar un sistema de información que permita la monitorización de todo el proceso y garantice el adecuado seguimiento de las mujeres desde la toma de muestra, entrega de resultado, facilitando la continuidad en la atención y flujo de pacientes entre niveles fortaleciendo el sistema de referencia y contra referencia.
13. Fortalecer el mecanismo de difusión de la información del Cáncer Cérvico Uterino conservando la regularidad o periodicidad y establecer una retroalimentación desde el nivel regional hasta la comunidad.

14. Considerar la elaboración de un protocolo que permita la investigación de la mortalidad por cáncer Cérvico Uterino.
15. Gestionar financiamiento para realizar investigaciones científicas sobre el problema del Cáncer Cérvico Uterino.

IX. Bibliografía

- (OMM), O. M. (2005). *Diagnóstico de la Situación y la Posición de la Mujer*. Olanchito.
- (PNCCaCu), P. N. (2005). *Resumen Ejecutivo, Informe Anual de Citologías*.
- (U.D.A), S. d. (2005 -2006). *Monitoría Mensual, Anual de Programación y Ejecución de las Actividades de Planificación Familiar*. Olanchito.
- Biseth, P. G. (2006). "Vigilancia de la Salud en Argentina. Rol del Laboratorio Clínico".
- Carranza, M. T. (2005). *Lineamientos para el Desarrollo y Fortalecimiento de las Unidades de Análisis (UDA) en Honduras*. Tegucigalpa.
- Cervicouterino, A. p. (2006). *Planificación y Aplicación de los Programas de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino*.
- Costa, F. A. (2005). *Comparación de las Variables Epidemiológicas y Biológicas de pacientes con Cáncer de Cervix*. Barcelona.
- García, C. M. (2007). *Programa para el Control del Cáncer de Cuello Uterino, Análisis Sociopolítico 1975 - 1995*. Bogotá.
- Gita Sen, A. G. (2005). *Incorporar la Perspectiva de Género en la Equidad en Salud*.
- Haapanen, J. (2001). *Calidad y Enfoque de Género*. Tegucigalpa.
- Hernán Rodríguez Gonzáles, C. P. (2005). *Sistema de Información para la Vigilancia en Salud Pública: Propuesta Conceptual y Tecnológica*. Bogotá.
- Herrera, A. R. (2006). *La Reforma de Salud en Honduras*. Montevideo.
- Hidalgo, J. A. (2005). *Cáncer como un Problema Nacional de Salud*.
- Humanos, S. d. (2013). *Primera política Pública en Derechos Humanos y Plan Nacional de Acción en Derechos Humanos*. Tegucigalpa.
- INAM. (2002 - 2007). *Política Nacional de la Mujer*. Tegucigalpa.
- INE. (2013). *Encuesta Nacional Demografía y Salud*. Tegucigalpa.
- Lewis, M. J. (s.f.). *Proyecto Integrado de Inmunización Familiar*.

- Malagon Londoño, G. M. (1999). *Garantía de la Calidad en Salud*. Bogotá, DC: Medica Internacional Ltda.
- Marco Pinel, O. Z. (s.f.). *Manual de Vigilancia Epidemiológica SESAL*.
- Mujer(INAM), I. N. (2002-2007). *Política Nacional de la Mujer*. Tegucigalpa.
- Mundo, M. d. (s.f.). *Marco de Referencia Sobre Enfoque de Derecho en Salud*.
- Municipal, E. (2006). *Análisis de Situación de Salud*. Olanchito.
- Nación, P. G. (2008). *El Derecho a la Salud en Perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección*. Bogotá.
- OMS. (2002). *Veinticinco Preguntas y Respuestas Sobre Derechos Humanos*.
- OMS. (2013). *Derecho a la Salud*
- OPS. (2002). *Planificación de Programas Apropriados para la Prevención del Cáncer Cervico Uterino*.
- OPS. (2007). *Honduras Spanish Registros y Vigilancia*.
- OPS. (2013). *Prevención y Control Integrales del Cáncer Cervicouterino: Un Futuro mas Saludable para Niñas y Mujeres*. Washignton, D.C.
- OPS, O. (2008). *Plan Subregional para la Prevención y Control del Cáncer en CentroAmérica y República Dominicana*.
- OPS, O. P. (2009-2013). *Plan Estratégico Nacional para la Prevención y Control del Cáncer*. Honduras.
- OPS/OMS. (2011). *MOPECE*.
- OPS-OMS. (2006). *Indicadores de Salud Enfermedad en Honduras un Análisis de Género*. Tegucigalpa.
- Palacios, L. S. (2002). *Distribución Territorial de la Mortalidad por Cancer Cervicouterino Mexico 1990 - 2000*. Tijuana.
- Poveda, T. . (2008). *La Infección por el Virus Papiloma Humano y Cancer Cervico Uterino una Perspectiva de Salud Pública*.
- Rivera, L. A. (2004). *Calidad de Atención en Servicios de Salud*. Tegucigalpa.
- SESAL, S. d. (1997). *Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino*. Tegucigalpa.

UICC. (2006). *Prevención del Cáncer: Estrategias basadas en la evidencia*. Ginebra.

UNFPA. (2009). *Análisis de la Situación de Salud de la Población de Honduras*. Honduras.

Valenzuela, F. T. (2011). *Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Estudiantes Mayores de 18 Años*. San Salvador.

