



Universidad de Valparaíso  
Facultad de Medicina  
Carrera de Obstetricia y Puericultura



Seminario Tesis para optar al grado académico de Licenciada  
en Obstetricia y Puericultura.

# “Adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en funcionarias del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile”

SEMINARISTAS:

PAULA CÁCERES MOLINA  
LIDIA GUTIÉRREZ ESCOBAR  
LISBETH HOLZ BUSTAMANTE  
MAKARENA LEÓN VÁSQUEZ  
MÓNICA MORENO ESPINOZA  
DANIELA ROJO ROBLES  
CLAUDIA SILVA SALINAS

PROFESORA GUÍA: CECILIA PÉREZ BÁEZ

Valparaíso, Chile 2009





*... Todos los triunfos  
nacen cuando nos  
atrevernos a comenzar...*

## Agradecimientos

*Brindamos los más profundos agradecimientos a todas aquellas personas e instituciones de salud que contribuyeron durante estos dos años de ardua labor en el desarrollo del presente trabajo de tesis y que de alguna manera forman parte importante de este logro tan significativo.*

*Consideramos, a su vez, que esta tesis es fruto de un gran trabajo en equipo, de una real coordinación, siendo las personas con las que participamos y convivimos durante el período de extensión de la carrera y, en especial, el de duración de este trabajo, parte gravitante en la culminación y el alcance de todas las metas propuestas, tanto académicas como de desarrollo personal.*

*Así las cosas y en primer lugar, agradecemos a Dios por guiar nuestros pasos hasta alcanzar la cúspide de nuestra carrera, por ayudarnos en tantas oportunidades cuando las esperanzas estaban perdidas y volvía a ponernos de pie.*

*En segundo lugar, resaltamos el apoyo de nuestras familias, parejas, amigos e hijos quienes nos brindaron optimismo, fe y esperanza sobre nosotras, de que llegaríamos a la instancia de finalizar una carrera y optar por el anhelado y valioso Título Profesional de Matrona.*

*De igual forma, esta tesis no hubiese sido posible sin el trabajo conjunto de nosotras, preciosa fuente de compañerismo, unidad y amistad.*

*Agradecemos, por otra parte, al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso por facilitar sus dependencias y recursos humanos para concretar nuestro estudio, tema de esta tesis.*

*Manifiestamos sincera gratitud al Profesor Fernando Espinoza, quien colaboró facilitando material fundamental para el desarrollo de nuestro trabajo.*

*Destacamos la colaboración de Mauricio Bustamante, Ingeniero Comercial, Jefe de Control de Gestión del Hospital San Juan de Dios de Los Andes, quien guió los análisis estadísticos de esta investigación.*

*Asimismo reconocemos la contribución de Franco Ramírez, Abogado, quien realizó el análisis gramatical de este estudio.*

*Por último, agradecemos de manera especial a nuestra Profesora Guía, Sra Cecilia Pérez.*

## Índice

Índice de Gráficos	5
Índice de Imágenes	7
<b>CAPITULO I</b>	<b>9</b>
Resumen	10
Summary	12
Glosario de términos	14
<b>CAPITULO II</b>	<b>17</b>
Introducción	18
Fundamentación	21
Delimitación del problema	23
<b>CAPITULO III</b>	<b>24</b>
Marco teórico	25
<b>CAPITULO IV</b>	<b>73</b>
Objetivos	74
<b>CAPITULO V</b>	<b>75</b>
Operacionalización de variables	76
<b>CAPITULO VI</b>	<b>81</b>
Material y método	82
<b>CAPITULO VII</b>	<b>85</b>
Análisis e interpretación de los datos	86
<b>CAPITULO VIII</b>	<b>110</b>
Conclusiones	111
Sugerencias	113

<b>CAPITULO IX</b>	<b>115</b>
Bibliografía	116
<b>CAPITULO X</b>	<b>119</b>
Anexo	120

## **Índice de Gráficos**

<b>Gráfico I-A:</b>	86
Intervalo de edad de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-B:</b>	87
Profesión u oficio de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-C:</b>	88
Nivel socioeconómico de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-D:</b>	89
Vigencia de PAP de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-E:</b>	90
Principales causas que influyen en la adherencia y no adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-F:</b>	91
Edad de inicio de actividad sexual de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-G:</b>	92
Número de parejas sexuales de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-H:</b>	93
Número de partos vaginales de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-I:</b>	94
Uso de preservativo por parte de las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-J:</b>	95
Uso de Anticoncepción hormonal en las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-K:</b>	96
Hábito tabáquico en las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-L:</b>	97
Antecedentes Familiares de Cáncer en las funcionarias encuestadas	
<b>Gráfico I-M:</b>	98
Conocimiento de las funcionarias respecto del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino	

<b>Gráfico II-A:</b>	99
Edad v/s Vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-B:</b>	100
Número de parejas sexuales v/s vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-C:</b>	101
Uso de preservativo v/s vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-D:</b>	102
Hábito tabaquito v/s vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-E:</b>	103
Nivel de conocimiento v/s vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-F:</b>	104
Profesión v/s nivel de conocimiento	
<b>Gráfico II-G:</b>	105
Profesión vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-H:</b>	106
Nivel de conocimiento v/s vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-I:</b>	107
Edad de inicio sexual v/s vigencia de PAP	
<b>Gráfico II-J:</b>	108
Edad de inicio sexual v/s uso de preservativo	
<b>Gráfico II-K:</b>	109
Número de parejas sexuales v/s uso de preservativo	

## **Índice de imágenes**

<b>Imagen N°1:</b>	30
Etapas de la Carcinogénesis	
<b>Imagen N°2:</b>	32
Epitelio cervical mostrando los distintos grados de Neoplasia	
<b>Imagen N°3:</b>	33
Vista Cuello Uterino sin patología	
<b>Imagen N°4:</b>	33
Vista Cuello Uterino presentando NIE I	
<b>Imagen N°5:</b>	34
Vista Cuello Uterino presentando NIE II	
<b>Imagen N°6:</b>	34
Vista Cuello Uterino presentando NIE III	
<b>Imagen N°7:</b>	35
Vista Cuello Uterino presentando Cáncer Cervicouterino	
<b>Imagen N°8:</b>	38
Virus Papiloma Humano ingresando a una célula	
<b>Imagen N°9:</b>	40
Estadios de la infección por HPV	
<b>Imagen N°10:</b>	42
Integración del ADN viral a la célula normal	
<b>Imagen N°11:</b>	43
Infección por HPV y su rol en la carcinogénesis	

<b>Imagen N°12:</b>	45
Inactivación inmunológica frente a la infección viral por HPV	
<b>Imagen N°13:</b>	51
Técnica de toma examen Papanicolaou	
<b>Imagen N°14:</b>	71
Mecanismo de acción vacuna cuadrivalente	

# CAPÍTULO I



## **Resumen**

La presente investigación corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo transversal, cuyo objetivo primordial fue determinar la adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino de las funcionarias del Sistema Público de Salud, pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren.

El universo comprendió a 1.500 funcionarias que, según registros del hospital, se desempeñan en el mismo, se seleccionó una muestra del 47% del total del universo, que corresponde a 700 funcionarias, de las cuales 470 se consideraron válidas. La unidad de análisis está representada por cada funcionaria, la recolección de datos se realizó a través de una encuesta de carácter anónimo y voluntario que se aplicó entre los meses de Mayo y Junio del 2009.

Del total de la muestra, un 35% corresponde a funcionarias que desempeñan labores administrativas, un 15% son profesionales de la salud, un 37% corresponde a técnicas y un 13% representa a las funcionarias del grupo de servicios y ámbito social. Un 64% presenta escolaridad completa (universitaria o técnica). De las encuestadas, un 99% señala disponer de servicios básicos en el domicilio que habita y un 58% obtiene un ingreso familiar superior a \$3000.000 pesos.

Un 59.7% mantiene la práctica de PAP vigente, un 9.5% corresponde a las funcionarias que nunca se han realizado el examen, mientras que del 30.8% restante, esto es, las funcionarias con PAP no vigente, un 25% reconoce que tal situación se debe a falta de tiempo, un 14% por motivos de dejación y 14% refiere no realizarse el examen por “flojera”.

Del total de la muestra, un 1.3% no se ha iniciado sexualmente mientras que un 98.6% que corresponde a la mayoría de las encuestadas si lo ha hecho, de este porcentaje de iniciadas sexualmente más del 82% se inicio antes de los 25 años de edad.

Del total de las funcionarias iniciadas sexualmente, un 63% ha tenido más de una pareja sexual, un 35% reconoce tener solamente un compañero de prácticas sexuales, en lo referente a uso de preservativo en todas las relaciones sexuales un 10% de las funcionarias refiere su utilización.

Del total de las encuestadas, un 48% reconoce hábito tabáquico y un 78% de la muestra posee un nivel de conocimientos alto con relación al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.

## **Summary**

This present research corresponds to a quantitative, descriptive transversal study. The main goal of this study was to determine the adherence to the Uterine and Cervical cancer National Program by the female workers of the Public Health System from the Carlos Van Buren Hospital.

The universe of study included 1,500 female workers that work there according to the hospital's records. A sample of 47% of the total universe was selected, corresponding to 700 workers, 470 of which were considered valid. The analysis unit is represented by each worker. The data collection was performed through a volunteer and anonymous survey applied between May and June of 2009.

Of the total sample, a 35% corresponds to workers that perform administrative tasks, 15% are health professionals, 37% corresponds to technicians and 13% represents the services and social field workers. 64% completed their education (technical or college education). A 99% of the surveyed declared to have access to basic services in their homes and a 58% has a monthly family income over \$300,000 pesos.

A 59.7% is up to date in their PAP exams, a 9.5% corresponds to the workers that have never had a PAP exam performed, while of the remaining 30.8%, which corresponds to the workers that are not current on their PAP exams, a 25% claims the situation obeys to lack of time, 14% claims procrastination and 14% claims not to have the exam because of "laziness".

Of the total sample, 1.3% of the women have not been initiated sexually, while the 98.9% which corresponds to the majority of the surveyed workers, have been. Of this percentage of women that have been initiated sexually, more than 82% initiated before they turned 25.

Of the total number of sexually initiated workers, 63% has had more than one sexual partner and 35% declared to have only one sexual partner. In relation to the use of the condom, 10% of the surveyed women acknowledge its use.

Of the total number of surveyed women, 48% admits to smoking and 78% of the sample has a high level of knowledge in relation to the Cervical and Uterine Cancer National Program.

## **Glosario de términos**

**Angiogénesis:** es el proceso fisiológico que consiste en la formación de vasos sanguíneos nuevos a partir de los vasos preexistentes. La angiogénesis es un fenómeno normal durante el desarrollo embrionario, el crecimiento del organismo y en la cicatrización de las heridas. Sin embargo también en un proceso fundamental en la transformación maligna del crecimiento tumoral.

**ASCUS:** En la práctica ginecológica se utiliza esta sigla para referirse a las células escamosas atípicas de significado indeterminado o incierto. En inglés, Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance.

**Células bipotenciales:** capacidad de las células para diferenciarse en dos tipos de células distintas.

**Citodiagnóstico:** también llamado examen citológico, es un procedimiento diagnóstico basado en el examen de las células contenidas en un exudado o transudado. Consiste básicamente en el diagnóstico morfológico basado en los caracteres microscópicos de células y componentes extracelulares, desprendidos de los órganos espontáneamente u obtenidos por procedimientos que, en general, son menos invasivos que la biopsia.

**Coilocitos:** células epiteliales escamosas halladas en lesiones precancerosas cervicales. Esta célula presenta cambios típicos tanto en su núcleo como en su citoplasma, pierde los bordes angulados usuales de la célula escamosa superficial y su forma tiende a ser redondeada y ovoide.

**Especificidad:** Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo sano, es decir, la probabilidad de que para un sujeto sano se obtenga un resultado negativo. En otras palabras, se puede definir la especificidad como la capacidad para detectar a los sanos. Se le define por la siguiente fórmula:

$$Especificidad = \frac{VN}{VN + FP}$$

Donde **VN**, serían los verdaderos negativos; y **FP**, los falsos positivos. Por eso a la especificidad también se le denomina *fracción de verdaderos negativos (FVN)*.

**Etapificación:** también conocida como estadificación, corresponde a la determinación de la clasificación de las etapas clínicas de la evolución de un carcinoma.

**GLOBOCAN:** Publicación elaborada por el Grupo de Epidemiología Descriptiva de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que presenta los datos de incidencia, prevalencia y mortalidad de 27 tipos de cáncer para todos los países del mundo.

**HSIL:** Lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado. Células del cuello uterino que son moderada o gravemente anormales, y podrían volverse cancerosas.

**Inmunogenicidad:** propiedad que permite a una sustancia inducir una respuesta inmunitaria detectable.

**LSIL:** Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado. Se consideran anomalías leves causadas por infección de VPH y son un estado común, especialmente entre mujeres jóvenes. La mayoría de las LSIL regresan a su estado normal después de algunos meses o pocos años.

**Monoclonal:** anticuerpo específico frente a un único antígeno.

**Oncogenes:** genes anormales o activados que proceden de la mutación o activación de un gen normal llamado protooncogén.

**Oncoproteínas:** Proteínas codificadas por oncogenes (gen anormal o activado que procede de la mutación o activación de un gen normal llamado protooncogén), desprovistas de elementos reguladores importantes y su producción no depende de factores de crecimiento.

**Sensibilidad:** Es la probabilidad de clasificar correctamente a un individuo enfermo, es decir, la probabilidad de que para un sujeto enfermo se obtenga en la prueba un resultado positivo. La sensibilidad es, por lo tanto, la capacidad del test para detectar la enfermedad.

## CAPÍTULO II



## **Introducción**

Uno de los problemas frecuentes del Cáncer, es que generalmente no da síntomas en forma temprana, es un enemigo silencioso, frecuentemente cuando nos da un aviso, es porque ya se ha dado tiempo para interferir en nuestro organismo. Probablemente no hay mejor ejemplo de esta condición que el del cáncer del cuello de la matriz conocido técnicamente como Carcinoma Cérvico Uterino o simplemente como CaCu., definido como *“una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, que se pueden suceder en etapas de displasia leve, moderada y severa. Evolucionan a cáncer in situ (circunscrito a la superficie epitelial) y/o a cáncer invasor, en que el compromiso traspasa la membrana basal”*<sup>1</sup>.

En Chile los tumores malignos representan la tercera causa de mortalidad en la mujer y precisamente una de ellas es el CaCu, el cual ocupa el cuarto lugar por muertes oncológicas en este mismo grupo.

El principal responsable, jugando un rol gravitante en la etiopatogenia del CaCu y que ha podido ser investigado en forma detallada gracias a avances en biología celular, molecular e inmunología, es el Virus Papiloma Humano (HPV), el cual constituye un grupo viral heterogéneo capaz de producir lesiones en piel y mucosas, dependiendo de su localización y que mantiene estrecha relación con la mortalidad femenina causada por el CaCu. Actualmente se conocen más de 70 tipos de virus papiloma humanos (HPV), mostrando cada tipo un tropismo particular por sitios anatómicos específicos, siendo comunes las infecciones de piel y de mucosas del tracto oral, respiratorio y anogenital.

Se estima que el Cáncer Cervicouterino causa alrededor de 500.000 muertes al año en el mundo. En países en desarrollo, su incidencia llega hasta 40

---

<sup>1</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005, Pág. 9.

por 100.000 mujeres<sup>2</sup>. En Chile se estima una incidencia de 30 por 100.000 mujeres; anualmente se diagnostican 1.500 casos y fallecen alrededor de 900, siendo la tasa de mortalidad de 9,6 por 100.000mujeres<sup>3</sup>, una cifra alarmante si consideramos que cada 12 horas muere una mujer en nuestro país por esta causa.

Lo mencionado anteriormente nos hace referencia de un importante problema de impacto en la Salud Pública, especialmente para regiones en desarrollo, para lo cual a través de los años se han implementado medidas a nivel, tanto de país como mundial, para así enfrentar y contrarrestar las posibles consecuencias mortales de esta afección. En 1987 se implementó en nuestro país el Programa Nacional Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, el cual tiene como objetivo la prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología en mujeres de 25 a 64 años<sup>4</sup>.

Con la adopción de medidas como la recién señalada, en los últimos años se ha ido atenuando la tasa de mortalidad alcanzada hasta mediados de la década del 80, principalmente en los países desarrollados gracias al aumento de disponibilidad de programas, como por ejemplo, de screening con frotis de Papanicolaou<sup>5</sup>.

La incidencia en Chile, se estima sobre la base de notificaciones de los casos producidos sólo en el Sistema Público de Salud. Estos registros permiten indicar que en el año 2003 se produjeron 1.100 casos nuevos, alcanzando una tasa de 18,7 por 100,000 mujeres mayores de 15 años<sup>6</sup>. A pesar de estar implementado el Programa la cobertura de PAP vigente en las beneficiarias para el grupo de 25 a 64 años, no supera el 66% en el año 2003, dejando en evidencia

---

<sup>2</sup> Dr. Felipe Serman: Documento: Cáncer Cérvicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2002; 67 (4): Pág. 318.

<sup>3</sup> Op. Cit. Pág. 318

<sup>4</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005, Pág. 11.

<sup>5</sup> Dr. Felipe Serman: Documento: Cáncer Cérvicouterino: Epidemiología, Historia Natural y Rol del Virus Papiloma Humano. Perspectivas en Prevención y Tratamiento. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 2002; 67 (4): Pág. 318.

<sup>6</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005, Pág. 14.

la importancia de fomentar estrategias para la adherencia para el examen del PAP en mujeres chilenas.

Por todo lo anterior, los profesionales de la salud, entre los cuales se encuentra la Matrona/Matrón, enfrentados cada vez más a un trabajo en equipos multidisciplinarios, con competencias en continuo desarrollo, requieren mantener su razón de ser, esto es, otorgar una atención de salud de calidad cuyos resultados, en las personas y la organización, generen beneficios por sobre los riesgos de una determinada intervención.

La interrogante que este trabajo intentará dilucidar es, ¿existe adherencia y compromiso por parte de las facultativas de la salud a las políticas que implementadas por el Estado?, en lo específico, las funcionarias del Sistema Público de Salud pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren, ¿aplican para sí mismas, considerándose también como parte de el universo destinatario de lo que establece el Programa Nacional de Cáncer Cérvicouterino, las medidas diseñadas por el mismo programa para la comunidad femenina en general?