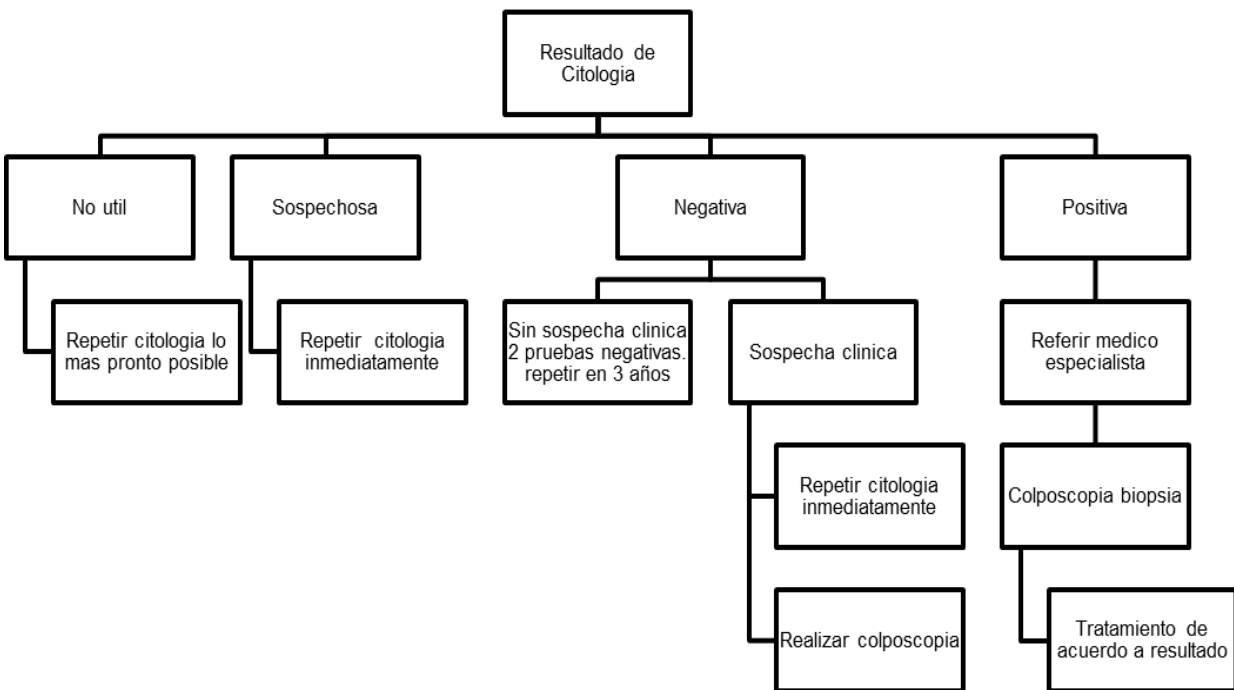
Visbal, L. A. (2000). *Marco de Análisis para la Introducción de la Perspectiva de Género en los Procesos de Salud*.

www.geosalud.com. (5/4/2014). *Cáncer Pacientes Cervicouterino/Cacervicouterino3.htn*.