## **Fundamentación**

El Cáncer Cervicouterino hoy en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos esperándose alrededor de 15 millones para el año 2020<sup>7</sup>. Correspondiendo a nivel internacional a la segunda causa de muerte oncológica en la mujer.

Dentro de los países de Latinoamérica, Chile ocupa el noveno lugar en la tasa de mortalidad por CaCu. La mortalidad por CaCu en nuestro país, ha tenido un descenso sostenido mostrando un 48.3% en el grupo de 25 a 64 años entre los años 1987 y 2003 y un descenso de 52.2% en el grupo de 35 a 64 años (edades de mayor riesgo) en el mismo periodo, lo cual se atribuye a la detección precoz, por medio de intervenciones sanitarias, entre las cuales se destaca el examen de Papanicolaou, que constituye un procedimiento práctico, de bajo costo y de alta efectividad en la detección de las células cancerosas.

En Chile el Cáncer Cervicouterino durante el año 2001 representó la cuarta causa de muerte oncológica en la mujer chilena, la primera causa en el grupo de 20 a 44 años y la tercera en las de 45 a 59 años<sup>8</sup>

Las estrategias utilizadas durante años para reducir la incidencia de Cáncer Cervicouterino, se han basado en dos herramientas altamente utilizadas, las cuales son en primer lugar la educación y segundo, la realización del examen Papanicolaou, el cual es una de las principales actividades que incluye el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.

En nuestro país el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino existe desde el año 1987, que tiene como objetivo la prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología en mujeres de 25 a 64 años.

---

<sup>7</sup> MINISTERIO DE SALUD. *Guía Clínica Cáncer Cervicouterino 2*. 1st Ed. Santiago: Minsal, 2005, Pág. 12

<sup>8</sup> Rev. Chil. Obst. Ginecol. 2008; 73(2): 98-103

El Cáncer Cervicouterino es el único cáncer que detectado a tiempo, es curable en un 100%<sup>9</sup>. Por ello la importancia que cada mujer beneficiaria se realice el examen de Papanicolaou, ya que actualmente es el único método citológico de pesquisa precoz.

Dentro de las mujeres beneficiarias de dicho programa se encuentran aquellas que cuentan con las bases en información para reconocer al examen Papanicolaou como una medida de autocuidado, entre ellas las funcionarias que desempeñan sus labores en los diversos centros de salud.

El propósito de la investigación a ser realizada por nuestro grupo tesista consiste en inquirir la adherencia de las funcionarias del Hospital Carlos Van Buren al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino. En otras palabras, lo que se pretende dar a conocer consiste en sondear si las funcionarias de este centro asistencial aplican o no para sí el Programa Nacional Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, toda vez que ellas, al igual que la comunidad en general a la que se practica el PAP, también se encuentran consideradas en el universo de aplicación de dicho programa como parte de la comunidad misma.

---

<sup>9</sup> Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, MINSAL

## **Delimitación del Problema**

“Adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino y factores adicionales en funcionarias entre 25 y 64 años del Hospital Carlos Van Buren durante el año 2009”.

## CAPÍTULO III



## **Marco teórico**

### **Cáncer Cervicouterino**

El CaCu (Cáncer Cervicouterino) es uno de los principales problemas de salud tanto en los países en desarrollo como en países desarrollados.

En los países industrializados existe una tendencia a la reducción de la incidencia, debido a importantes medidas de prevención, con reducción de morbilidad y de la mortalidad por esta enfermedad, mientras que en los países en desarrollo sigue siendo un serio problema implicado en la mortalidad femenina y en las consecuentes implicaciones sociales.

## **Epidemiología**

### **Incidencia**

El Cáncer hoy en el mundo, de acuerdo a informes emitidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud), presenta una tendencia creciente. Anualmente se producen alrededor de 10 millones de casos nuevos, esperándose alrededor de 15 millones para el año 2020.<sup>10</sup>

Internacionalmente, las tres primeras causas de muerte por cáncer en mujeres corresponden en orden descendente, a Cáncer de Mama, Cáncer de Pulmón y Cáncer Cervicouterino, con tasas estandarizadas por edad entre 12,51 y 7,99 por 100 mil mujeres. Sin embargo, en los países subdesarrollados el CaCu

---

<sup>10</sup> MINSAL. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N ° XX, 3ª edición 2006.

ocupa el segundo lugar entre las causas de muerte por cáncer en la mujer<sup>11</sup>, esto se debe a que el sistema de tamizaje y de tratamiento es deficiente.

Cada año, 230 mil mujeres mueren como consecuencia del CaCu en el mundo, a lo menos un 80 % son de países de América Latina, del Sudeste Asiático y de África.<sup>12</sup> Esto se debe a que los programas de pesquisa y tratamiento del CaCu son deficientes o el tratamiento es muy limitado, y casi siempre es mortal si no es detectado en fases precoces.

La incidencia de CaCu es mayor a medida que aumenta la edad de la mujer desde los 35 años, como máximo entre los 50 y 60 años. Las lesiones intraepiteliales aparecen antes, de manera que el carcinoma in situ alcanza su máxima incidencia entre los 25 y 35 años. Sin embargo, en los países en desarrollo donde los programas de tamizaje son insuficientes y con escasos recursos humanos y materiales, se han presentado casos de cáncer invasor con edades inferiores a 30 años.<sup>13</sup>

La tasa de supervivencia con tratamiento adecuado será mejor en tanto cuanto más tempranamente se haga el diagnóstico de la enfermedad. Los porcentajes de curación en el carcinoma in situ a los 5 años oscilan entre el 95% al 100%; en el Estadio I son de 80%, en el Estadio II del 60%, en el III del 30 al 40% y en el Estadio IV los porcentajes son muy bajos. El porcentaje de supervivencia global a los 5 años para todos los estadios es del 65%.<sup>14</sup>

Las estimaciones de mortalidad del CaCu obtenidas a través de la GLOBOCAN 2002 para la región de América Latina y el Caribe, muestran que las tasas estandarizadas de mortalidad más altas las presentan Haití con 48,1, seguido de Bolivia con 30,4 y Paraguay con 26,1 por 100 mil mujeres. Chile se

---

<sup>11</sup> MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N ° XX, 3ª edición 2006.

<sup>12</sup> Agenda Salud N° 25/2002, Isis Internacional

<sup>13</sup> Mabota da costa Flora, Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, Universidad autónoma de Barcelona, 2005.

<sup>14</sup> Mabota da costa Flora, Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, Universidad autónoma de Barcelona, 2005.

ubica en noveno lugar, con una tasa estimada para el 2002 de 10,9 por 100 mil mujeres.<sup>15</sup>

En Chile, el CaCu constituye un importante problema de salud pública ocupando el quinto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos, con 129 por 100 mil mujeres, produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes y en edad productiva.<sup>16</sup>

La incidencia en Chile, se estima sobre la base de notificaciones de los casos producidos sólo en el Sistema Público de Salud. Anualmente se presentan alrededor de 1500 casos nuevos de CaCu invasor, estimándose una tasa de 34 por 100 mil mujeres beneficiarias mayores de 15 años.<sup>17</sup>

En Chile cada día fallecen 26 mujeres a causa de algún tipo de cáncer y cada 12 horas muere una mujer por CaCu.<sup>18</sup>

## **Etiopatogenia del Cáncer Cervicouterino**

### **Génesis del Cáncer**

La Carcinogénesis es el proceso por el cual las células normales se transforman en cancerosas. Para que una célula normal cambie su fenotipo y se convierta en una célula neoplásica, se requieren varias mutaciones en varios genes y eso ocurre a través de mucho tiempo, a veces de años, de estar expuesto a un agente carcinógeno. El agente iniciador llamado carcinógeno, corresponde a cualquier agente químico, biológico o físico capaz de cambiar de forma permanente, directa e irreversible la estructura molecular del ADN (ácido

<sup>15</sup> MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N ° XX, 3ª edición 2006.

<sup>16</sup> MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino SERIE GUÍAS CLÍNICAS MINSAL N ° XX, 3ª edición 2006.

<sup>17</sup> Marta Prieto M. Matrona, encargada Nacional del Programa de Cáncer Cervicouterino Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE CANCER CERVICOUTERINO Octubre de 2006

<sup>18</sup> Marta Prieto M. Matrona, encargada Nacional del Programa de Cáncer Cervicouterino Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE CANCER CERVICOUTERINO Octubre de 2006

desoxirribonucleico) de una célula. Se concluye que los típicos compuestos iniciadores son agentes mutagénicos por naturaleza.<sup>19</sup>

El cáncer comienza en una célula, es decir, que es de origen monoclonal. Esa célula alterada, escapa a los controles de transcripción del código genético y se vuelve “anárquica”, iniciando una generación de más células anárquicas que, a su vez, pueden inducir a cambios similares en las células vecinas.

Se han identificado factores virales, ambientales o del estilo de vida y genéticos, como iniciadores de la carcinogénesis.<sup>20</sup>

### **Etapas de la carcinogénesis y la acción de los carcinógenos.**

Los carcinógenos pueden actuar en una o en las tres etapas de la carcinogénesis que son:

- 5 **La Iniciación:** Ocurre a nivel del genoma y las alteraciones pueden darse en los tumores benignos y malignos al igual que la segunda etapa, pero la tercera, o sea la de progresión, es exclusiva de la transformación maligna.

Los agentes que actúan en la primera etapa pueden ser: físicos, químicos o virales.<sup>21</sup>

- Los carcinógenos físicos están constituidos por las radiaciones. Las fuentes radiantes pueden surgir de la metodología diagnóstica o terapéutica como así también por exposición a los rayos solares en forma persistente.
- Los carcinógenos químicos actúan produciendo mutaciones irreversibles. Se atribuyen efectos genotóxicos a los compuestos policlorados contenidos en insecticidas y plaguicidas, así como también productos de la

<sup>19</sup> Dra. María t. Martín de Civetta, Carcinogénesis, cátedras de cirugía, 2005.

<sup>20</sup> Dra. María t. Martín de Civetta, Carcinogénesis, cátedras de cirugía, 2005.

<sup>21</sup> Dra. María t. Martín de Civetta, Carcinogénesis, cátedras de cirugía, 2005.

manufactura de materiales eléctricos y plásticos formando parte de los contaminantes ambientales, que llegan a los seres vivos a través del aire, del agua y de los alimentos.

- Los carcinógenos biológicos o virales actúan introduciendo sus propias oncoproteínas al genoma de la célula afectada con lo que la misma cambiará su código normal por el que le imponen los oncogenes virales, es decir, contribuyen infectando el ADN del huésped, produciendo cambios y mutación celular. Pueden actuar de modo lento o rápido y tienen especificidad tisular, es decir, son selectivos. Tal es el caso del HPV (Virus Papiloma Humano).

**2. La Promoción:** representa la etapa de crecimiento tisular con la formación del tumor. Participan los factores de crecimiento y sus receptores, así también la angiogénesis y degradación de las matrices extracelulares.<sup>22</sup>

**3. La Progresión:** implica la capacidad de invadir tejidos vecinos o a distancia, por parte de la célula tumoral maligna. Esa capacidad está codificada también en los genes de la misma con modificaciones estructurales y funcionales.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Dra. María t. Martín de Civetta, Carcinogénesis, cátedras de cirugía, 2005.

<sup>23</sup> Dra. María t. Martín de Civetta, Carcinogénesis, cátedras de cirugía, 2005.

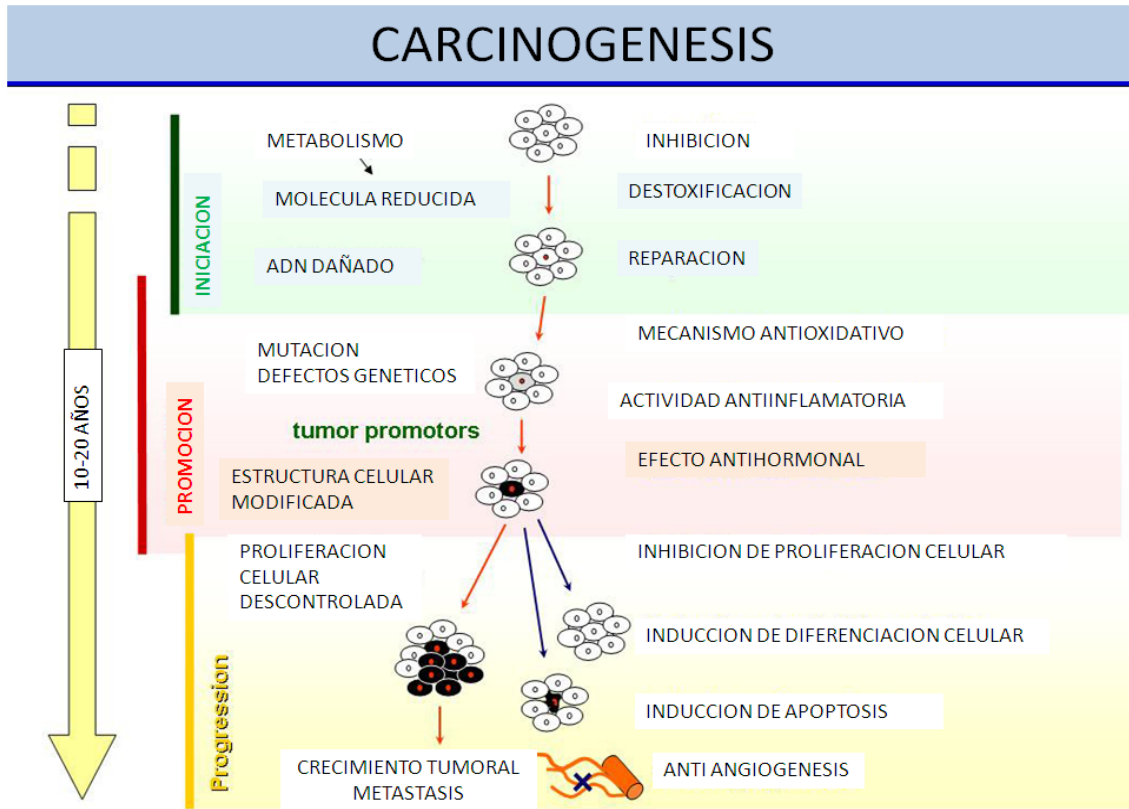


Imagen N°1: Etapas de la Carcinogénesis.<sup>24</sup>

Las células normales, se encuentran ancladas en un hábitat que le es propio. El contacto con las células vecinas controla su propia división celular y existen moléculas de adhesión que las mantienen próximas y permiten la transmisión de señales de una a otra; las células normales son incapaces de atravesar la membrana basal que las separa del tejido conjuntivo sub-basal de donde obtiene los materiales que la nutren; tampoco tienen capacidad de

<sup>24</sup>Página web: [http://www.dkfz.de/.../c010-2\\_projects/list\\_assays.html](http://www.dkfz.de/.../c010-2_projects/list_assays.html)

introducirse a los capilares sanguíneos o linfáticos, aunque los linfocitos, hacen excepción a esta particularidad.

## **Historia natural del Cáncer Cervicouterino**

En general, el CaCu se inicia en la zona de transición del epitelio escamoso y cilíndrico, que puede estar situado próximo al orificio cervical externo, pero en otras ocasiones, el carcinoma se inicia en el conducto endocervical, pudiendo pasar desapercibido en la exploración macroscópica con espéculo y en el Papanicolaou.<sup>25</sup>

Esta enfermedad se inicia con ciertas lesiones denominadas NIE (neoplasia intra-epitelial), que gradualmente se van acentuando hasta que se transforman en carcinoma invasor.<sup>26</sup>

De acuerdo a la secuencia de transformaciones en el cuello uterino, las NIE se clasifican en:

- NIE I
- NIE II
- NIE III o carcinoma in situ
- Carcinoma microinvasivo
- Carcinoma invasivo preclínico oculto
- Carcinoma invasivo

De acuerdo al grosor del epitelio cervical comprometido, las NIE se clasifican en tres grados:

---

<sup>25</sup> Mabota da costa Flora, Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, Universidad autónoma de Barcelona, 2005.

<sup>26</sup> Mabota da costa Flora, Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, Universidad autónoma de Barcelona, 2005.

- NIE grado I: Displasia leve, las alteraciones afectan al tercio inferior del grosor total del epitelio.
- NIE grado II: Displasia moderada, las alteraciones afectan uno y dos tercios del grosor total del epitelio.
- NIE grado III: Displasia grave o carcinoma in situ. Las alteraciones se extienden a todo el grosor del epitelio.<sup>27</sup>

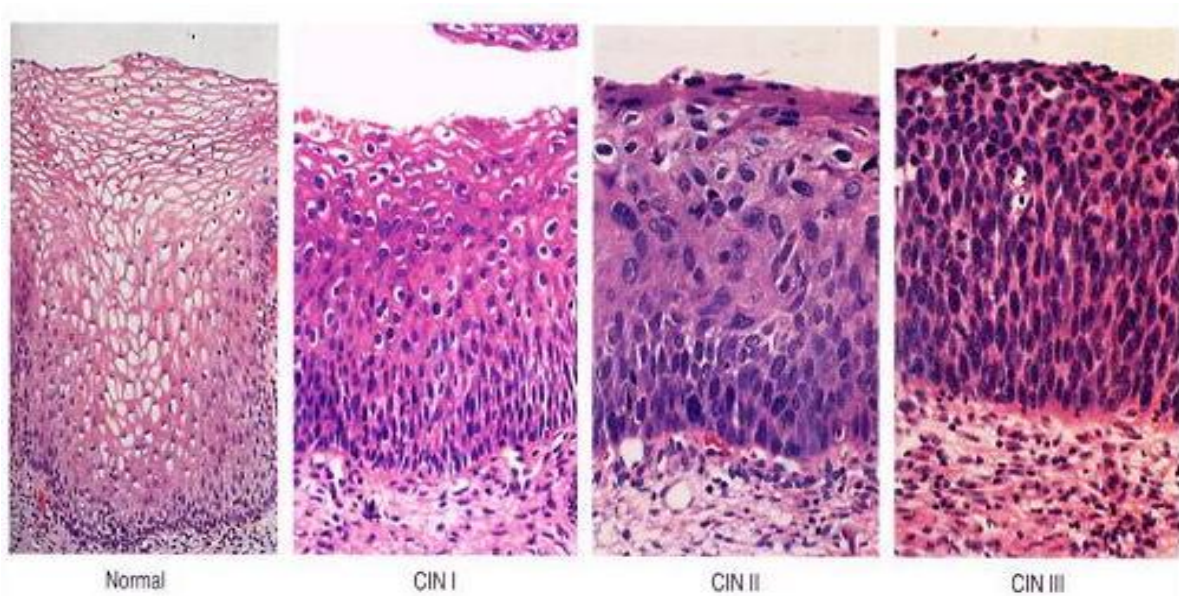


Imagen N°2: Epitelio cervical mostrando los distintos grados de Neoplasia.<sup>28</sup>

En la clasificación de Bethesda, se considera a la NIE I como de bajo grado y NIE II y NIE III de alto grado.

<sup>27</sup> Mabota da costa Flora, Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, Universidad autónoma de Barcelona, 2005

<sup>28</sup> Pagina web: <http://www.cancerquest.org/index.cfm?page=4086&lang=spanish>



Imagen N°3: Vista Cuello Uterino sin patología.<sup>29</sup>



<sup>29</sup> Pagina web: <http://www.hpv-cancer.com/2007/11/imagenes-del-cuello-uterino-cervix.html>

Imagen N°4: Vista Cuello Uterino presentando NIE I.<sup>30</sup>



Imagen N°5: Vista Cuello Uterino presentando NIE II.<sup>31</sup>



---

<sup>30</sup> Op. Cit

<sup>31</sup> Op. Cit

Imagen N°6: Vista Cuello Uterino presentando NIE III.<sup>32</sup>

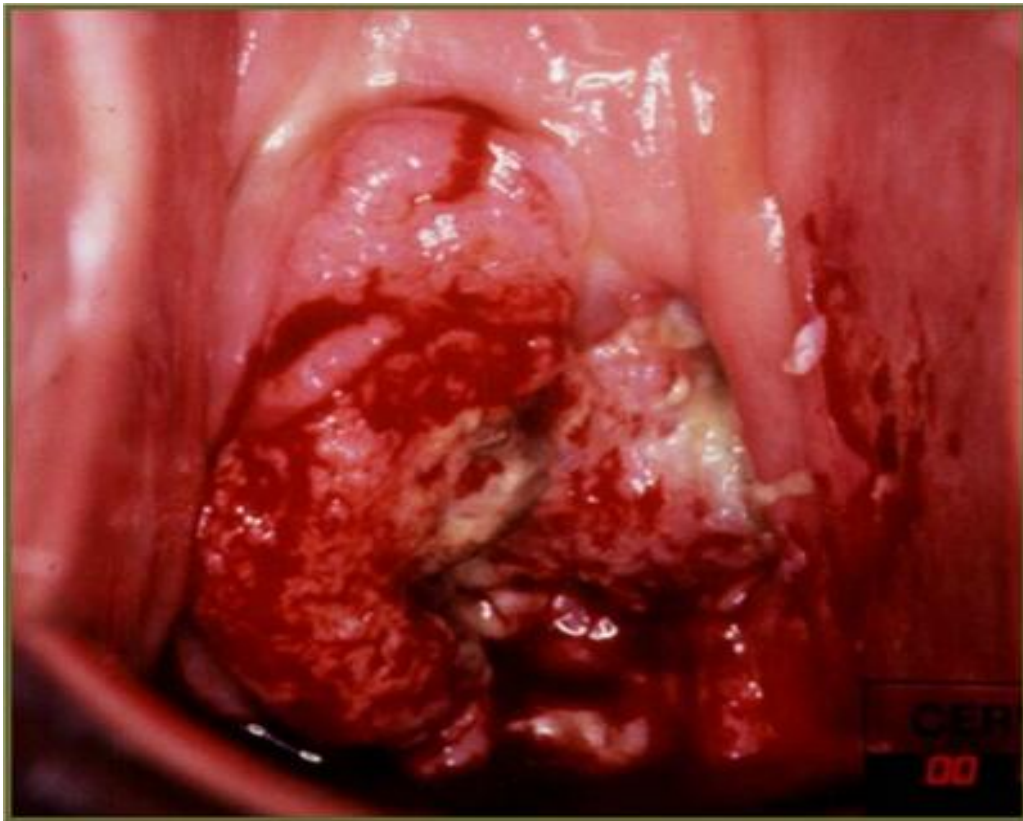


Imagen N°7: Vista Cuello Uterino presentando Cáncer Cervicouterino.<sup>33</sup>

Se piensa que la evolución de una displasia incipiente a carcinoma in situ transcurre en tiempo promedio de siete años. La evolución a carcinoma invasivo puede ser alrededor de 10 a 15 años.

Distintos estudios prospectivos, como los de Ostor AG, 1993; Baldauf JJ y Cols, 1998; Serman F, 2002, consideran que la NIE I regresa a la normalidad en cerca del 60 a 70 % de los casos; mientras que en la NIE III se encontró una tasa de progresión hacia la invasión de aproximadamente 70% y una tasa de regresión de 32%. La NIE II muestra tasas de progresión a carcinoma in situ de un 25%. En

---

<sup>32</sup> Op. Cit

<sup>33</sup> Op. Cit.

general, cuando mayor es el grado de una lesión, es mucho más probable su progresión.<sup>34</sup>

La progresión de un tipo a otro no ocurre de forma rápida ni en la misma proporción, sin embargo, en ciertas ocasiones, el paso de un estado a otro puede ser mucho más rápido, de forma que en la práctica puede considerarse que desde NIE I se pasa de manera directa a carcinoma invasivo sin pasar por las fases NIE II y NIE III.

También se acepta actualmente que el CaCu puede originarse a partir del epitelio escamoso normal, por proliferación de las células de la capa basal. Se supone que esto ocurre en un 10% de los carcinomas cervicales. Esta forma de transformación ha sido denominada “Spray Carcinomas de Schiller” y “Carcinoma Monofásico”; que aparece en edades más avanzadas y progresa rápidamente.

### **Etiología del Cáncer Cervicouterino**

La etiología y la patogenia del CaCu, al igual como sucede con otros cánceres, son algo complejas. De una manera general, varios estudios y observaciones realizadas en humanos y animales indican que la etiología del cáncer es multifactorial y que la neoplasia es resultado de varias etapas consecutivas.

La primera etapa del carcinogénesis corresponde a la fase de inducción que se caracteriza por la iniciación que puede ser debida a diferentes agentes causales como radiaciones, sustancias químicas, virus, etc. Que producen alteraciones permanentes y generalmente irreversibles, en cierto número de células del organismo; la segunda etapa corresponde a la promoción, un

---

<sup>34</sup> Mabota da costa Flora, Comparación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, Universidad autónoma de Barcelona, 2005

fenómeno irreversible que ocurre consecuentemente a la iniciación del proceso neoplásico complementado por la exposición crónica a diferentes factores promotores y posiblemente se presenta como consecuencia de la alteración de la expresión genética; después sigue la fase de progresión de la enfermedad, con crecimiento y multiplicación descontrolada de la masa celular y eventualmente infiltración de las estructuras donde asienta el tumor y diseminación metastásica del mismo.

Además de los factores externos como, por ejemplo, los productos químicos, radiaciones y virus, pueden estar implicados factores internos como: las hormonas, condiciones inmunes y mutaciones genéticas. Estos factores pueden actuar simultáneamente o en secuencia para iniciar o promover la carcinogénesis.<sup>35</sup>

Las investigaciones han demostrado que la mayoría de los casos de CaCu tienen relación con la infección por HPV, cuya transmisión es preferentemente por vía sexual. Es significativo que dicha infección ocurra generalmente entre los 16 y 20 años, es decir, cuando las mujeres están en su adolescencia y en muchos casos en sus primeras relaciones sexuales, aunque el desarrollo del cáncer propiamente tal se comprueba varios años después.<sup>36</sup>

El rol del HPV como agente causal del CaCu ha sido firmemente establecido, encontrándose ADN de este virus en 99,7% de muestras tumorales de mujeres de distintas zonas del mundo<sup>37</sup>, razón por la cual todos los esfuerzos para combatir este tipo de cáncer se han enfocado a la investigación de la patogenia, mecanismo de acción y estadía de este virus en el organismo humano, con el objetivo de desarrollar nuevas tecnologías que permitan prevenir el ingreso del virus a la célula huésped o la eliminación total de éste.

---

<sup>35</sup> Agostinho Magota da Costa Flora, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, tesis Doctoral Corporación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, 2005.

<sup>36</sup> 3-4/2007 revista Mujer/Salud/ Red de Salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC

<sup>37</sup> BOLETÍN ESCUELA DE MEDICINA U.C., PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE VOL. 32 Nº1 2007

Como se mencionó en el párrafo anterior, la asociación de la infección por HPV con neoplasia cervical es muy fuerte. La mayoría de las mujeres con neoplasia intraepitelial cervical y con CaCu están infectadas por el HPV. Sin embargo muchas mujeres con infección por HPV no desarrollan neoplasia cervical.<sup>38</sup>

Los HPV son virus pertenecientes a la familia Papovaviridae y se caracterizan por ser partículas icosaédricas de aproximadamente 50 nanómetros de diámetro. Poseen ADN como material genético, el cual tiene una estructura de doble hélice circular, con alrededor de 8.000 pares de bases (8kb) lo que indica la existencia de cerca de 10 genes.<sup>39</sup>

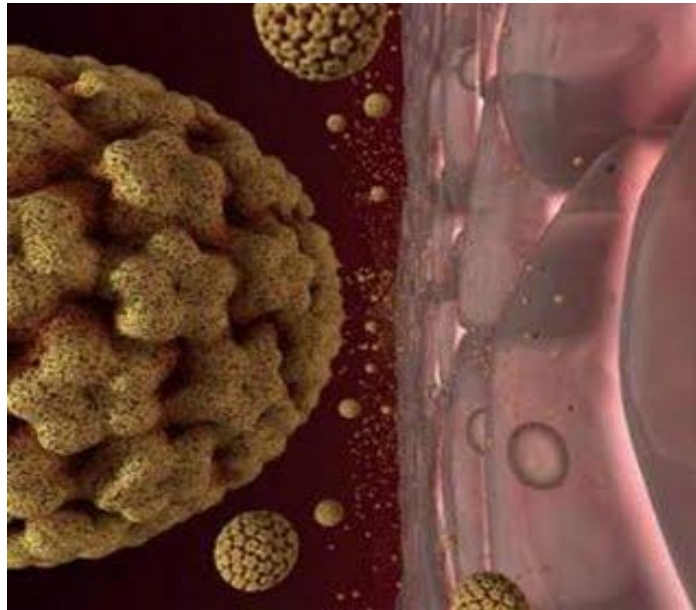


Imagen N°8: Virus Papiloma Humano ingresando a una célula.<sup>40</sup>

Todos los HPV presentan un molde común de organización genética en el que diferentes tipos han mostrado áreas equivalentes de potencial de codificación de proteínas conocidas como marcos de lectura abierta (genes). La secuencia real

<sup>38</sup> Tratado de ginecología tercera edición Harcourt Brace, 1999.

<sup>39</sup> Adaptado de Ojeda J.M. y col Medwave. Año 2, No. 8, Edición Septiembre

<sup>40</sup> Pagina web:

[http://www.cansa.org.za/cgi-bin/giga.cgi?cmd=cause\\_dir\\_news\\_item&cause\\_id=1056&news\\_id=51777&cat\\_id=846](http://www.cansa.org.za/cgi-bin/giga.cgi?cmd=cause_dir_news_item&cause_id=1056&news_id=51777&cat_id=846)

de nucleótidos en estos genes virales es muy diferente. Así los HPV se nombran de acuerdo a las especies y se agrupan en tipos de acuerdo con la secuencia de los nucleótidos. En la misma especie, cada nuevo virus que muestra menos del 50% de su secuencia de los nucleótidos iguales a otro HPV conocido, se designa como un tipo nuevo y se numera en orden de descubrimiento. Los HPV humanos son el grupo más grande y asumiendo que el proceso de un nuevo virus es continuo, actualmente se han logrado diferenciar alrededor de 130 tipos, dentro de los cuales se reconocen de 15 a 20 tipos considerados de alto riesgo.<sup>41</sup>

Los HPV se clasifican por técnicas de hibridación de ADN, que permite diferenciar el ADN mayoritario de los virus. Cada tipo se designa por un número, dependiendo del orden en que se ha descubierto el tipo vírico.<sup>42</sup>

Los estudios realizados con el ADN viral, han permitido conocer la secuencia completa de nucleótidos de algunos de estos virus. El genoma de éstos se divide en genes tempranos (E1 a E7) y genes tardíos (L). El gen E2 controla la replicación y expresión genética viral, E6 y E7 codifican las oncoproteínas virales, indispensables para transformación celular y la conservación de dicho estado; los genes tardíos (L1 y L2) son responsables de la naturaleza de las proteínas de la cubierta viral y permiten el ensamblaje de nuevas partículas virales que repetirán el ciclo.

La integración del ADN viral al genoma celular es de extraordinaria importancia para el desarrollo de células tumorales. Suele haber integración en la región E1/E2 del genoma. La división del gen E2 produce su inactivación. La pérdida de la función de E2 permite el refuerzo de los productos E6 y E7, que lleva a la inactivación de las proteínas celulares p53 y pRB y algunos sucesos posteriores. Sin embargo, la integración del ADN viral no siempre es condición previa para la aparición de cáncer cervicouterino. Debido a falla de los

---

<sup>41</sup> Agostinho Babota da Costa Flora, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, tesis Doctoral Corporación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, 2005.

<sup>42</sup> tratado de ginecología tercera edición Harcourt Brace, 199).

mecanismos de control celular producida por la actividad de E6 y E7 no se impide el crecimiento celular ni se repara el daño del ADN.<sup>43</sup>

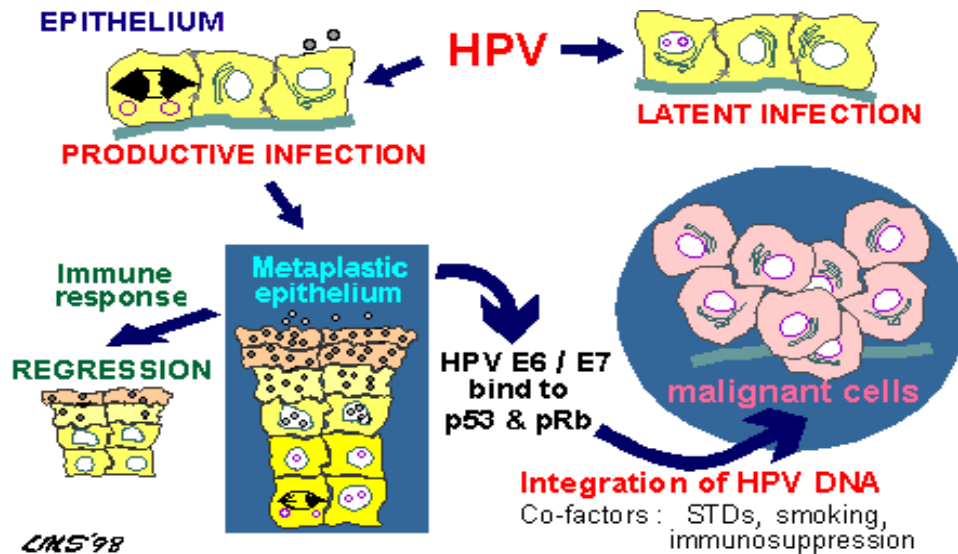


Imagen N°9: Estadios de la infección por HPV<sup>44</sup>

La infección genital por HPV se adquiere por contacto sexual, siendo la más frecuente de las infecciones transmitidas por esta ruta. Se estima que aproximadamente la mitad de la población adquiere una infección por HPV en el curso de su vida. Globalmente, la prevalencia promedio ajustada de la infección en mujeres es de un 10,4%, pero existen variaciones sustantivas por regiones. La prevalencia es mayor en los primeros años de actividad sexual, fluctuando entre 20-40% entre los 15 y 25 años, luego baja progresivamente hasta cerca de un 5%

<sup>43</sup> REV SOGIA 2004; 11(2):58-63, C. Conejero R.1, B. Urgilés C.1, K. Wensioe K.1, J.M. Ojeda2, Prevención de infecciones por HPV.

<sup>44</sup> Dr Omar Nazzal N. Cancer Cervicouterino, Situación actual del virus papiloma humano, UNIDAD DE ONCOLOGIA GINECOLOGICA, DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN, FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE, Santiago 26 de octubre de 2006

en mujeres de edad media para nuevamente mostrar un leve ascenso después de los 60-65 años (curva bimodal).<sup>45</sup>

Ocho tipos de HPV son responsables del 90% de los cánceres cervicales: 16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58. Los tipos de HPV 16 y 18 son los más comunes, dando cuenta del 70% de los cánceres de células escamosas y 89% de los adenocarcinomas y carcinomas adenoescamosos. Resultados combinados de distintas zonas geográficas del mundo muestran que el tipo HPV 16 produce entre 53,5 y 54,6% y el HPV 18 entre 15,8 y 17,2% de los CaCu.<sup>46</sup> En cambio, el panorama para Chile es diferente, el genotipo más frecuente sería el HPV-16 con el 20% de los casos, seguido por HPV-56 con el 12% de los casos, seguido en descenso por los genotipos HPV-33, HPV-58, HPV-45, HPV-59, encontrándose HPV-18 en tan sólo un 4% de los casos.<sup>47</sup>

Cuando ocurre infección del epitelio metaplásico de la zona de transformación cervical por un HPV carcinogénico, la infección puede ser eliminada rápidamente por el sistema inmune innato u otros mecanismos de defensa; de hecho, la mayoría de las infecciones son eliminadas. Sin embargo, un pequeño porcentaje de ellas persisten en el tiempo, pudiendo en el lapso de 1 a 10 años producir neoplasias intraepiteliales, algunas de las cuales también pueden regresar y otras progresar hasta NIE III y finalmente invadir, dando como resultado un CaCu.<sup>48</sup>

---

<sup>45</sup> Boletín Escuela de Medicina U.C Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N°1 2007, Infección por Virus Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino: ¿en las puertas de la prevención?, Dra. Katia Abarca V.