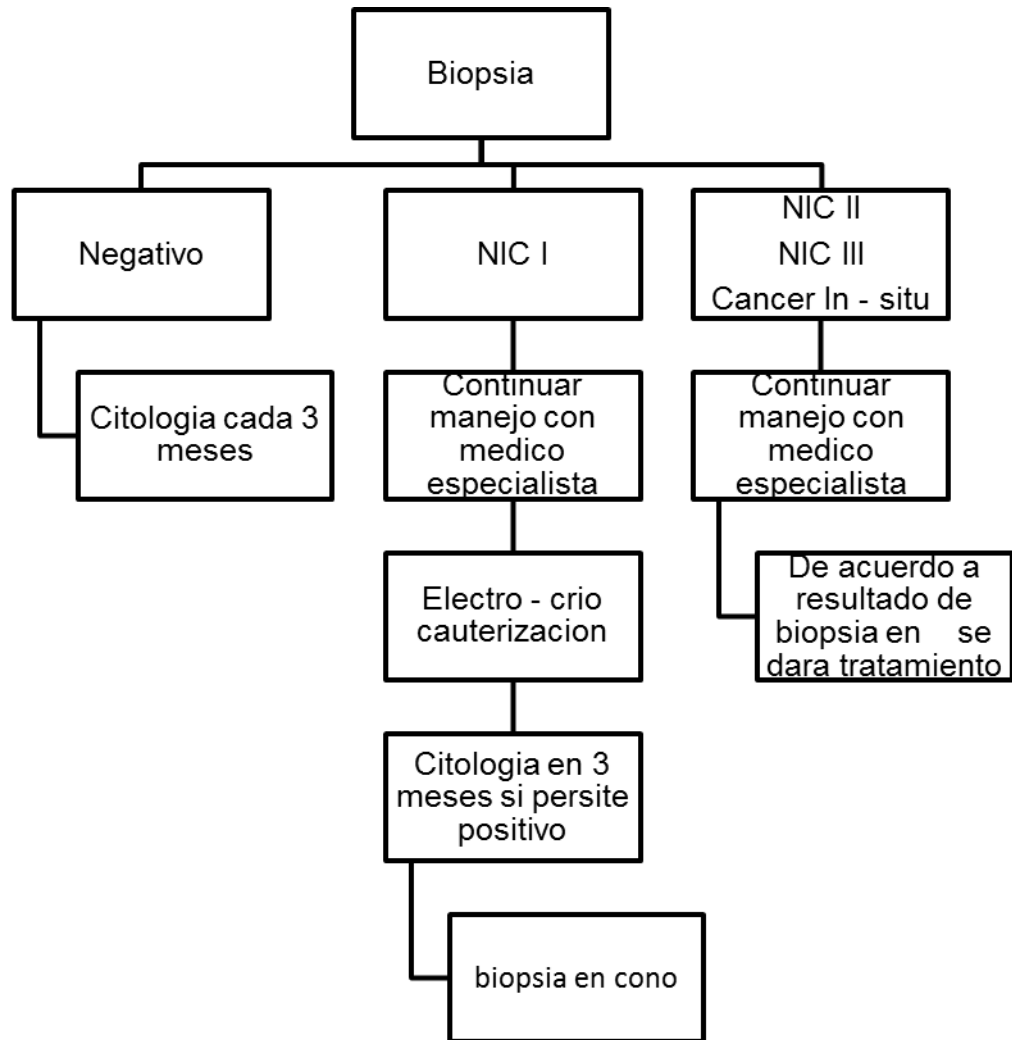
X. ANEXOS

ANEXO 1

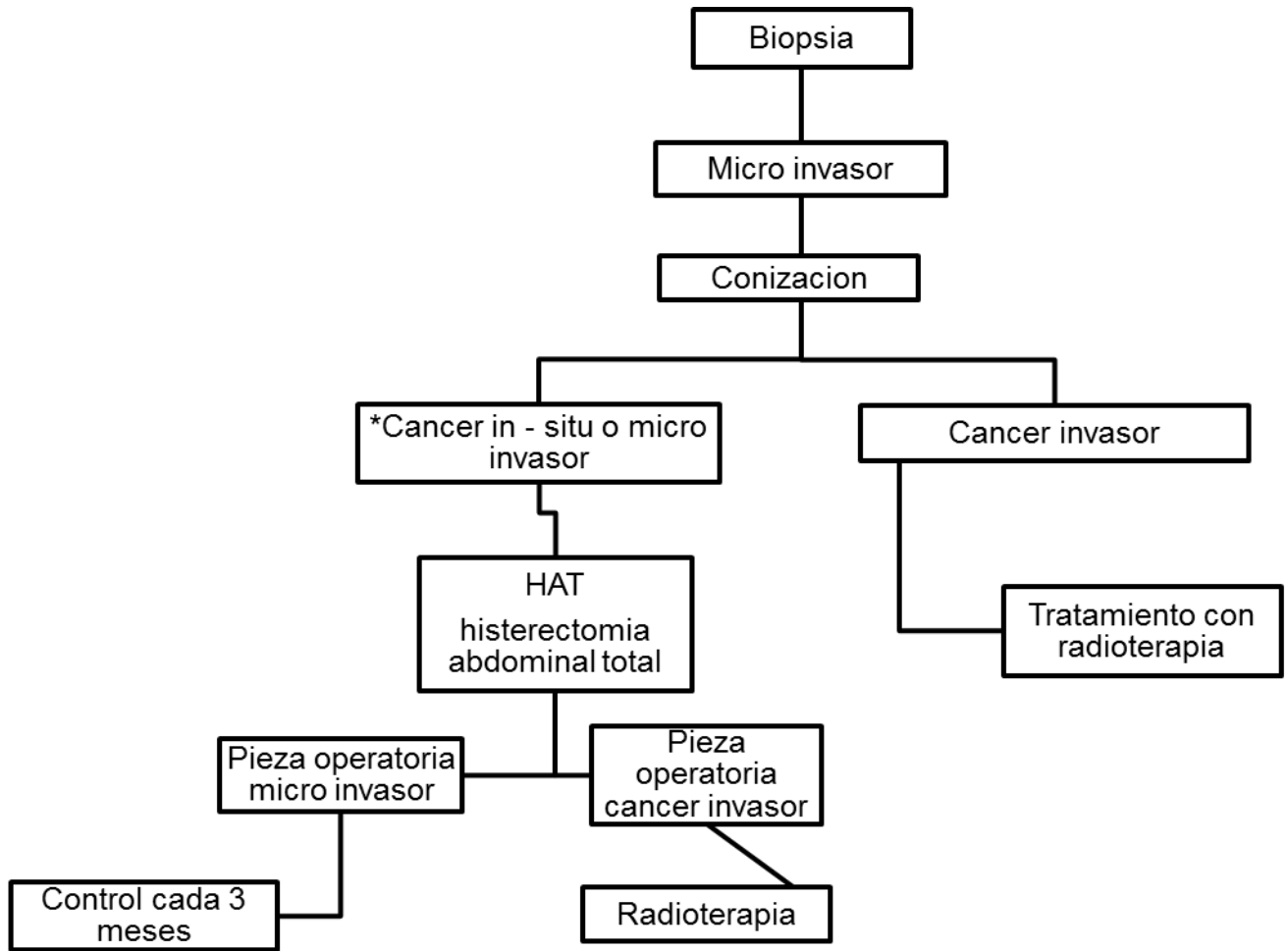
Flujogramas



ANEXO 2

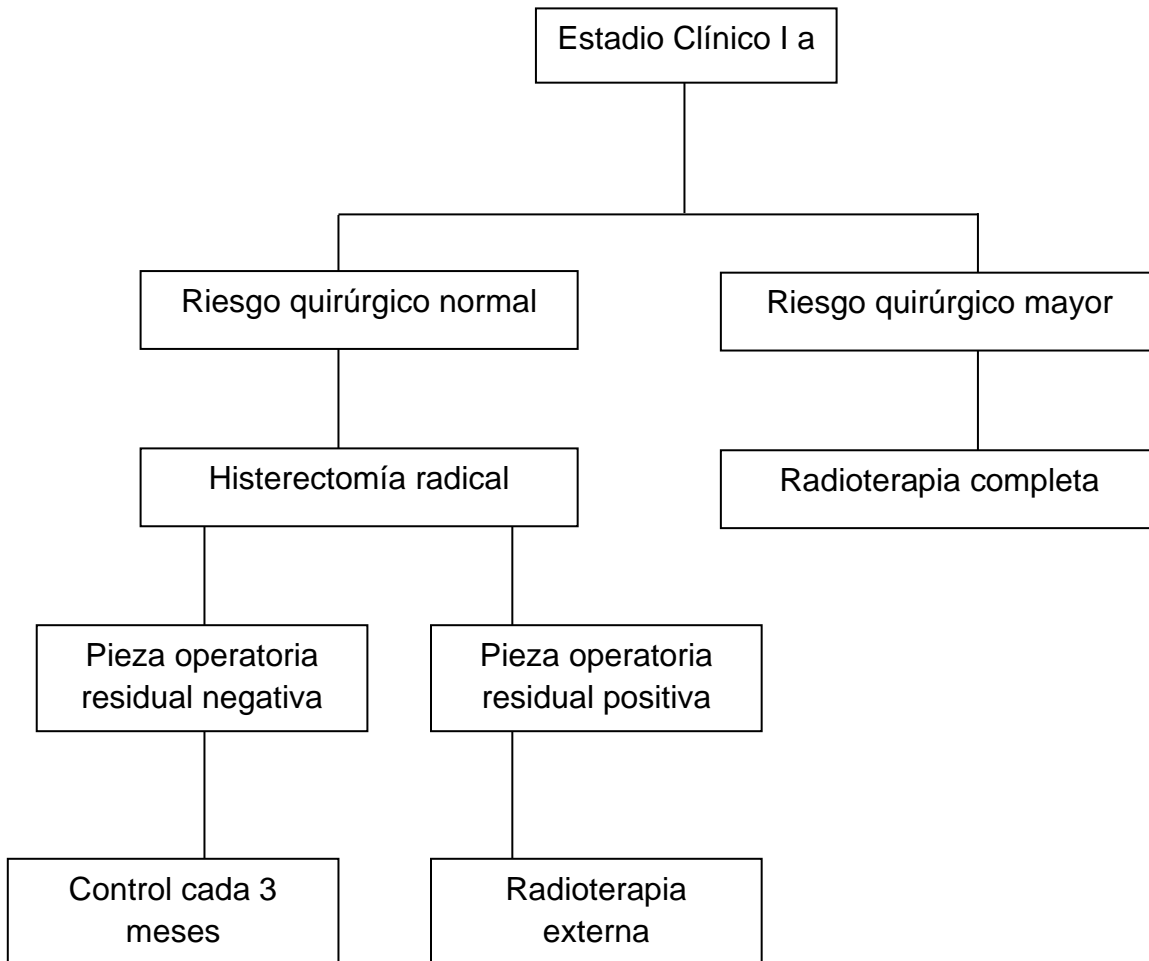


ANEXO 3



*Evaluar el deseo de la pareja de más embarazos con seguimiento estricto

ANEXO 4



Estadios clínicos avanzados desde I b, referir al centro oncológico más cercano.

ANEXO 5

Conceptualización y Operacionalización de Variables

1. Caracterizar las condiciones sociales, demográficas y culturales de la población en estudio.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores de Medición
Condiciones sociales de las pacientes.	Condiciones sociales que caracterizan a la población en estudio.	Condiciones que rodean la vida de las mujeres que permiten mayor o menor bienestar.	Nivel de ingresos.	Cantidad de ingresos que percibe la familia, para satisfacer sus necesidades según refiera la Entrevistada.
			Ocupación	Profesión, oficio tipo de empleo que desempeña la entrevistada.
			Estado civil. Escolaridad	Condición en que se encuentra la entrevistada en sus relaciones de pareja, según ella refiera. Años de escolaridad que la entrevistada cursó.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores de Medición
Condición demográfica.	Condición demográfica que caracteriza a la población en estudio.	Aspectos humanos y ambientales en los que se agrupa la población.	Edad.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de la entrevista según ella refiera.