<sup>46</sup> Boletín Escuela de Medicina U.C Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N°1 2007

<sup>47</sup> REV SOGIA 2004; 11(2):58-63, C. Conejero R.1, B. Urglés C.1, K. Wensioe K.1, J.M. Ojeda2, Prevención de infecciones por HPV

<sup>48</sup> Boletín Escuela de Medicina U.C Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N°1 2007

## INFECCIONES POR HPV

### NIVEL CELULAR

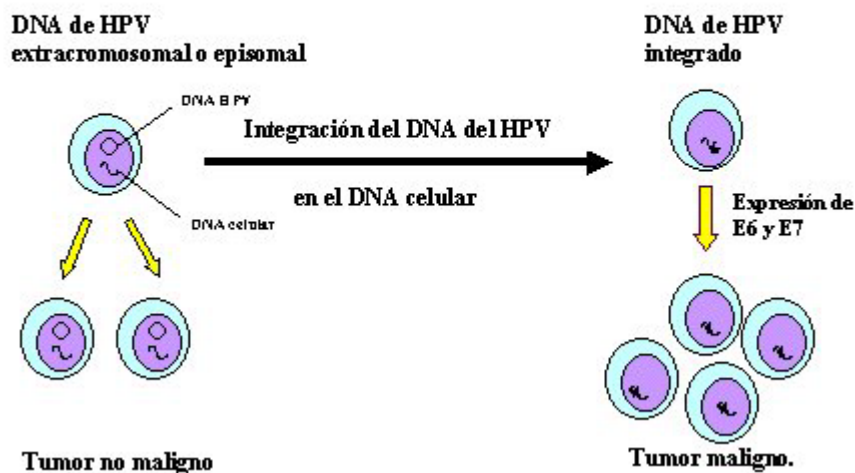


Imagen N°10: Integración del ADN viral a la célula normal.<sup>49</sup>

En Chile, la prevalencia global del HPV en muestras cervicales fue de 14% en cerca de 1.000 mujeres estudiadas de 15 a 69 años, observándose una curva bimodal para la infección por HPV de bajo riesgo y una curva en J reversa para HPV de alto riesgo, con una prevalencia cercana a 20% en menores de 20 años. El único estudio chileno publicado de HPV en muestras de CaCu, encontró los tipos 16 y/o 18 en 47,3% de 19 muestras analizadas. Están en curso estudios de mayor número de muestras para confirmar la prevalencia de HPV de alto riesgo en pacientes con CaCu, de manera de poder estimar mejor la posible efectividad de la vacuna en el país.<sup>50</sup>

El HPV no produce infecciones sistemáticas, se transmite sexualmente, colonizando la piel y algunas mucosas. El periodo de incubación de la enfermedad por el HPV suele ser de 3 a 4 meses, con una amplitud que va desde un mes a

<sup>49</sup> Adaptado de Ojeda J.M. y col Medwave. Año 2, No. 8, Edición Septiembre 2002.

<sup>50</sup> Boletín Escuela de Medicina U.C Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N°1 2007.

dos años. Todos los tipos de epitelios escamosos puede infectarse por el HPV, y el aspecto macroscópico e histológico de las lesiones varía según la localización y el tipo de virus.<sup>51</sup>

Los HPV genitales infectan específicamente a las células de la mucosa del tracto anogenital e inician el proceso infeccioso en las células basales, que constituyen la población germinal del epitelio. La multiplicación viral en las células de la mucosa depende fundamentalmente de la expresión genética y diferenciación de la célula huésped, donde se manifiestan efectos citopatológicos de los cuales el más característico lo constituye el desarrollo de “Coilocitos” o células con halo perinuclear blanquecino.

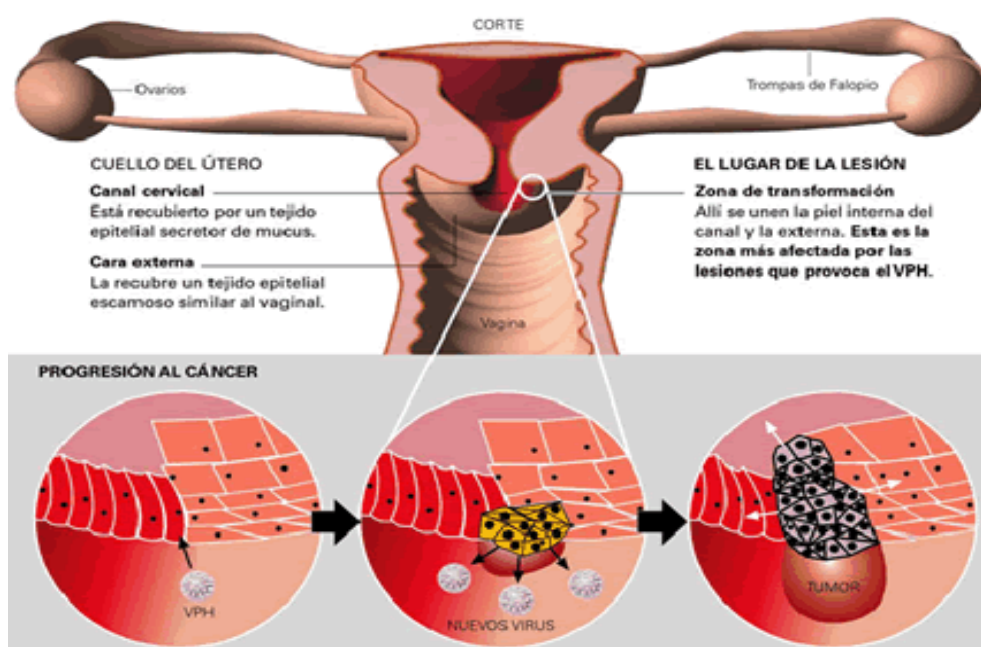


Imagen N°11: infección por HPV y su rol en la carcinogénesis.<sup>52</sup>

<sup>51</sup> Harrison, Tratado de Medicina Interna 1999

<sup>52</sup> Pagina web: <http://articulosdemedicina.com/cancer-de-utero/>

Después de iniciar la infección en las células basales, el ADN viral se establece a través de los diferentes estratos celulares del epitelio. Los genes virales se expresan en forma secuencial, siendo los primeros en expresarse los genes E y luego los L. Las partículas virales completas sólo se detectan en los estratos superiores o de diferenciación terminal del epitelio.

El ADN viral puede encontrarse en las células infectadas en forma episomal (libre en el núcleo celular) o integrado al ADN o genoma celular. Estas formas de estado del ADN viral determinan el tipo y grado de la lesión. Las células transformadas por HPV poseen genomas virales integrados en el ADN celular.

La transformación celular producida por la infección de ciertos tipos de HPV, como son los genotipos 16, 18, 31, 33 y 35, se produce por la integración del genoma viral al genoma celular lo que provoca una expresión permanente de los genes de transformación E6 y E7. La integración ocurre por unión del genoma viral al celular a nivel de la región del gen E2, el cual queda interrumpido sin poder regular a los demás genes virales, por lo que no se producen las demás proteínas esenciales para la producción de las partículas virales. La primera fase de la transformación celular se logra porque la proteína E6 viral se une a la proteína celular p53 y la proteína E7 viral a la p105RB celular. Ambos complejos proteicos permiten la pérdida de los controles que ejercen las proteínas celulares p53 y p105RB de freno a la proliferación celular en el epitelio.<sup>53</sup>

El conocimiento de la respuesta del huésped a la infección por el HPV es incompleto, y no se han determinado las correlaciones inmunitarias de la protección contra la infección y la evolución de la enfermedad. Los estudios histológicos que demuestran la existencia de un infiltrado linfomonocitario epidérmico en las verrugas en resolución sugieren que la inmunidad local puede ser específicamente importante para resolver el proceso. La infección por HPV puede desencadenar también una respuesta humoral, y se han encontrado anticuerpos contra la cúspide viral en pacientes con verrugas anogenitales,

---

<sup>53</sup> REV SOGIA 2004; 11(2):58-63, C. Conejero R.1, B. Urgilés C.1, K. Wensioe K.1, J.M. Ojeda2, Prevención de infecciones por HPV



tabaquismo, anticoncepción hormonal, paridad, la inmunosupresión, algunas ITS (infecciones de transmisión sexual) como Chlamydia Trachomatis, el virus Herpes Simples y las Trichomonas Vaginalis también pueden estar relacionadas con el aumento del riesgo de desarrollar CaCu.

A continuación se describen algunos factores de riesgo que predisponen el desarrollo del CaCu:

### **1.- Edad de inicio de actividad sexual**

Desde hace tiempo se sabe que el CaCu, así como las lesiones precancerosas que lo preceden, está asociado a las relaciones sexuales, es excepcional su aparición en mujeres que no han iniciado actividad sexual y máxima en aquellas mujeres que se dedican al comercio sexual. Hoy se reconocen como factores de riesgo el inicio precoz de las relaciones sexuales. Se cree que la asociación con el número de hijos está ligada a un inicio precoz de la actividad sexual.<sup>56</sup>

El inicio precoz de la actividad sexual ha sido identificado como un factor central en la adquisición de HPV, especialmente si se realiza cercana a la enarquéa, ya que en este periodo la unión escamocolumnar presenta una metaplasia inmadura y se encuentra mas exteriorizada hacia la vagina, lo que deja expuestas a las células bipotenciales de esta área siendo mas susceptibles a una infección por HPV y sus alteraciones.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> Agostinho Mabota da Costa Flora, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, tesis Doctoral Corporación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, 2005.

<sup>57</sup> Seminario Tesis "Factores de Riesgo para Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino en Estudiantes Universitarias", Universidad de Valparaíso, año 2008

## **2.- Número de parejas sexuales**

El mayor número de parejas sexuales se relaciona con una mayor exposición al virus. Se ha demostrado la presencia de HPV cervical o vulvar en 17% a 21% de las mujeres con una pareja sexual y 69% a 83% de aquellas con 5 o más parejas sexuales.<sup>58</sup>

Juega un rol importante la actividad sexual del varón, pues las mujeres cuyas parejas sexuales tienen múltiples compañeras tienen un mayor riesgo de desarrollar CaCu. La conexión con el varón está reforzada por los estudios que encuentran relación entre la incidencia de cáncer de pene y CaCu, y un riesgo doble de CaCu en mujeres casadas en segundas nupcias con varones cuyas primera esposa había fallecido por esta enfermedad.

## **3.- Infecciones de transmisión Sexual**

Diversos estudios han demostrado una mayor frecuencia de ITS como factor de riesgo, aunque se piensa que la asociación se debe a la exposición a factores comunes, presencia del HPV. Sin embargo, hay otras ITS, particularmente aquellas asociadas con cervicitis aguda como Chlamydia Trachomatis, Neisseria gonorrea, y aún Gardnerella vaginalis o Trichomonas vaginalis, que pueden aumentar la susceptibilidad para la infección por HPV. La asociación frecuente de patógenos normales comunes, como Cándida albicans y Trichomonas vaginalis pueden simplemente reflejar la supresión inmunológica en el epitelio genital que parece ser inducida por el HPV.<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> Seminario Tesis "Factores de Riesgo para Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino en Estudiantes Universitarias", Universidad de Valparaíso, año 2008

<sup>59</sup> Agostinho Mabota da Costa Flora, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, tesis Doctoral Corporación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, 2005

#### **4.- Anticoncepción hormonal**

La relación entre la utilización prolongada de anticonceptivos orales y CaCu, es controvertida. De hecho, algunos estudios demostraron un aumento del riesgo, otros refieren que solamente tuvieron un importante efecto de protección, mientras que otros no encuentran ningún efecto sobre las mujeres de ese estudio. Las usuarias de anticonceptivos orales tienen un mayor riesgo de carcinoma in situ que las personas que nunca los tomaron.

#### **5.- Multiparidad**

Existen varios estudios que han demostrado la paridad como factor de riesgo de CaCu. Estos han indicado que el riesgo aumenta con el número de parto por vía vaginal. Por ejemplo, Frias M y Col, (1999), en un estudio de casos y controles, encontró un riesgo relativo de 6,5 para las mujeres con embarazos en relación con las nuligestas y de 2,4 para las que tenían historia o no de partos. A pesar de no existir ninguna explicación definitiva para este fenómeno, se cree que la inmunosupresión del embarazo, los traumatismos obstétricos repetidos principalmente en el labio anterior del cérvix aumentan la susceptibilidad a la infección por HPV.

En el embarazo frecuentemente se ve un crecimiento rápido en el número y tamaño de los condilomas, lo que sugiere que el estrógeno materno permite la replicación viral. Se han detectado grandes cantidades de ADN viral en las muestras citológicas de las mujeres embarazadas en comparación con las no embarazadas.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> Agostinho Mabota da Costa Flora, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, tesis Doctoral Corporación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, 2005

## **6.- Tabaquismo**

Varios autores han expuesto el tabaquismo como un importante factor de riesgo para el desarrollo de neoplasia cervical. Productos del cigarrillo, como la cotinina, nicotina y otros mutágenos vehiculados por el humo, pueden ser encontrados en altas cantidades en el moco cervical de las fumadoras y que estos pueden dañar el ADN del tejido e inhibir la presencia de antígenos por parte de las células de Langerhans, evitando posiblemente el reconocimiento del HPV por el sistema inmune local.

Algunos estudios de casos- controles revelan claramente la asociación directa entre el fumar cigarrillos con la progresión de infección genital inducida por el HPV y otros sugieren una relación entre el riesgo de CaCu y la duración e intensidad del hábito.

## **7.- Inmunosupresión**

La supresión de la respuesta inmunológica es considerada como un factor de riesgo crucial para adquirir la infección por HPV genital, así como para explicar las recurrencias o persistencia del virus hasta el CaCu.

En mujeres con inmunosupresión, tanto congénita como adquirida, se ha demostrado una mayor incidencia de CaCu, y lesiones precursoras. Igualmente, se ha comprobado que hay alteraciones de la inmunidad general y local en mujeres con lesiones intraepiteliales. Se desconoce la naturaleza exacta de esta asociación, y si es causa o consecuencia de propio proceso neoplásico, si puede participar en la evolución de la lesión intraepitelial, o en el control del proceso invasor.

La supresión inmunológica sistémica en mujeres con patologías como Hodgkins, leucemia y enfermedades vasculares del colágeno, pueden estar asociadas con la infección recurrente y persistente de HPV. La inmunosupresión médica como en el caso de los pacientes con transplantes es un importante factor de riesgo.

Varios estudios asocian la inmunosupresión de las pacientes VIH seropositivas con la adquisición de infección por HPV y posterior progresión para CaCu.<sup>61</sup>

## **8.- Dieta**

Dietas pobres y bajas en frutas y verduras se asocian con un incremento en el riesgo de CaCu, existiendo evidencia de que una dieta en la que haya una alta ingesta de alimentos con  $\beta$ -carotenos y vitamina C y en menor medida de vit A, puede reducir el riesgo de este tipo de cáncer.<sup>62</sup>

### **Citología Cérvico-vaginal: Papanicolaou**

La citología Cérvico vaginal es una técnica de exploración de las células exfoliadas del cuello uterino. La principal utilidad de la citología exfoliativa ginecológica es la detección precoz de lesiones precursoras del CaCu.<sup>63</sup> Además incluye otros objetivos como el diagnóstico de diversas infecciones vaginales, valoración hormonal (cada vez menos utilizado), entre otros.

---

<sup>61</sup> Agostinho Mabota da Costa Flora, Universidad Autónoma de Barcelona, Facultad de Medicina, tesis Doctoral Corporación de las variables epidemiológicas y biológicas de pacientes con cáncer de cérvix procedentes de las ciudades de Maputo y Barcelona, 2005

<sup>62</sup> Programa de prevención de Cáncer de Cérvix en la atención Primaria SESCOAM 2004

<sup>63</sup> Dra. Martha Díaz V, "Manual de prácticas de laboratorio, técnicas citológicas", Pág. 9

El estudio de la citología Cérvico vaginal es conocido prácticamente en todo el mundo con el nombre de examen de PAP (Papanicolaou) en honor a su descubridor, Dr. George Nicholas Papanicolaou, quien describió las características morfológicas de las células exfoliadas y desarrolló una técnica de fijación y tinción de los extendidos que se mantiene hasta hoy.<sup>64</sup> Fue en 1941 cuando propuso por primera vez la evaluación citológica de células obtenidas del cérvix y vagina como método para detectar CaCu y sus precursores.<sup>65</sup>

El examen PAP consiste en la obtención de células de la superficie del cérvix y del orificio cervical mediante la utilización de la espátula de Ayre junto con una escobilla endocervical (Citobrush), las muestras obtenidas son depositadas en un portaobjetos para su posterior análisis.

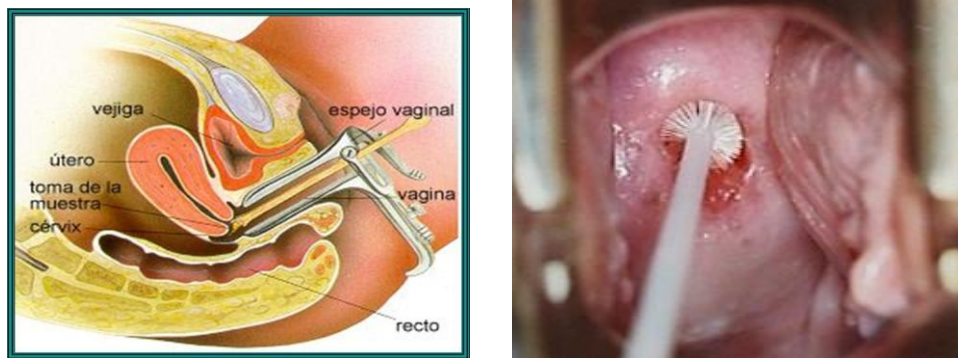


Imagen N°13: Técnica de toma examen Papanicolaou<sup>66</sup>

El examen PAP sigue siendo el examen de detección básica de los programas de control de CaCu a la fecha, debido a su bajo costo, alta sensibilidad, además de ser transportable, inalterable, sencillo y rápido; aunque como otros exámenes de detección, no es un examen perfecto.<sup>67</sup> La citología es extremadamente específica para detectar CaCu y NIE de alto grado, pero es mucho menos específica para diagnosticar NIE de bajo grado.

<sup>64</sup> Op. Cit. Pág. 9

<sup>65</sup> Op. Cit. Pág. 10

<sup>66</sup> Pagina web: <http://www.ginecweb.com/0citologia.html>

<sup>67</sup> Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la OMS, "Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología", Pág. 11

En contraste a su alta especificidad para detectar alto grado de NIE y cáncer invasor, el PAP no es muy sensitivo, pues los resultados falsos negativos ocurren entre el 8 y 50%.<sup>68</sup>

Dentro de las fallas de la toma de muestra de PAP, puede encontrarse básicamente dos factores, uno se refiere a los implementos inadecuados con los que se toma dicha muestra y, el otro, más importante, es la habilidad de la persona que va a tomar el examen, ya que si no se toma una adecuada cantidad de muestra del sitio correcto, o si no se aplica el fijador en la cantidad o forma adecuada la prueba nos puede reportar falsos negativos.

En Chile, actualmente el PAP es una de las principales estrategias del Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, el cual está vigente desde 1987 y tiene como objetivo la toma del PAP cada 3 años en mujeres entre 25 y 64 años (con énfasis en las mayores de 35 años), junto con asegurar la oportunidad y confiabilidad del examen citológico y el tratamiento de los casos detectados.<sup>69</sup> Al igual que en otros países, el resultado del examen de PAP se clasifica según la nomenclatura de la Clasificación de Bethesda.

La Clasificación de Bethesda se originó en Maryland, en 1988, en un seminario taller organizado por el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos. Corresponde a una nomenclatura creada para incorporar los nuevos conceptos citológicos y unificar la terminología, por lo tanto, permite establecer un lenguaje uniforme y aclaratorio que facilita la comunicación entre el laboratorio de citodiagnóstico y el clínico, entregando la mayor información posible para ser utilizada en el manejo de la paciente, a través de un informe descriptivo en el que se incluyan todos los aspectos citológicos (a nivel hormonal, morfológico y microbiológico).

En abril de 1991, tuvo lugar en Bethesda un segundo grupo de trabajo, en cuyo transcurso se fijó claramente la clasificación y se manifestó una aceptación general de la terminología LSIL/ HSIL.

---

<sup>68</sup> Dra. Martha Díaz V, "Manual de prácticas de laboratorio, técnicas citológicas", Pág. 10

<sup>69</sup> MINSAL, Guía Clínica Cáncer Cervicouterino, Pág. 7

El tercer grupo de trabajo que tuvo lugar en 2001, ratificó las líneas del sistema de Bethesda, introduciendo la categoría de anormalidad de células epiteliales escamosas.

La clasificación Bethesda consta de dos etapas:

- 1.- Evaluación de la calidad de la muestra
- 2.- Diagnóstico descriptivo

### **1.- Evaluación de la calidad de la muestra**

Muestra satisfactoria para evaluación:

- Identificación adecuada de la muestra y la solicitud de examen
- Número adecuado de células escamosas bien preservadas y bien visualizadas (debe cubrir más del 10 % del portaobjeto).
- Número adecuado de células epiteliales glandulares y /o de la zona de transformación (en pacientes con cuello) por lo menos 2 agrupaciones de 5 células.

Muestra satisfactoria pero limitada por:

- Ausencia de información clínica de la paciente (edad, FUR).
- Recubrimiento parcial que ocluye entre 50% a 75% de la muestra debido a:

-Áreas con sangre

-Áreas con inflamación

-Áreas gruesas

- Mala fijación
- Desecación
- Contaminantes
- Ausencia de componente endocervical o de zona de transformación.

Satisfactoria, pero limitada por: Indica que la muestra proporciona información útil, sin embargo la interpretación puede estar comprometida por los factores antes mencionados.

Muestra insatisfactoria para evaluación:

- Falta identificación de la paciente en la muestra o en la solicitud.
- Técnicamente inaceptable, ya sea rota, imposible de reparar o material celular inadecuadamente preservado.
- Componente epitelial escaso (menos de un 10% de la superficie de la lámina).
- Más de un 75% de la lámina con sangre, exudado inflamatorio, áreas gruesas, pobre fijación, etc.

## **2.- Diagnóstico descriptivo**

Dentro de límites normales: Puede usarse como un diagnóstico sin otras explicaciones.

Cambios celulares benignos: Proporciona una categoría para cambios de tipo infeccioso o reactivo.

- Infección:
  - Tricomonas vaginalis
  - Cándida albicans
  - Flora de tipo cocobacilos
  - Actinomyces
  - Herpes simplex
- Cambios reactivos:
  - Cambios reactivos asociados con inflamación, y/ o reparación atípica.
  - Atrofia con inflamación “vaginitis atrófica”
  - Radiación
  - Diu

Células epiteliales anormales:

- Células escamosas:
  - Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ascus)
  - Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (HPV y NIE I)
  - Lesión intraepitelial escamosas de alto grado (NIE II y III)
  - Carcinoma de células escamosas
- Células glandulares:
  - Células glandulares de significado indeterminado
  - Adenocarcinoma endocervical
  - Adenocarcinoma endometrial

La cobertura de PAP vigente en mujeres beneficiarias entre 25 y 64 años, ha aumentado de 26% a 68% entre los años 1990 y 2004 respectivamente<sup>70</sup>, y la cobertura mínima esperada a nivel de país para el año 2008 es de 80%, según lo estipulado en las Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud para el año 2008.

En el tiempo se han realizado diversos estudios que tratan de dilucidar los motivos principales que tienen las mujeres para ver al PAP como un examen distante, o sea, para no someterse al procedimiento que lo constituye y/o para no informarse de los resultados arrojados luego del análisis de la muestra obtenida en dicho examen.

En una investigación aplicada mediante una entrevista, financiada por el FONIS (Fondo Nacional de la Investigación en Salud) realizada en el año 2006 por un grupo de matronas y enfermeras-matronas<sup>71</sup>, en la cual la muestra estaba constituida por un grupo de 237 mujeres con un intervalo de confianza del 95%, representativa de la población de mujeres con lesiones preinvasoras atendidas en el Programa AUGE (actual GES) del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, en Santiago de Chile, (SSMSO) durante los años 2004-2005<sup>72</sup>, reveló las razones de las mujeres para evitar el examen de PAP en el siguiente orden:

*Primera Causa: Falta de Preocupación*: Dentro de esta categoría principal es posible advertir, a su vez, diferentes motivos con que las mujeres justifican tal despreocupación, tales como:

1. Dejação: “... *por deiação nomás, las mujeres se dejan estar*”.<sup>73</sup>
2. Flojera: “...*es de flojas, siempre esperan las cosas fáciles*”.<sup>74</sup>

---

<sup>70</sup> MINSAL, “Guía Clínica Cáncer Cervicouterino”, Pág. 7

<sup>71</sup> Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Pág. 98.

<sup>72</sup> Op. Cit. Pág. 99

<sup>73</sup> Op. Cit. Pág. 99

<sup>74</sup> Op. Cit. Pág. 99

3. Postergación: “... nos preocupan más los hijos y la familia que nosotras mismas”.<sup>75</sup>

*Segunda Causa: Problemas asociados al procedimiento:* acápite que considera la aversión de las mujeres a la manera de cómo se realiza el procedimiento mismo. También es posible subdistinguir diversos argumentos:

1. Miedo: “...miedo al dolor, creen que le van a sacar un pedacito del útero para afuera”.<sup>76</sup> Por otro lado, temor que provoca el diagnóstico de cáncer.
2. Vergüenza e incomodidad: “...por vergüenza, sobre todo si la atiende un hombre”.<sup>77</sup>
3. Falta de Tiempo: “...da lata ir al poli, siempre está lleno y se pierde toda la mañana”.<sup>78</sup>

*Tercera Causa: Falta de Conocimiento:* ya sea relacionado con el examen mismo y su utilidad como también al momento en que debe conocer el resultado. “... no saben que es importante o lo que puede significar un PAP”.<sup>79</sup>

En los últimos años el Ministerio de Salud Pública de Chile propone reducir la tasa de mortalidad por CaCu en un 40%, para el período 2000-2010. Todos estos hitos marcan una tendencia a mejorar las tasas de CaCu en Chile y mejorar la adherencia al PAP.<sup>80</sup>

---

<sup>75</sup> Op. Cit. Pág. 99  
<sup>76</sup> Op. Cit. Pág. 100  
<sup>77</sup> Op. Cit. Pág. 100  
<sup>78</sup> Op. Cit. Pág. 100  
<sup>79</sup> Op. Cit. Pág. 100  
<sup>80</sup> Op. Cit. Pág. 102

## **Marco Legal**

El CaCu es un importante problema de salud pública, en especial en los países en vías de desarrollo. El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva, con una sobrevida a 5 años promedio de 91,5% de los casos de mujeres con cáncer localizado y sólo un 12,6% de aquellos con invasión a distancia<sup>81</sup>.

En Chile, desde el año 1966 el Ministerio de Salud desarrolló los primeros esfuerzos en prevención del CaCu, a través de un trabajo en conjunto con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con el apoyo de la OPS/OMS. Lo que permitió la implementación de laboratorios de citología y la capacitación de personal en los tres niveles de atención. En esos años, la toma del PAP se realizaba anualmente y focalizada en las mujeres consultantes del Programa Materno Perinatal en el Nivel Primario.<sup>82</sup>

En 1987, producto de la evaluación de los resultados de esa estrategia, se decidió reformularla y constituir el Programa Nacional de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del Cáncer del cuello del útero y sus lesiones preinvasoras<sup>83</sup>, basado en las recomendaciones de la OPS/OMS y en criterios de eficiencia y costo efectividad.<sup>84</sup>

Este Programa tiene como objetivo disminuir la tasa de mortalidad e incidencia por cáncer invasor, a través de la detección en etapas preinvasoras y tratamientos adecuados y oportunos. Sus principales estrategias consisten en una organización a nivel nacional y local. La toma del PAP se realiza cada 3 años y está focalizada en mujeres entre 25 y 64 años (con énfasis en las mayores de 35 años), junto con asegurar la oportunidad y confiabilidad del examen citológico y el

---

<sup>81</sup> Guía Clínica Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2006.

<sup>82</sup> Op. Cit. Pág. 7.

<sup>83</sup> Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2006.

<sup>84</sup> Guía Clínica Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2006.

tratamiento de los casos detectados. Además, se definieron actividades en los tres niveles de atención, que van desde la promoción hasta la paliación de la enfermedad y están integradas al Programa de la Mujer y coordinadas con el Programa del Adulto.<sup>85</sup>

Entre 1988 y 1994, estas estrategias se aplicaron a modo de plan piloto en la Región Metropolitana; una vez comprobados los avances, fueron extendidos a todo el país.

Lo anterior, junto con el compromiso de los equipos de salud involucrados en este Programa Nacional, ha producido un descenso sostenido de la mortalidad por CaCu<sup>86</sup>, en especial en los grupos de edad definidos como foco del Programa, mostrando un descenso de un 48,3% en el grupo de 25 a 64 años entre los años 1987 y 2003 y un descenso de 52,2% en el grupo de más alto riesgo, esto es de 35 a 64 años en el mismo período<sup>87</sup>.

## **Reforma en Salud**

La Reforma del Sector Salud se ha definido como un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las funciones del sistema de salud con el propósito lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población.<sup>88</sup>

Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud, realizada durante un periodo determinado de tiempo y en lo general guiadas por un marco legal y normativo<sup>89</sup>.

---

<sup>85</sup> Op. Cit. Pág.7.

<sup>86</sup> Op. Cit. Pág. 7

<sup>87</sup> Departamento de Estadísticas, Unidad de Cáncer, MINSAL, 2005.

<sup>88</sup> Lineamientos de la Reforma de Salud, Dr. Pedro Crocco Ávalos, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL, 2005.

<sup>89</sup> Op. Cit. Pág.2.

Esta reforma plantea cuatro grandes Objetivos Sanitarios a alcanzar el año 2010:

- Disminuir las desigualdades en salud.
- Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y los cambios de la sociedad.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- Mejorar los logros sanitarios alcanzados<sup>90</sup>

### **Ley de Garantías en Salud**

La Ley N° 19.966, promulgada el 25 de Agosto del año 2004 y publicada en el Diario Oficial el 03 de Septiembre del mismo año y que establece un Régimen General de Garantías en Salud contiene dos componentes: uno preventivo y otro curativo, que corresponden al Examen de Medicina Preventiva y GES, respectivamente<sup>91</sup>.

### **Examen de Medicina Preventiva**

El examen de medicina preventiva constituye la forma de detección precoz de problemas sanitarios en el Sistema de Salud. Se realiza a la población, con el fin de detectar prematuramente enfermedades o condiciones de salud mediante cuestionarios y/o exámenes, iniciando tratamientos en el caso que lo ameriten<sup>92</sup>.

---

<sup>90</sup> Op. Cit. Pág., 17.

<sup>91</sup> Documento de trabajo Examen medicina preventiva durante el primer año de vigencia, Departamento de Estudios, Superintendencia de Salud, Abril, 2005.

<sup>92</sup> Op. Cit. Pág. 1.

El Examen de Medicina Preventiva es de carácter gratuito para los beneficiarios, siempre y cuando se realicen en la red de prestaciones de FONASA y de las ISAPRES. Sin perjuicio de lo anterior, los beneficiarios pueden optar por realizarse algunos exámenes, según la modalidad de libre elección, para lo cual deben cancelar los co-pagos correspondientes, dependiendo de su sistema previsional de salud y el plan de salud contratado, en el caso de los beneficiarios de las Isapres<sup>93</sup>.

En el ámbito clínico, las medidas preventivas secundarias son aquellas que identifican y tratan a las personas asintomáticas que ya han desarrollado factores de riesgo o la enfermedad preclínica, pero en quienes la condición todavía no se ha tornado clínicamente aparente. La realización del PAP para detectar displasia cervical antes del desarrollo de un CaCu es una forma de prevención secundaria<sup>94</sup>.

Con respecto al Examen de Medicina Preventiva, la Ley establece lo siguiente:

**“Artículo 8º.-** *Los beneficiarios tendrán derecho a recibir del Régimen General de Garantías en Salud las siguientes prestaciones: a) El examen de medicina preventiva, constituido por un plan periódico de monitoreo y evaluación de la salud a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad o sufrimiento, debido a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables que formen parte de las prioridades sanitarias*<sup>95</sup>.

*Para su inclusión en el examen de medicina preventiva solo deberán ser consideradas aquellas enfermedades o condiciones para las cuales existe evidencia del beneficio de la detección temprana en un individuo asintomático. El Ministerio de Salud definirá, entre otros, los procedimientos, contenidos, plazo y frecuencia del examen, fijando condiciones equivalentes para los sectores públicos y privados. Los resultados deben ser manejados como datos sensibles y*

---

<sup>93</sup> Op. cit. Pág. 11.

<sup>94</sup> Op. cit. Pág. 1.

<sup>95</sup> Op. cit. Pág. 2.

*las personas examinadas no podrán ser objeto de discriminación a consecuencia de ellos.”<sup>96</sup>*

**Artículo 33.** *“El Decreto que fije las Garantías Explícitas en Salud determinará las metas de cobertura del examen de medicina preventiva señalado en la letra a) del artículo 8° de la Ley 18.469, que serán obligatorias para el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones Previsionales de Salud. Corresponderá a la Superintendencia de Salud fiscalizar el cumplimiento de las metas señaladas en el inciso anterior”.*<sup>97</sup>

### *Niveles de Recomendación*

Dentro de los niveles de recomendación para realizar el examen de medicina preventiva establecidas de acuerdo a la evidencia disponible, expresada como recomendaciones tipo A, B, C, D, E, I en correspondencia con el diseño de los estudios científicos en que se basa, el examen PAP estaría dentro de la clasificación tipo A, es decir, que es apropiada para indicar la intervención como examen de salud preventivo.<sup>98</sup>

---

<sup>96</sup> Op. cit. Pág. 2.

<sup>97</sup> Op. cit. Pág. 2.

<sup>98</sup> Op. cit. Pág.3.

### Recomendación Evidencia<sup>99</sup>

A	Apropiada para indicar la intervención como examen de salud preventivo.
B	Aceptable para indicar la intervención como examen de salud preventivo.
C	Evidencia es conflictiva para una recomendación a favor o en contra de la intervención. Sin embargo, otros factores podrían influir la decisión sanitaria.
D	Evidencia aceptable para no recomendar la intervención en un examen de salud preventivo.
E	Apropiada para no indicar la intervención como examen de salud preventivo.
I	Evidencia insuficiente (en cantidad y/o calidad) para hacer una recomendación. Sin embargo, otros factores podrían influir la decisión sanitaria.

A su vez, el Examen de Medicina Preventiva se subdividió en dos grandes grupos: prevención de problemas de salud en población general (asintomática) y en población de riesgo, en donde el examen del PAP estaría incluido en el primer grupo mencionado.<sup>100</sup>

Dentro de las metas de cobertura del Examen de Medicina Preventiva en población general, el PAP se realiza en mujeres entre 25 y 64 años de edad con el fin de detectar precozmente un CaCu con una meta de cobertura base en el año 2005 a 2006 de 35%.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Op. cit. Pág.3.

<sup>100</sup> Op. cit. Pág.3 y 4.

<sup>101</sup> Op. cit. Pág.4.

## **GES**

### **Ley de Garantías en Salud (Garantías Explícitas en Salud)**

El GES es el plan de Garantías Explícitas de Salud –antes plan Auge-, que tiene por objeto garantizar la cobertura por parte de FONASA y las ISAPRES, a partir del 1 de julio de 2006 de 56 enfermedades. Este número se va ampliando para llegar a 80 en el año 2010<sup>102</sup>.

El espíritu del plan es asegurar un igual acceso a la salud para todos.

- Son beneficiarios los afiliados tanto a FONASA como ISAPRES, siendo obligatorio para estas instituciones cubrir estas prestaciones de salud en el número de enfermedades garantizadas por el plan.
- Sin discriminación de sexo, edad, lugar de residencia o sistema de salud de las personas, sean indigentes o cotizantes, de FONASA o ISAPRE.
- Significa garantías explícitas de tiempos de atención y de pago, ya sea de gratuidad o de co-pagos con tope según el nivel de ingresos.
- Significa también garantías de calidad, toda vez que FONASA y las ISAPRES contarán con prestadores de iguales estándares de calidad.
- Estas garantías significan un traspaso de poder a la ciudadanía y constituyen el núcleo democratizador de la reforma.<sup>103</sup>

Las garantías que este plan de salud ofrece son:

- **Garantía explícita de acceso:** es la obligación de FONASA y las ISAPRES de asegurar las prestaciones de salud.
- **Garantía explícita de calidad:** otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.