Condiciones culturales.	Conjunto de patrones aprendidos que	Comportamientos que rigen la vida cotidiana de la población de las	Procedencia. Hábitos.	Lugar donde reside la entrevistada la mayor parte del tiempo según ella refiera. Actividades realizadas por

	<p>determinan la manera de sentir y actuar de la población en relación a las displasias y el Ca Cu.</p>	<p>Unidades de salud relacionadas con las displasias y el Ca Cu</p>	<p>Creencias.</p> <p>Religión.</p> <p>Paridad.</p> <p>Antecedentes de ITS.</p> <p>Número de parejas sexuales.</p> <p>Edad de inicio de las relaciones sexuales.</p>	<p>la entrevistada para prevenir y cuidarse del cáncer según ella refiera. La entrevistada niega o afirma ciertas prácticas que mejoran o empeoran la salud de las mujeres con lesión precursoras o cáncer.</p> <p>Religión que profesa la entrevistada al momento de la entrevista según ella refiera.</p> <p>Número de partos que reporta la paciente haber tenido antes de la entrevista.</p> <p>Infecciones de transmisión sexual que refiere haber padecido la entrevistada.</p> <p>Número de personas con las que ha consumado una relación sexual antes de realizarse la citología según ella refiera.</p> <p>Edad que tenía la paciente al practicar su primera relación sexual</p>
--	---	---	---	---