---

<sup>102</sup> <http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge>

<sup>103</sup> Lineamientos de la Reforma de Salud, Dr. Pedro Crocco Ávalos, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL, 2005, Pág.23.

- **Garantía explícita de oportunidad:** existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas
- **Garantía explícita de protección financiera:** es la contribución, pago o copago que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones.

Para hacer efectiva esta garantía, en el evento de padecer una de las enfermedades GES, se debe concurrir a la respectiva ISAPRE o FONASA con el certificado médico que acredite el diagnóstico y llenar un formulario creado para estos efectos. La ISAPRE o FONASA indicarán a qué prestador se debe acudir para confirmar el diagnóstico. Si se confirma, el beneficiario será derivado al centro de atención de la red de prestadores.

Si la enfermedad fue diagnosticada antes de la vigencia del plan GES, igualmente se tiene derecho a los beneficios por las patologías cubiertas por el plan. No resulta importante si éstas fueron diagnosticadas antes o después de su puesta en marcha.

En materia de enfermedades no cubiertas por el GES se tendrá una cobertura normal de acuerdo al plan de salud al que la persona esté afiliada.

En el caso de una enfermedad grave, como aquellas consideradas catastróficas, con riesgo de vida y alto costo, existe una cobertura adicional por enfermedades catastróficas (CAEC). Para FONASA opera el seguro catastrófico que otorga una bonificación del 100%, esto es, no hay costo para el beneficiario si se atiende en modalidad institucional. En ISAPRE con la cobertura adicional para enfermedades catastróficas (CAEC) los afiliados pueden obtener el 100% de cobertura exclusivamente dentro de la red cerrada de prestadores.

Uno de los problemas de salud incluidos en el GES 2006 corresponde al **CaCu.**

Respecto de esta patología se establecen los siguientes beneficios:

- Dentro de 30 días:
  - 5 Consulta con el especialista

Si hay sospecha de cáncer cervicouterino o el resultado del Papanicolaou (PAP) está alterado, se garantiza la atención por un médico especialista dentro de 30 días a partir de la solicitud de interconsulta.

- Dentro de 30 días:

## 2. Confirmación del diagnóstico y etapificación

La persona accede a exámenes correspondientes y se garantiza que dentro de 30 días desde la consulta con el especialista la paciente tendrá confirmación o no del problema de salud. En caso de confirmarse un cáncer invasor se garantiza la determinación del estado de avance de la enfermedad (etapificación) dentro del mismo plazo señalado.

- Dentro de 30 días:

## 3. Tratamiento

a) Tratamiento de cáncer preinvasor: Se garantiza que dentro de 30 días desde confirmado el cáncer preinvasor, la mujer iniciará el tratamiento indicado.

b) Tratamiento de cáncer invasor: Se garantiza que dentro de los 20 días desde confirmado y etapificado el cáncer invasor, la mujer iniciará el tratamiento indicado por el Comité Oncológico. El tratamiento puede considerar cirugía, radioterapia y/o quimioterapia.

- Dentro de 90 días:

## 5 Seguimiento

Se garantiza que dentro de 90 días desde terminado el tratamiento indicado, será evaluada por un especialista y se solicitarán los exámenes correspondientes para su seguimiento según guía clínica.

## 5 Protección Financiera: según la siguiente tabla:

<b>Tipo de Intervención Sanitaria</b>	<b>Prestación o grupo de prestaciones</b>	<b>Periodicidad</b>	<b>Arancel \$</b>	<b>Copago %</b>	<b>Copago \$</b>
Diagnóstico	Sospecha Cáncer Cervicouterino	cada vez	6.790	20%	1.360
	Confirmación cáncer cervicouterino Pre Invasor	cada vez	103.390	20%	20.680
	Confirmación cáncer cervicouterino Invasor	cada vez	111.240	20%	22.250
	Etapificación cáncer cervicouterino Invasor	cada vez	168.520	20%	33.700
Tratamiento	Tratamiento cáncer cervicouterino Pre Invasor	cada vez	191.060	20%	38.210
	Tratamiento Quirúrgico cáncer cervicouterino Invasor	cada vez	1.023.360	20%	204.670
	Radioterapia cáncer cervicouterino Invasor	por tratamiento completo	685.370	20%	137.070
	Braquiterapia cáncer cervicouterino Invasor	cada vez	301.110	20%	60.220
	Tratamiento Quimioterapia cáncer cervicouterino Invasor	por ciclo	40.560	20%	8.110
Seguimiento	Seguimiento cáncer cervicouterino Pre Invasor	por control	50.080	20%	10.020
	Seguimiento cáncer cervicouterino Invasor	por control	38.010	20%	7.600

La persona con cáncer avanzado terminal será evaluada por médico especialista, él la derivará a la Unidad de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor.

Se garantiza que dentro de 5 días desde la solicitud por parte del médico el paciente será evaluado y se le indicará el tratamiento y cuidados a seguir.

La persona afectada y su familia recibirán educación para el autocuidado.

### **Tratamiento, control y seguimiento.**

Distinguimos:

- **Ambulatorio:** Mientras su estado general así lo permita, las personas recibirán sus controles, cuidados, educación y tratamientos de forma ambulatoria, ya sea en el hospital o bien en el consultorio.
- **En el domicilio:** Si el paciente no puede concurrir al centro de atención, continuará con el tratamiento, cuidados y educación. Lo cuidará su familia y recibirá la visita del personal de salud del hospital o del consultorio a cargo, según corresponda.

En caso de incumplimiento de las garantías es posible distinguir:

- **Incumplimiento de las garantías de oportunidad y acceso:** cada ISAPRE o FONASA resuelve para que la atención sea atorgada a través de la red de prestadores.

- **Incumplimiento de la garantía de protección financiera:** se debe recurrir a la respectiva ISAPRE o a FONASA, según corresponda. Si el problema subsiste, se debe acudir a la Superintendencia de Salud que también resuelve ciertos conflictos derivados de esta situación y de la calificación de una enfermedad como GES.

Finalmente, en cuanto a la normativa que regula este tema, resultan aplicables los siguientes cuerpos legales y reglamentarios<sup>104</sup> (téngase como referencia bibliográfica):

- LEY NUM. 19.966, que Establece un Régimen de Garantías de Salud.
- LEY NUM. 19.937, que Modifica el Decreto Ley número 2.763, de 1979, con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana.
- LEY NUM. 19.888, que Establece Financiamiento Necesario para Asegurar los Objetivos Prioritarios del Gobierno.
- LEY NUM. 20.015, que Modifica la Ley número 18.933, sobre Instituciones de Salud Previsional.
- Decreto número 44 del año 2007, del Ministerio de Salud, que Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.

---

<sup>104</sup> Ley N° 19.966.  
Ley N° 19.937.  
Ley N° 19.888.  
Ley N° 20.015.  
D. N° 44 , 2007 MINSAL

## **Prevención del Cáncer Cervicouterino**

El conocimiento de la respuesta inmune a las infecciones por HPV ha permitido el desarrollo de vacunas para las infecciones genitales por HPV. El control inmunológico basado en la respuesta inmune por anticuerpos constituye la base de las vacunas profilácticas y el control a través de la inmunidad celular, el de las vacunas terapéuticas.<sup>105</sup>

### **Vacunas Profilácticas:**

Diseñadas para evitar el desarrollo de la infección por el virus. Deben ser lo bastante potentes para evadir las restricciones de la inmunogenicidad relacionadas con la infección natural por HPV, lo que puede lograrse mediante la producción de anticuerpos neutralizantes que deben estar presentes en la secreciones vaginales para constituir un barrera inmunitaria en el sitio de ingreso viral.<sup>106</sup>

En todo el mundo, el HPV 16 se relaciona con casi el 50% de los casos de CaCu.

En la actualidad se cuenta con dos vacunas: una bivalente de los tipos 16 y 18 y una cuadrivalente de los tipos 16, 18, 6 y 11. La vacuna bivalente ha sido desarrollada por el Laboratorio Glaxo SmithKline, bajo el nombre de Cervarix; la cual se administra por vía intramuscular en esquema de 0, 1 y 6 meses.

---

<sup>105</sup> Prevención de infecciones por HPV C. Conejero R.1, B. Urgilés C.1, K. Wensioe K.1, J.M. Ojeda2. REV SOGIA 2004; 11(2): Pág. 61

<sup>106</sup>Op.cit.pág 61

La vacuna cuadrivalente ha sido desarrollada por el Laboratorio Merck bajo el nombre Gardasil y su esquema de administración es 0, 2 y 6 meses. Dicha vacuna fue aprobada el año 2006 por la FDS (Food and Drug Administration) y el CDC (Center of Disease Control) – ACIP (Advisory Comité on Immunization Practices) y la Academia Americana de Pediatría recomendaron su uso rutinario en niñas de 11 y 12 años, pudiendo también vacunarse mujeres entre 9 y 26 años.<sup>107</sup>

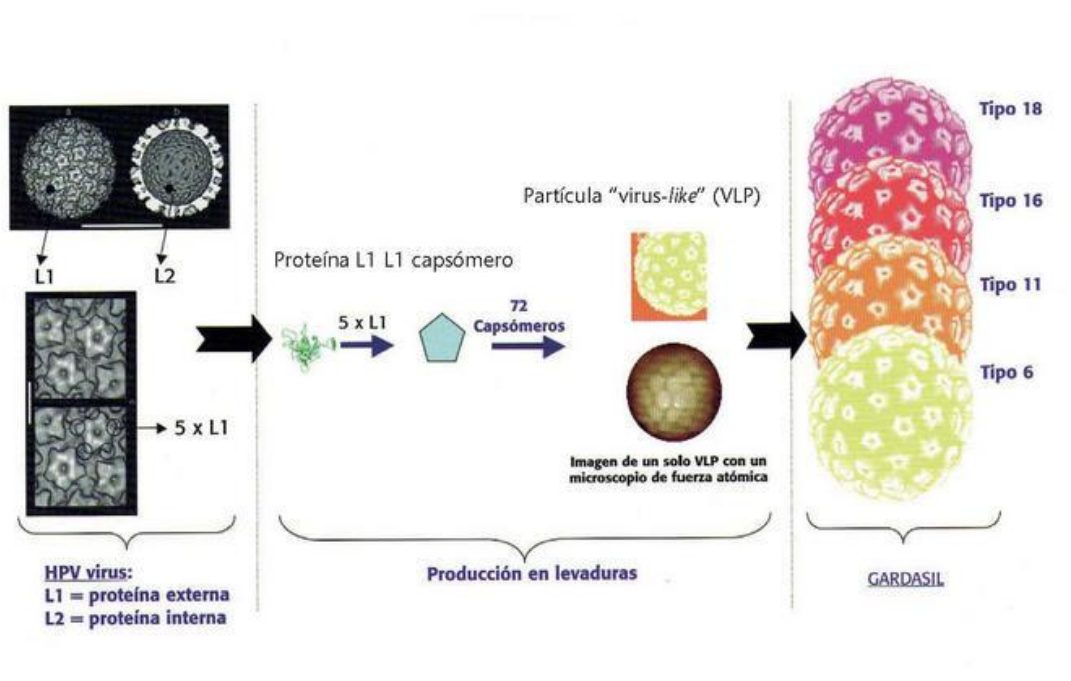


Imagen N°14: Mecanismo de acción vacuna cuadrivalente.<sup>108</sup>

### Vacunas terapéuticas:

Este tipo de vacunas pretende tratar efectivamente a pacientes con HPV y manifestaciones clínicas. Una vacuna terapéutica que contenga las proteínas E1 o E2 para la replicación viral debe inducir o promover la inmunidad mediada por

<sup>107</sup> Seminario Tesis "Factores de Riesgo para Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino en Estudiantes Universitarias", Pág. 32-33, Universidad de Valparaíso, año 2008.

<sup>108</sup> Pagina web: <http://articulosdemedicina.com/cancer-de-utero/>

células (CMI) contra dichas proteínas lo que limita el crecimiento viral sistema inmune que los tumores de origen no viral. Sin embargo, estudios clínicos realizados en pacientes con CaCu avanzado, no pudieron dar resultados satisfactorios.<sup>109</sup>

## **Vacunas en Chile contra HPV**

El programa de vacunación podría no ser tan efectivo en Chile como en países donde se ha estudiado la vacuna cuadrivalente, dado que la prevalencia de los subtipos oncogénicos pareciera ser distinta a la mundial, pero aún así está siendo recomendada por la CDC, no obstante en nuestro país, por un lado, se desconoce su efectividad, tiempo de protección efectiva de la vacuna, vacunación masculina, protección cruzada a otros tipos de HPV, impacto de la vacunación en la cobertura y rendimiento del tamizaje, comparación de inmunogenicidad entre vacunas y costo-efectividad, entre otras, lo que hace más difícil de implementar a nivel masivo.<sup>110</sup>

En Chile la vacuna Cervarix se está vendiendo a un promedio de \$60 mil pesos por dosis, Gardasil tiene un costo que oscila entre \$79 mil y \$ 110 mil pesos cada dosis, dependiendo del vacunatorio. Por lo tanto, solo pueden acceder las usuarias que tengan los recursos económicos para obtenerlas.

Por ahora, el país deberá seguir manteniendo el programa de prevención del CaCu mediante el tamizaje citológico, ya que este no reemplaza la necesidad de aplicar las actuales estrategias preventivas, pero se puede ofrecer a pacientes individuales, especialmente a aquellas de alto riesgo.<sup>111</sup>

---

<sup>109</sup> Seminario Tesis “Factores de Riesgo para Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino en Estudiantes Universitarias”, Pág. 62, Universidad de Valparaíso, año 2008

<sup>110</sup> Documento de Dra. Carolina Spröhnle. Residente Medicina Familiar PUC. Editor: Dra. Luz Montero. Docente Medicina Familiar PUC.

<sup>111</sup> Op.cit pág. 50

## CAPÍTULO IV



## **Objetivos**

### Objetivo General:

Determinar la adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino de las funcionarias del Sistema Público de Salud, pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren.

### Objetivos Específicos:

1. Determinar la edad de las funcionarias.
2. Identificar profesión u oficio de las funcionarias.
3. Caracterizar el Nivel socioeconómico de las funcionarias.
4. Determinar vigencia de PAP.
5. Reconocer principales causas que influyen en la adherencia y no adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.
6. Determinar edad de inicio de actividad sexual de las funcionarias.
7. Determinar número de parejas sexuales de las funcionarias.
8. Establecer paridad de las funcionarias.
9. Reconocer uso de preservativo masculino en las parejas de las funcionarias.
10. Determinar uso de anticoncepción oral en las funcionarias.
11. Reconocer hábito tabáquico de las funcionarias.
12. Identificar antecedentes familiares de Cáncer de las funcionarias.
13. Identificar nivel de conocimientos de las funcionarias respecto al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.

## CAPÍTULO V



### Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION REAL	SUBDIMENSION REAL	INDICADORES
Edad	Número de años cronológicamente cumplidos por la mujer en estudio al momento de aplicar el instrumento.			Numero entero
Profesión u oficio	Empleo o facultad que alguien ejerce y por el cual percibe una retribución.			Pregunta abierta

Nivel socioeconómico	Nivel determinado por nivel educacional, tipo de vivienda, número de integrantes que habitan en el hogar, ingresos del grupo familiar y servicios básicos	Nivel educacional	Sin Escolaridad Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa Técnica superior incompleta Técnica superior completa Superior incompleta Superior completa	Alto  Medio  Bajo
		Tipo de vivienda	Propia Arrendada Allegada	
		Número de integrantes del grupo familiar	1-3 4-6 7 o mas	
		Ingresos del grupo familiar	\$0 - \$150.000 \$150.000 - \$300.000 \$300.000 - \$600.000 \$600.000 o más.	

		Servicios básicos	Si No	
Vigencia PAP	Estado del examen Papanicolaou al momento de aplicar el instrumento.			Vigente No vigente No recuerda Nunca realizado
Causas adherencia al Programa de CaCu	Razón/es por la/s cual/es es o no realizado el examen de Papanicolaou			Pregunta abierta
Edad de inicio de actividad sexual	Edad en la fue practicada la primera relación sexual de tipo penetrativa.			Numero entero
Número de parejas sexuales	Cantidad de personas con las que se haya mantenido relaciones sexuales hasta el momento de la aplicación del instrumento			Numero entero

Paridad	Número de partos vaginales experimentados hasta el momento de la aplicación del instrumento			Numero entero
Uso de preservativo masculino	Uso de preservativo en todas las relaciones sexuales practicadas			Si No
Uso de anticoncepción oral	Anticoncepción hormonal oral en un periodo mayor o igual a 5 años consecutivos.			Si No
Habito tabáquico	Consumo de cigarrillos al momento de aplicar el instrumento.			Si No
Antecedentes familiares de cáncer	Presencia de algún tipo de cáncer en familiares de primer grado.			Si No

*Adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en funcionarias del Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.*

<p>Nivel de Conocimientos sobre el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino</p>	<p>Información que las funcionarias poseen acerca del Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino al momento de la aplicación del instrumento.</p>	<p>Aplicación de test</p>	<p>Puntos: 0-3 4-6 7-9</p>	<p>Conocimiento bajo  Conocimiento medio  Conocimiento alto</p>
---	---	---------------------------	--	---

## CAPÍTULO VI



## **Material y Método**

### **Tipo de Investigación:**

Estudio de tipo Cuantitativo.

### **Diseño de la Investigación:**

Descriptivo-Transversal

### **Universo:**

El Universo está comprendido por las funcionarias del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso que, según los registros entregados por el mismo establecimiento, asciende a 1500 funcionarias.

### **Muestra:**

Se seleccionó una muestra del total del universo, que corresponde al 47% (700 funcionarias), de las cuales 470 se consideraron válidas.

### **Criterios de Inclusión:**

Se considero como criterio de inclusión a las funcionarias entre 25 y 64 años presentes en las dependencias del Hospital al momento de aplicar el instrumento. Además solo se consideraron las encuestas desarrolladas de forma completa.

### **Unidad de Análisis:**

La funcionaria que cumpla con los criterios de inclusión anteriormente mencionados.