2. *Identificar los tipos más comunes de lesiones pre – invasoras y cáncer en la población estudiada de acuerdo al Manual de Normas de Prevención y Control.*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores de Medición
Displasias	Pacientes con resultados de cambios en las células de la entrada del Útero o Matriz que es necesario continuar investigando para determinar el grado cambio anormal.	Fueron todos los reportes de laboratorio regional con resultado de citología positiva por displasia anotados en el libro de registro de las Unidades de salud visitadas.	Displasia Leve: Nic-1 Displasia Moderada Nic-2 Displasia Severa Nic-3 Ca -in-situ	Porcentaje de mujeres con displasia.
Cáncer Cérvico Uterino	Crecimiento y división anormal de las células de la entrada del Útero o Matriz	Fueron todos los reportes de laboratorio regional con resultado de citología positiva por displasia anotados en el libro de registro de las Unidades de salud visitadas.	No hay equivalente a NIC Ca-micro-invasor Ca-invasor Adenocarcinoma Ca - Epidermoide	Porcentaje de mujeres con Cáncer.

2. *Identificar algunos factores relacionados con la calidad de la atención brindada a las pacientes con displasia y Cáncer Cérvico Uterino.*

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores de Medición
<i>Calidad de la atención en Salud</i>	<i>Provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo que tome en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción de la usuaria</i>	<i>Grado de satisfacción que la usuaria exprese sobre la atención recibida</i>	<i>Local Costo Atención Tiempo de espera</i>	<i>Porcentaje de pacientes satisfechas con la atención</i>

4. Describir las etapas de la vigilancia de la salud que se realizan en las unidades de salud del Municipio de Olanchito en las pacientes con Displasia y Cáncer Cérvico Uterino

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores de Medición
Vigilancia de la Salud	Observación sistemática y continuada de la frecuencia, la distribución y los determinantes de los eventos de salud y sus tendencias en la población.	Acciones de promoción para la toma de la citología través de información y educación a la población.	Detección y referencia de mujeres con algún criterio para realizarse la citología.	Según técnicas que refiera el personal de salud .Charlas, educación individual, grupal, número de copia de referencias y contra referencias.
		Acciones que realiza el personal de salud para logra que las mujeres con algún criterio se realicen la citología.	Captación	Numero de citologías realizadas en relación con las programadas según monitoria de actividades.
		Acciones que realiza el personal para explicar a las mujeres el significado de la prueba y los contactos establecidos para nuevos encuentros.	Interpretación de resultados de citología y seguimiento de acuerdo a normas.	Según refiera la entrevistada. Copia de la referencia.
		Acciones en las que participa el personal de salud para realizar la identificación de las lesiones precursoras y Cáncer Cérvico Uterino	Diagnóstico. (Canalización de muestras y resultados).	Existencia de gráfico de pared de pared Informes de seguimiento. Expediente de la paciente. Registro diario y mensual de atenciones.
		Conjunto de medios higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos que el personal aplica para curar o aliviar las lesiones precursoras y el cáncer en la población en estudio.	Tratamiento. (H.A.T CONIZACION CRIOCIRUGIA QUIMIOTERAPIA NINGUNA.ETC)	Según refiera el entrevistado. Expediente de la paciente. Informes de seguimiento.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores de Medición
		Conocimientos teórico-prácticos en los que a participado el personal de salud para realizar actividades de prevención y control de las lesiones precursoras y Cáncer Cérvico Uterino y que contribuyen en su desarrollo.	Capacitación	Según refiera el personal entrevistado, existencia de manual de normas y procedimientos, guías de supervisión, plan IEC
		Orientación que brinda el personal, a las mujeres que inician vida sexual y población en general para la prevención diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de cáncer cervico uterino.	Educación. Charlas Visitas Otros.	Según refiera el entrevistado. El entrevistado menciona las técnicas utilizadas.
		Coordinación con organizaciones afines.	ONG sociedad civil área de salud etc.	Según refiera el entrevistado, familiar, comunidad, área municipal y otras organizaciones.
		Conjunto de personas material y equipo que los proveedores de atención tienen disponibles para obtener y mantener información para la planificación de la atención de la población con lesiones precancerosas y Cáncer Cérvico Uterino.	Recursos humanos. Recursos materiales.	Gineco obstetras Médico general Epidemiólogos Lic. en enfermería Auxiliares de enfermería Estadígrafos Técnicos en computación. Computadora fax teléfono espéculos camilla lámpara cuello de ganso fijador espátulas sábanas guantes balde de acero inoxidable lápiz grasa laminillas foco de mano gradillas local para la atención local para la vigilancia boleta de registro informe de seguimiento, informe de colposcopia, etc.

Sistema de Información	Es aquel capaz de general información viable de calidad y oportuna.		Simplicidad	Libro de control y registros Boleta de solicitud e informe de citología Cervical (anexo 1) Informe trimestral de seguimiento Expediente clínico ATA, AT2R, Hoja de referencia
			Calidad del dato	Envío oportuno y completo de la información Consistencia en los datos enviados.
Monitoría y Evaluación	debe ser confinado a la evaluación continua de una relación entre intervención y cambio: el monitoreo evalúa una acción e implica un ajuste constante del desempeño con relación a los resultados		Población meta, tasa de mortalidad, tasa de citologías positivas índice de citologías positivas, porcentaje de citologías con displasias/ cáncer, porcentaje de citologías por primera vez.	Porcentaje de conocimiento del personal de salud entrevistadas muertes por Cáncer, citologías positivas, total de citologías con NIC (I,II,III) Cáncer, total de citologías por primera vez por grupos de edad.