### **Metodología de la Recolección de los Datos:**

Instrumento de Recolección de Datos: Se elaboró una Encuesta de carácter anónimo y voluntario, que consta de tres ítems:

- El primero, obtiene información de tipo personal de la funcionaria. Con respecto a la variable “Nivel Socioeconómico”, cabe señalar que la obtención del indicador (nivel: alto, medio y bajo) se realizó otorgándole un valor a las distintas alternativas presentes en la encuesta que involucra las siguientes preguntas: Nivel educacional, tipo de vivienda, número de integrantes del grupo familiar, ingresos del grupo familiar y servicios básicos. Obteniendo con esto un puntaje total al cual se le asignó lo siguiente:

Alto: Puntaje 13 a 17

Medio: Puntaje 7 a 12

Bajo: Puntaje 0 a 6

- El segundo, a factores adicionales presentados por la funcionaria para el Cáncer Cervicouterino.
- Finalmente, el tercer ítem evalúa adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino en el cual se valora el nivel de conocimientos de las funcionarias mediante preguntas sobre el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino otorgándole puntaje a las respuestas obtenidas clasificándolas con esto en niveles de conocimiento: Alto, medio y bajo.

### **Prueba del Instrumento:**

El Instrumento es puesto a prueba en el mes de Abril del 2009, en el Hospital Carlos Van Buren, a un total de 50 funcionarias, cuyos resultados fueron exitosos, por lo cual se decide no modificar el instrumento e incluir la prueba en la muestra.

**Recolección de los datos:**

La recolección de los datos se realizó previa autorización de las autoridades correspondientes del Hospital Carlos Van Buren vía evaluación del Comité Ético y científico del Establecimiento. El Instrumento se aplicó durante los meses de Mayo y Junio del año 2009 en las dependencias del Establecimiento.

La aplicación estuvo a cargo de las seminaristas. De forma azarosa se entregó la encuesta previo a una presentación, dando a conocer la finalidad del estudio.

**Plan de Procesamiento de los datos:**

La tabulación de los datos se realiza en Base de Datos creada por los seminaristas en programa computacional Microsoft Excel 2007, posterior a la actividad anteriormente señalada se entrega la Base de Datos al Ingeniero Comercial Sr.: Mauricio Bustamante, quién analiza datos y entrega resultados a Seminaristas.

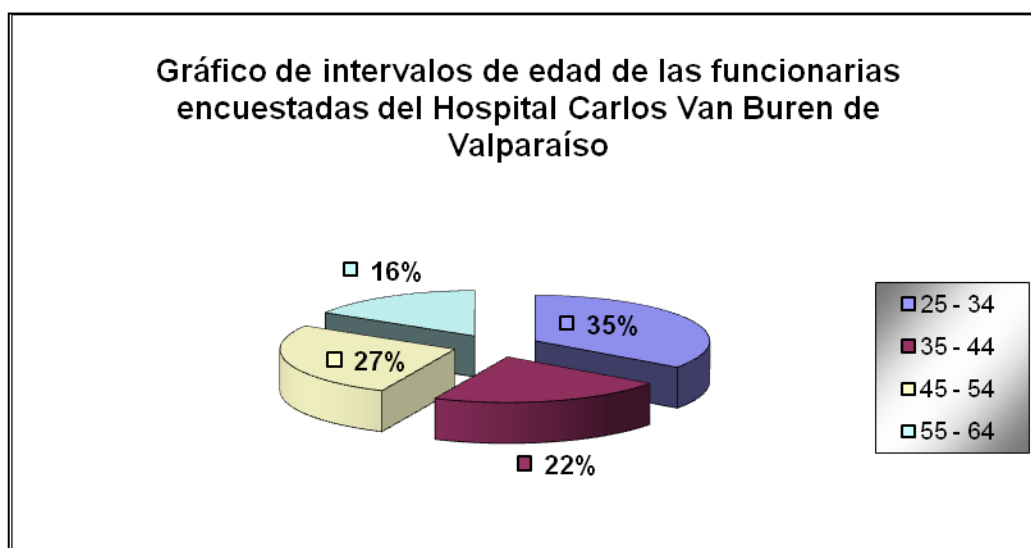
## CAPÍTULO VII



## Análisis e interpretación de los datos

**Gráfico I- A:** Intervalos de edad de las funcionarias encuestadas.

Intervalos de edad	Encuestadas	Porcentaje
25 – 34	164	34,89
35 – 44	103	21,91
45 – 54	126	26,81
55 – 64	77	16,38
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

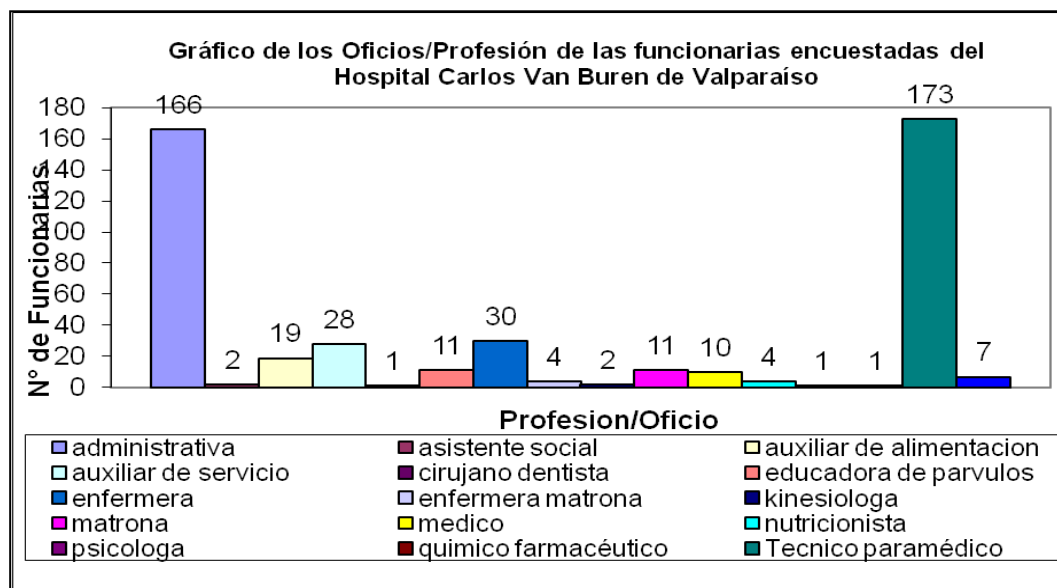


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

La mayor parte de la muestra se encuentra entre los intervalos de edad de 25-44 años, siendo este grupo de mujeres las que se encuentran en edad reproductiva.

**Gráfico I-B:** Profesión u oficio de las funcionarias encuestadas.

Profesión/Oficio	Total	%
Administrativa	166	35,32
Asistente social	2	0,43
Auxiliar de alimentación	19	4,04
Auxiliar de servicio	28	5,96
Cirujano dentista	1	0,21
Educadora de párvulos	11	2,34
Enfermera	30	6,38
Enfermera matrona	4	0,85
Kinesióloga	2	0,43
Matrona	11	2,34
Medico	10	2,13
Nutricionista	4	0,85
Psicóloga	1	0,21
Químico farmacéutico	1	0,21
Técnico paramédico	173	36,81
Tecnólogo médico	7	1,49
<b>TOTAL</b>	<b>470</b>	<b>100,00</b>

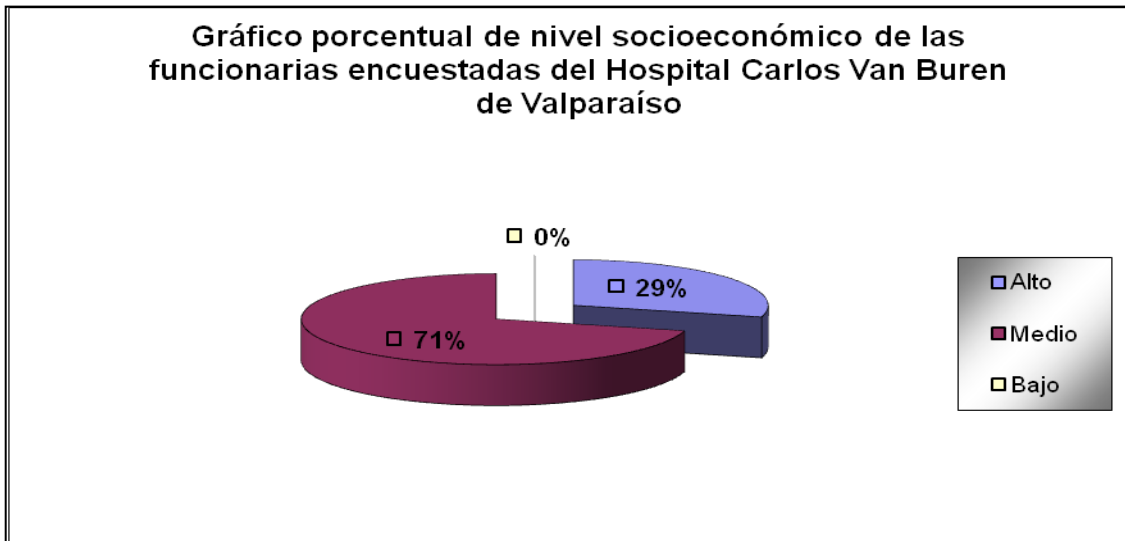


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El mayor número de encuestadas corresponde a Técnicos paramédicos y personal Administrativo.

**Gráfico I-C:** Nivel socioeconómico de las funcionarias encuestadas.

Nivel Socioeconómico	Frecuencia	Porcentaje
Alto	137	29%
Medio	333	71%
Bajo	0	0%
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100%</b>

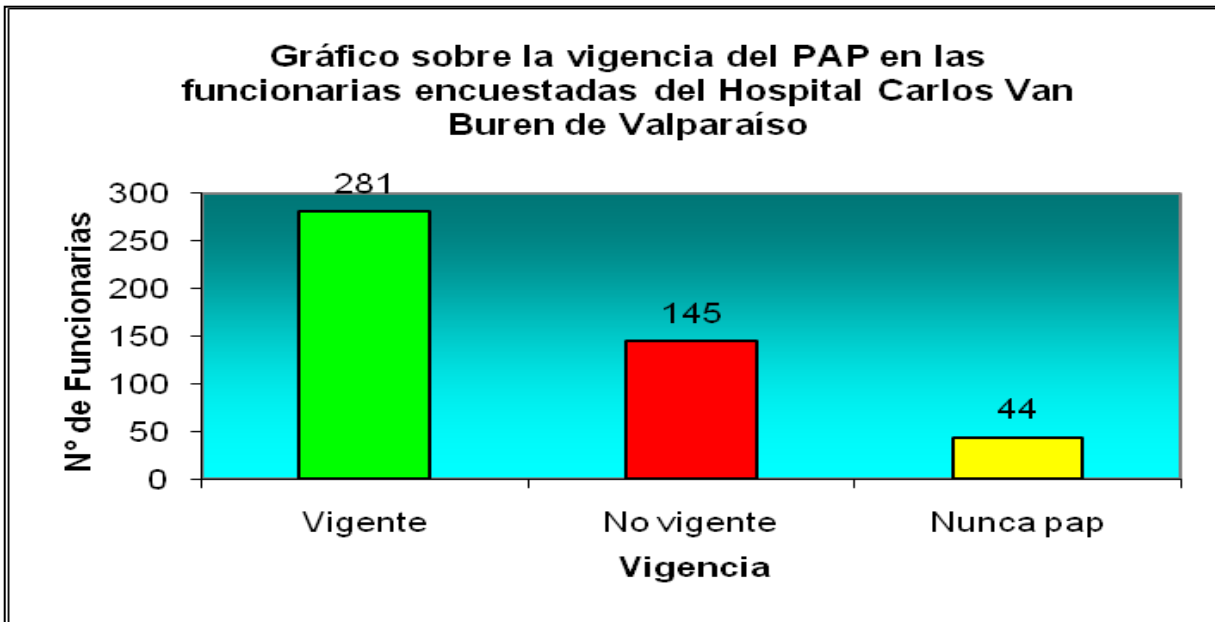


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

71% de las funcionarias encuestadas consta de nivel socioeconómico medio y un 29% de nivel socioeconómico alto, predominando, por lo tanto, el nivel socioeconómico medio.

**Gráfico I-D:** Vigencia de PAP de las funcionarias encuestadas

Vigencia PAP	Total	%
Vigente	281	59,79
No vigente	145	30,85
Nunca PAP	44	9,36
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

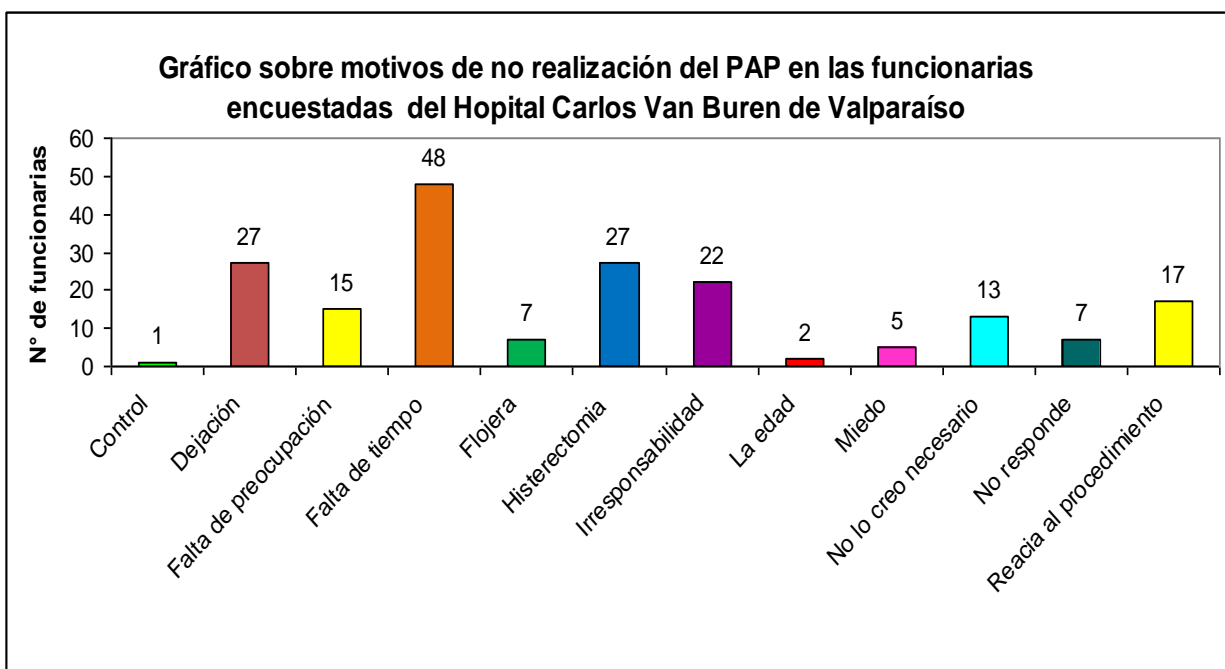


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El 59.79% de la muestra posee su examen de PAP vigente, lo que significa que la mayoría de las mujeres están acogidas al Programa de pesquisa precoz de Cáncer Cervicouterino, sin embargo el 30.43% tiene atrasado su examen de PAP y el 9.36% nunca se lo ha realizado.

**Gráfico I-E:** Principales causas que influyen en la adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino de las funcionarias encuestadas.

Motivo PAP no vigente o nunca realizado	Total
Control	1
Dejación	27
Falta de preocupación	15
Falta de tiempo	48
Flojera	7
Histerectomía	27
Irresponsabilidad	22
La edad	2
Miedo	5
No lo creo necesario	13
No responde	7
Reacia al procedimiento	17
<b>Total</b>	<b>191</b>

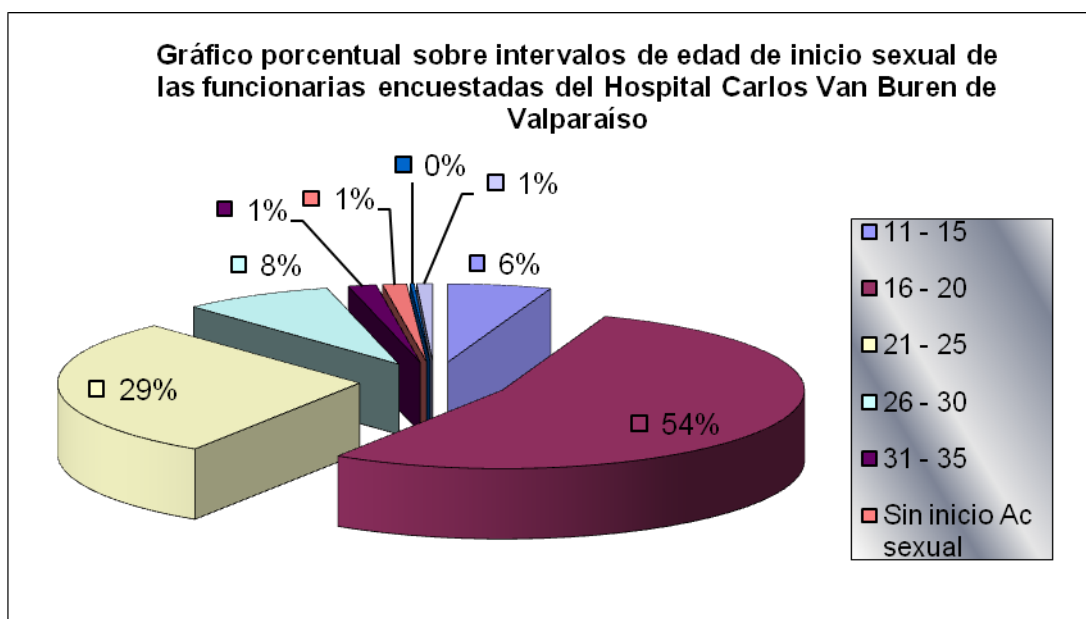


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El 25.13% de la muestra reconoce la falta de tiempo como motivo principal para no realizarse el examen de PAP, seguido por la dejación y flojera con el 14.13% como la segunda causal.