ANEXO 6

ENTREVISTA A PERSONAL DE SALUD PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA POBLACION CON DISPLASIAS Y CANCER CERVICO UTERINO

Objetivo: Obtener información necesaria para caracterizar la vigilancia de la salud de la población con displacias y cáncer Cérvico uterino.

Instrucciones: Buenos días compañeros (as) estamos realizando un estudio sobre la vigilancia de la salud de las mujeres con Displasia y Cáncer Cérvico Uterino en las Unidades de Salud del Municipio. Agradeceremos su participación respondiendo las siguientes preguntas.

I. Datos Generales

Fecha: _____
Unidad de Salud: _____
Cargo que ocupa: _____
Nivel profesional: _____
Tiempo de ejercer la profesión: _____

II. Situación epidemiológica

Población de mujeres en su área de influencia: _____
Cobertura de atención con toma de citología 2005 2006
Casos nuevos de displacia 2005 2006
Casos nuevos de cáncer 2005 2006
Número de muertes por cáncer 2005 2006

III. Recursos Humanos

Número de médicos generales _____
Numero de gineco-obstetras _____
Número de médicos internistas _____
Numero de psicólogos _____
Número de trabajadores sociales _____
Numero de Licenciadas en enfermería _____
Numero de epidemiólogos _____
Numero de auxiliares de enfermería _____
Numero de estadígrafas _____
Numero de secretarias _____
Numero de técnico en computación _____

IV. Recursos Materiales

Articulo	Cantidad	Estado Actual
Teléfono		
Fax		
Computadora		
Impresora		
Local para la atención		
Local para la vigilancia		

Boletas de registro		
Libro de registro		
Informe de seguimiento		
Referencia		
Contra referencia		
Maskin tape		
Camilla ginecológica		
Sábanas		
Guantes		
Batas		
Gradillas		
Lámpara cuello de ganso		
Espátulas de ayre		
Laminillas		
Lápiz graso		
Fijador		
Foco de mano		
Valde de acero inoxidable		
Guía de supervisión		
Gráfico de pared		
Espéculos		

V. Prestación de servicios

1. En los últimos 2 años, ha sido usted capacitado en vigilancia epidemiológica
Si _____ No _____ Curso _____ Duración _____
2. ¿Qué entiende por vigilancia epidemiológica?

3. ¿Cuáles son los formularios que se utilizan en la vigilancia epidemiológica de las displacias y el cáncer Cérvico uterino?

ATA _____
Boletas de solicitud y reporte de examen citológico _____
Informe trimestral de seguimiento _____
Expediente de la paciente _____
Contra referencia _____
AT-2R _____
Informe de colposcopia _____
Referencia _____
Otro especifique _____

4. Considera usted que los formularios de reporte para la detección, notificación y seguimiento de las mujeres con displacia y cáncer Cérvico uterino es:

Complicado _____ Sencillo _____ Excesivo _____
Innecesario _____ Útil _____

5. Cada cuanto envía usted el reporte de las actividades siguientes:

5.1 Detección _____ 5.2 Notificación _____
5.3 Promoción _____ 5.4 Seguimiento _____

6. Recibe del Municipio alguna información sobre la situación de las displasias y el cáncer Cérvico uterino de la unidad de salud.
Si _____ No _____
7. Si recibe información, de qué forma a recibe.
7.1 Por escrito, reporte o boletín _____
7.2 Oral, directamente de las autoridades _____
7.3 En reuniones y encuentros para ese fin _____
8. Con que frecuencia recibe esa información?
8.1 Diaria _____ Semanal _____
8.2 Mensual _____ Trimestral _____
8.3 Semestral _____ Anual _____
9. Cuenta la unidad de salud con manual de normas para la prevención y control del cáncer Cérvico uterino disponible?
Si _____ No _____
Explique _____
10. Que actividades realiza usted en su unidad de salud para ña vigilancia de las displasias y el cáncer Cérvico uterino.
10.1 Promoción con murales
10.1.1 Charlas con rotafolio en la sala de espera _____
10.1.2 Visitas domiciliarias _____
10.1.3 Otras especifique _____
10.2 Detección y captación
10.2.1 Toma de citología _____
10.2.2 Canalización de muestras y resultados _____
10.2.3 Localización de pacientes para entrega de resultados _____
10.2.4 Referencia de pacientes positivas _____
10.2.5 Seguimiento y control _____
10.3 Actividades IEC
10.3.1 Información _____
10.3.2 Orientación _____
11. Podría mencionar cuales son los principales problemas que se presentan en la vigilancia de las displasias y el cáncer Cérvico uterino en su unidad de salud.
11.1 Resultados llegan después de los 30 días _____
11.2 Rechazo en la atención de la referencia _____
11.3 Alto costo del tratamiento _____
11.4 Falta de infraestructura y equipamiento para el tratamiento a nivel local _____
11.5 Atención no integral _____
11.6 Rechazo de la usuaria al resultado _____
11.7 Rechazo de la usuaria al tratamiento _____
11.8 Rechazo de la usuaria al seguimiento _____
12. ¿Con que sectores de la sociedad civil coordina para superar estos problemas?
12.1 Area Municipal _____ 12.5 Municipalidad _____
12.2 Iglesia _____ 12.6 Familia _____

12.3 Comunidad _____ 12.7 Ninguna _____
12.4 Otros especifique _____

13. Existen guías de supervisión para la vigilancia de las displasias y el cáncer Cérvico uterino.

Si _____ No _____ No sabe _____

14. Durante el presente año, ha recibido visitas de supervisión para la vigilancia de las displasias y el cáncer Cérvico uterino.

Si _____ No _____ N° de visitas _____

15. Existen indicadores de monitoria y evaluación para la vigilancia de las displasias y el cáncer Cérvico uterino.

Si _____ No _____ No sabe _____

16. En su opinión, la vigilancia de las displasias y el cáncer Cérvico uterino es útil:

Si _____ No _____

Porque _____

ANEXO 7

ENTREVISTA A USUARIAS PARTICIPANTE EN LA INVESTIGACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA POBLACION CON DISPLASIAS Y CANCER CERVICO UTERINO

Objetivo: Obtener información necesaria para evaluar la vigilancia de la salud de las Displasias y el Cáncer Cérico Uterino.

Instrucciones: Buenos días señora (as) estamos realizando un estudio sobre la atención que se brinda a las mujeres con problemas en sus resultados de citología y para eso es necesitamos nos colabore respondiendo algunas preguntas.

Entrevista numero: _____

Entrevistador: _____

Localidad: _____

Establecimiento: _____

Fecha: _____

- 1) Cuantos años tiene usted? _____
- 2) En que barrio o localidad vive actualmente _____
- 3) Cuál es su estado civil?
3.1 Soltera _____ Casada _____ Unión libre _____
3.4 Divorciada _____ Viuda _____
- 4) Cuál fue su último curso o año de escolaridad que usted aprobó?
4.1 Ninguna _____
4.2 Primaria 1 2 3 4 5 6
4.3 Secundaria 1 2 3 4 5 6
4.4 Universidad 1 2 3 4 5 6
4.5 Técnica _____
4.6 Otros especifique _____
- 5) A que se dedica usted?
5.1 Ama de casa _____ 5.2 Estudiante _____ 5.3 Profesional _____
5.4 Técnica _____ 5.5 Otro, especifique _____
- 6) Cuanto es el ingreso mensual de su familia?
6.1 Menos de L. 1,000.00 _____
6.2 Entre L. 1,001.00 y L. 2,000.00 _____
6.3 Entre L. 2,001.00 y L. 3,000.00 _____
6.4 6.5 Mas de L. 3,001.00 _____
6.5 Entre L. 4,001.00 y L. 5,000.00 _____
6.6 Más de L. 5,000.00 _____
- 7) Religión a la que pertenece
7.1 Ninguna _____ 7.2 Católica _____
7.3 Evangélica _____ 7.4 Mormón _____

- 7.5 Adventista _____ Otros, especifique _____
- 8) Pertenece al alguna de las siguientes organizaciones en su comunidad
- | | |
|---|-----------------------------|
| 8.1 Sociedad de padres de familia _____ | 8.2 Patronato _____ |
| 8.3 Comité de salud _____ | 8.4 Junta de agua _____ |
| 8.5 Comité de seguridad _____ | 8.6 Otra, especificar _____ |
- 9) Cuantos hijos tiene?
- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 9.1 Ninguno _____ | 9.2 Un hijo _____ |
| 9.3 Dos hijos _____ | 9.4 Tres hijos _____ |
| 9.5 Más de cuatro hijos _____ | |
- 10) A qué edad tuvo su primera relación sexual
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| 10.1 A los 12 años _____ | 10.2 A los 13 años _____ |
| 10.3 A los 14 años _____ | 10.4 A los 15 años _____ |
| 10.5 A los 16 años _____ | 10.6 A los 17 años _____ |
| 10.7 A los 18 años _____ | |
- 11) Cuantas parejas sexuales a tenido?
- | |
|--------------------------|
| 11.1 Una Pareja _____ |
| 11.2 Dos parejas _____ |
| 11.3 Tres parejas _____ |
| 11.4 Más de cuatro _____ |
- 12) Ha padecido de alguna enfermedad de transmisión sexual
- Si _____ No _____
- En caso de afirmativo, cual:
- | | |
|---------------|----------------|
| Sífilis _____ | Gonorrea _____ |
| Chancro _____ | VIH _____ |
| SIDA _____ | Otra _____ |
- 13) Que hace usted para evitar una infección de transmisión sexual
- | | |
|---|-----------------------|
| 10.1 Nada _____ | 13.2 Uso condón _____ |
| 13.3 Fidelidad _____ | |
| 13.4 Bañarse después de relación sexual _____ | |
| 13.5 Hacerse limpieza después de la relación sexual _____ | |
- 14) Que sabe usted de la citología vaginal o prueba detectora del cáncer
- | |
|--|
| 14.1 Nada _____ |
| 14.2 Sirve para descubrir cáncer y otras infecciones _____ |
| 14.3 Si descubre el cáncer hay que sacar la matriz _____ |
| 14.4 Debe hacerse cada año _____ |
| 14.5 Otra información, especifique _____ |
- 15) Quien le proporciona esta información
- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 15.1 La enfermera _____ | 15.2 El Medico _____ |
| 15.3 El Ginecólogo _____ | 15.4 Me lo dio una amiga _____ |
| 15.5 Lo vi en la televisión _____ | 15.6 Me lo dijo un familiar _____ |
- 16) En que lugar le dieron la información
- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| 16.1 En el centro de salud _____ | 16.2 En el Hospital _____ |
| 16.3 En la radio _____ | 16.4 En la TV _____ |

- 17) Cada cuanto se debe realizar la citología?
 17.1 Cada seis meses _____ 17.2 Cada año _____
 17.3 Cada 2 años _____ 17.4 Cada 3 años _____
- 18) Cuando usted se realiza la citología, cuanto tiempo espera para ser atendida?
 18.1 Menos de 30 minutos _____
 18.2 De 30 minutos a una hora _____
 18.3 Mas de 1 hora _____
- 19) El consultorio o clínica donde recibe la atención parece:
 19.1 Cómodo _____ 19.2 Incomodo _____
 19.3 Falta privacidad _____ 19.4 Poco Ventilado _____
 19.5 Bien ventilado _____ 19.6 Poco iluminado _____
 19.7 Bien iluminado _____
- 20) Como le parece la atención que le brindan?
 20.1 Excelente _____ 20.2 Muy Buena _____
 20.3 Regular _____ 20.4 Mala _____
- 21) El costo que paga por la atención recibida le parece?
 21.1 Muy alto _____ 21.2 Cómodo _____ Bajo _____
- 22) Como se dio cuenta que tenía problemas en su resultado de citología?
 22.1 Me visitaron en casa _____
 22.2 Me mandaron a llamar del centro de salud _____
 22.3 Fui a preguntar por mi resultado _____
- 23) Cuanto tiempo después de hacerse el examen le entregaron el resultado?
 23.1 A los 15 días _____ 23.2 A los 30 días _____
 23.3 Antes de 60 días _____ 23.4 Después de 60 días _____
- 24) Que información se le brindo una vez que recibió el resultado?
 24.1 Ninguna _____
 24.2 Me dieron referencia para donde el gineco-obstetra _____
 24.3 Me refirieron para el internista _____
 24.4 Me refirieron a la trabajadora social _____
 24.5 Me refirieron a la psicóloga _____
 24.6 Me orientaron sobre el tratamiento _____
 24.7 Me dieron cita para el control _____
- 25) Después de conocer su resultado que practicas usted realiza para cuidar su salud?
 25.1 Uso de medicina natural _____
 25.2 25.2 No comer grasas _____
 25.3 Reposo una vez al día _____
 25.4 25.4 No me acerco al fuego _____
 25.5 No lavo en el rio _____
 25.6 No tengo relaciones sexuales _____
 25.7 Me controlo cada 3 meses _____
 25.8 Otras, especifique _____

26) Tiene algún carnet donde le registren las citas pendientes y os controles realizados.

Si _____ No _____

27) Cuáles son las situaciones más difíciles que usted ha enfrentado después de tener el resultado positivo.

27.1 Angustia _____

27.2 Miedo _____

27.3 Rechazo de la familia _____

27.4 Falta de información _____

27.5 Tardía atención de la referencia _____

27.6 Problemas económicos _____

27.7 Falta de apoyo emocional _____

27.8 Otro, especifique _____

28) Que recomendaciones le daría usted a alguien que tiene resultados de citología positiva.

29) Que recomendaciones nos daría para mejorar la atención a las mujeres con citología positiva.

ANEXO 8

GUIA DE REVISION DE EXPEDIENTES Y DEL SISTEMA DE INFORMACION PARA LA VIGILANCIA DE LA SALUD EN LA POBLACION CON DISPLASIAS Y CANCER CERVICO UTERINO

Objetivo: Obtener información necesaria para la vigilancia de la salud de las Displasias y el Cáncer Cérvico Uterino.

Encuesta numero _____
Unidad de salud _____
Entrevistador _____
Cargo _____
Fecha _____

1) Existencia y uso del expediente de las pacientes con displasia o cáncer Cérvico uterino.

Si _____ No _____

2) Se encuentra en el expediente el resultado del diagnóstico de citología positiva.

Si _____ No _____

3) Que positividad registra la boleta del resultado de citología.

3.1 NIC I _____ 3.2 NIC II _____ 3.3 NIC III _____

3.4 Cancer In situ _____ 3.5 Cancer Micro invasor _____

3.6 Adeno carcinoma _____ 3.7 Cáncer Epidermoide _____

3.8 Cáncer invasor _____

4) Tiene en el expediente la copia de la referencia.

Si _____ No _____

5) A qué tipo de profesional se le envió la referencia.

5.1 Gineco-Obstetra _____

5.2 Médico internista _____

5.3 Psicólogos _____

5.4 Trabajador social _____

5.5 Otro, especificar _____

6) Se encuentra en el expediente una copia del resultado de la confirmación del diagnóstico por biopsia y/o colposcopia.

Si _____ No _____

7) Que positividad registra el informe de biopsia y/o colposcopia.

7.1 NIC I _____ 7.2 NIC II _____ 7.3 NIC III _____

7.4 Cáncer In situ _____ 7.5 Cáncer Micro invasor _____

7.6 Adeno carcinoma _____ 7.7 Cáncer Epidermoide _____

7.8 Cáncer invasor _____

8) Existe resultado de citología de control de cada tres meses.

Si _____ No _____

9) Cuenta con un libro de registro y control de los resultados de citologías realizados.
Si _____ No _____

10) Tiene copia de contra referencia.
Si _____ No _____

11) Tiene copia de los informes trimestrales de seguimiento de las pacientes positivas.
Si _____ No _____ Porque _____

12) Recibió tratamiento
Si _____ No _____

13) Lugar donde recibió el tratamiento

14) Tipo de tratamiento recibido

14.1 Crioterapia _____
14.3 Histerectomía _____
14.5 Medicamento _____
14.7 Ninguna _____

14.2 Cauterización _____
14.4 Conización _____
14.6 Quimioterapia _____