**Gráfico I-F:** Edad de inicio de actividad sexual de las funcionarias encuestadas.

Intervalos de edad	Encuestadas	Porcentaje
11 – 15	26	5,53
16 – 20	252	54
21 – 25	136	28,94
26 – 30	38	8,09
31 – 35	7	1,49
Sin inicio actividad sexual	6	1,28
No recuerda	1	0,21
No responde	4	0,85
<b>Total</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

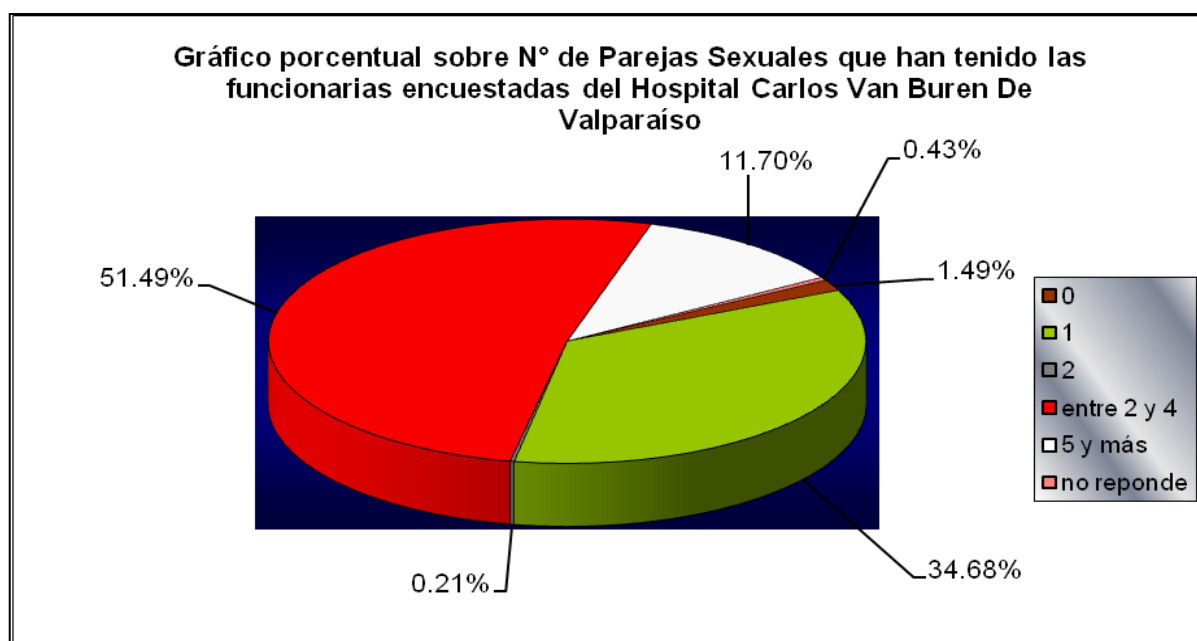


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

La mayoría de las funcionarias encuestadas inició su actividad sexual entre los 16-20 años.

**Gráfico I-G:** Número de parejas sexuales de las funcionarias encuestadas.

N° Parejas sexuales	Total	%
0	7	1,49
1	163	34,68
2	1	0,21
entre 2 y 4	242	51,49
5 y más	55	11,70
No responde	2	0,43
<b>Total general</b>	<b>470</b>	<b>100,00</b>

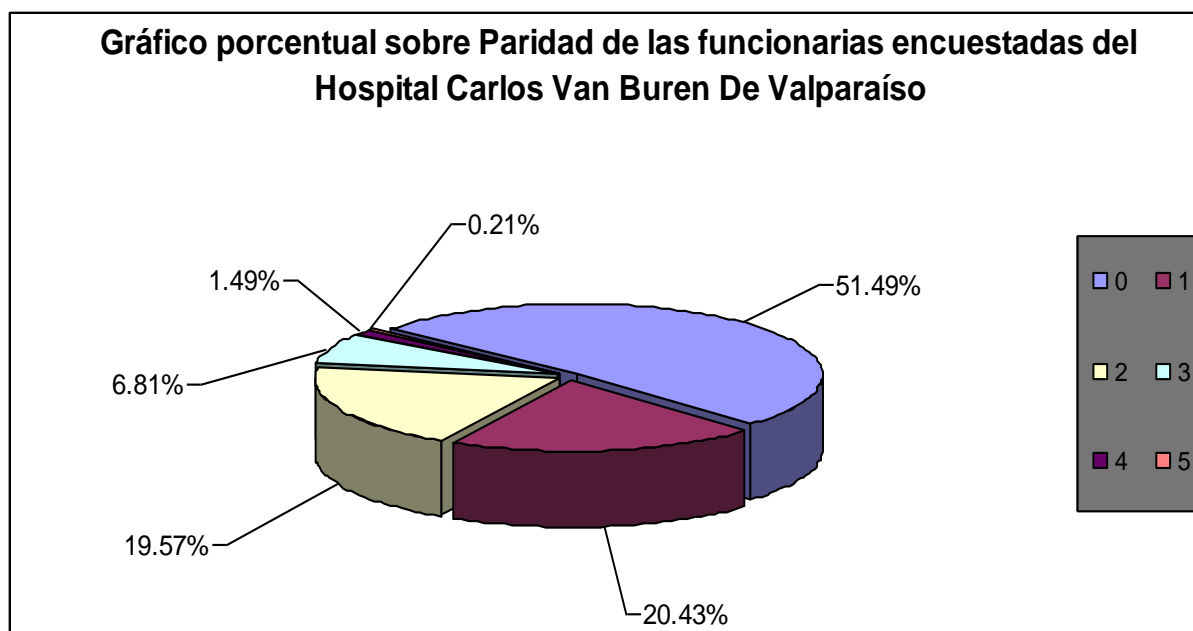


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El 51.49% de las encuestadas declaran haber tenido entre 2 y 4 parejas sexuales a lo largo de sus vidas, seguido por el 34.68% que refiere solo haber tenido una pareja sexual.

**Gráfico I-H:** Paridad de las funcionarias encuestadas.

Paridad	Total	%
0	242	51,49
1	96	20,43
2	92	19,57
3	32	6,81
4	7	1,49
5	1	0,21
<b>Total general</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

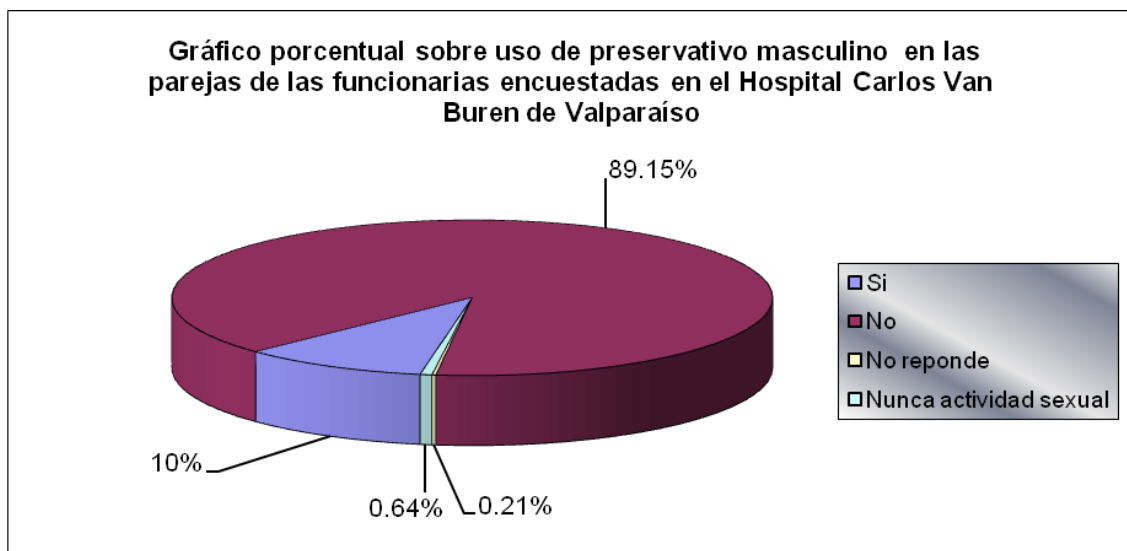


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El 51.49% de las encuestadas nunca ha tenido un parto vaginal, mientras el 20.43% y el 19.57% declara haber tenido uno y dos partos vaginales en su vida, respectivamente.

**Gráfico I-I:** Uso de preservativo masculino en las parejas de las encuestadas.

Uso Preservativo	Total	%
Si	47	10
No	419	89,15
No responde	1	0,21
Nunca actividad sexual	3	0,64
<b>Total general</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

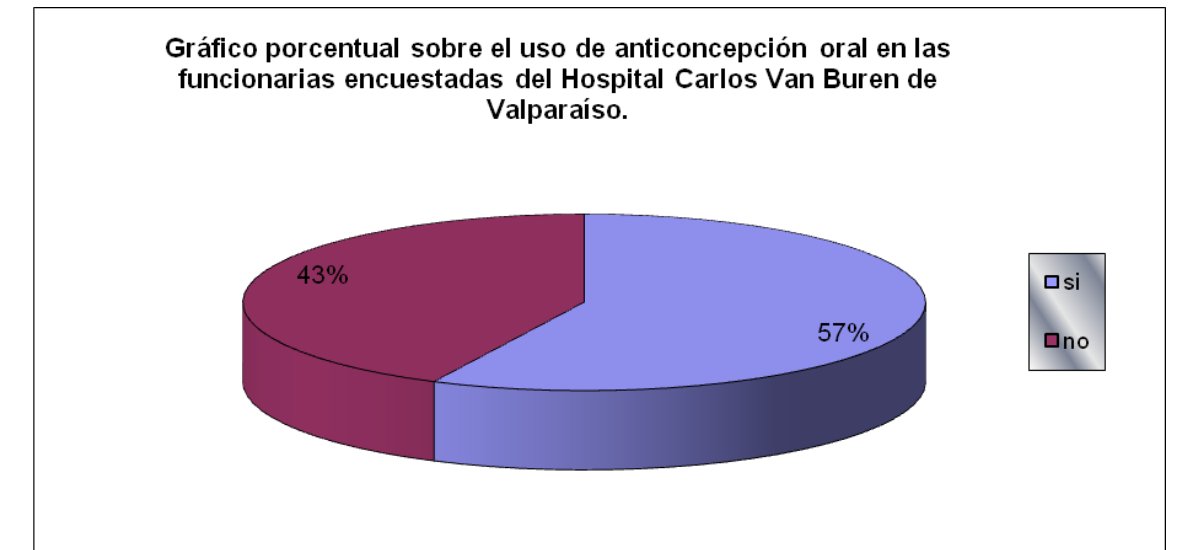


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Solo el 10% de las encuestadas refiere el uso de preservativo masculino en todas sus relaciones sexuales, mientras que el 89.15% declara no utilizar este método.

**Gráfico I-J:** Uso de anticoncepción oral en las funcionarias encuestadas.

Uso anticoncepción oral	Total	%
Si	269	57
No	201	43
Total	470	100

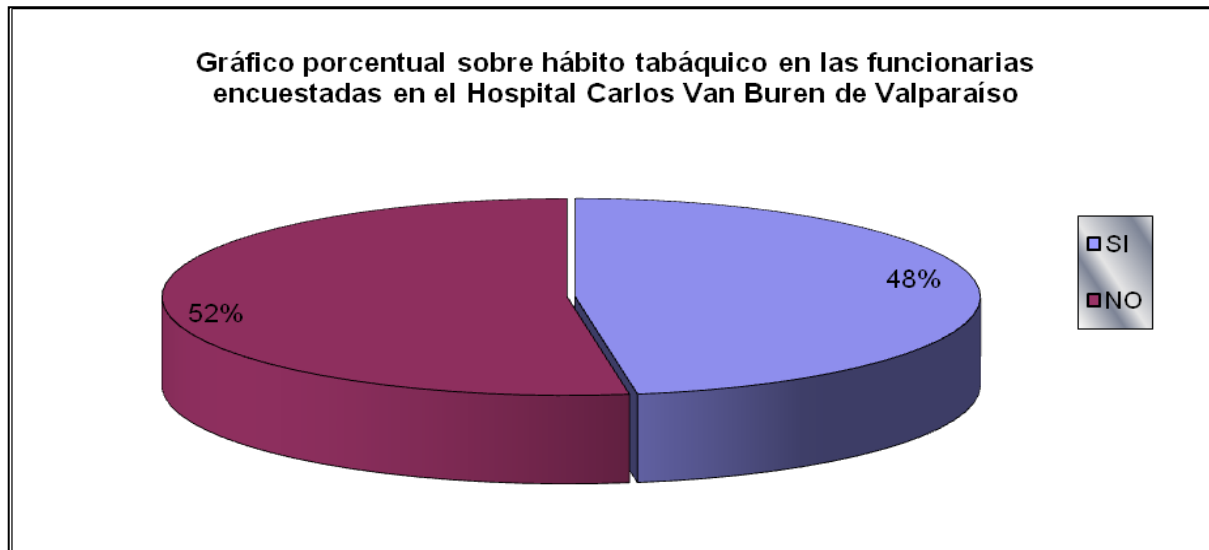


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El 57% de las encuestadas reconoce haber utilizado anticonceptivos orales por más de 5 años consecutivos, lo cual podría tener alguna relación con el desarrollo de un CaCu.

**Grafico I-K:** Hábito tabáquico en las funcionarias encuestadas.

Hábito tabáquico	Nº personas	%
Si	223	48
No	246	52
<b>TOTAL</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

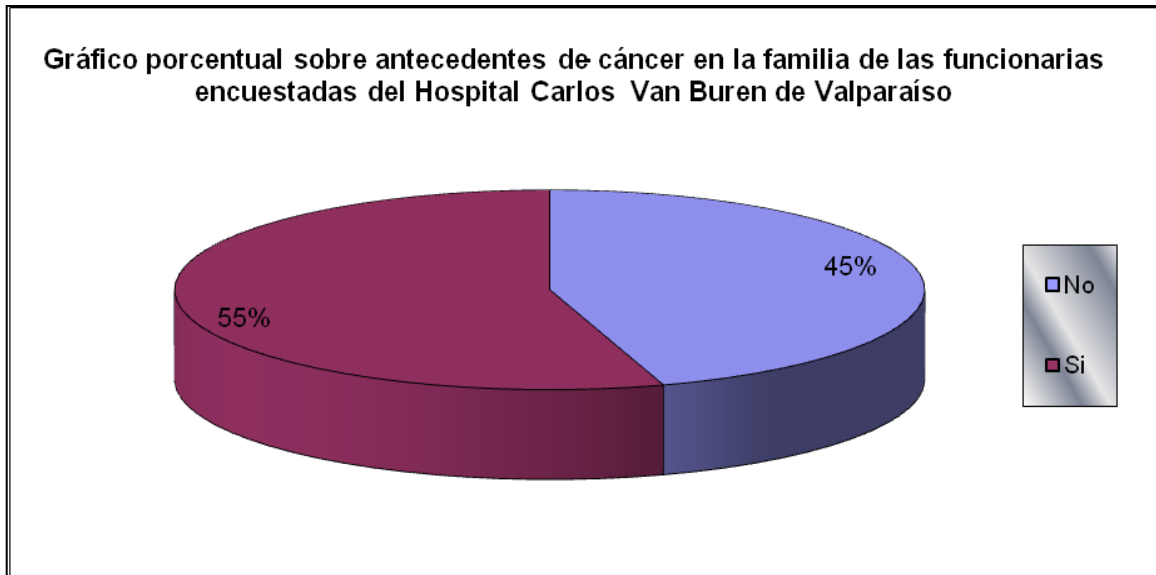


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Casi la mitad de las encuestadas, esto es, un 48%, reconoce el hábito tabáquico dentro de su estilo de vida.

**Gráfico I-L:** Antecedentes familiares de Cáncer en las funcionarias encuestadas.

Antecedentes cáncer	Total	%
No	212	45,11
Si	258	54,89
<b>Total general</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

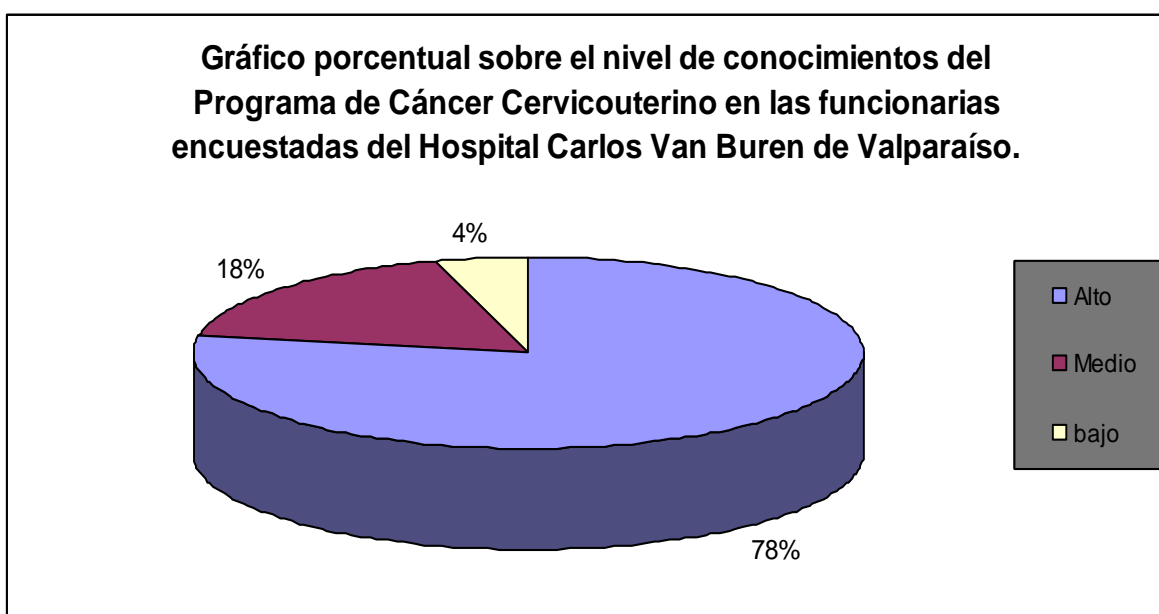


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Un 55% de las funcionarias encuestadas refiere tener antecedentes familiares de cáncer contra un 45% que refiere no tener.

**Gráfico I- M:** Nivel de conocimientos de las funcionarias respecto al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.

Nivel de Conocimiento	Total	%
Alto	365	78
Medio	84	18
bajo	21	4
<b>Total general</b>	<b>470</b>	<b>100</b>

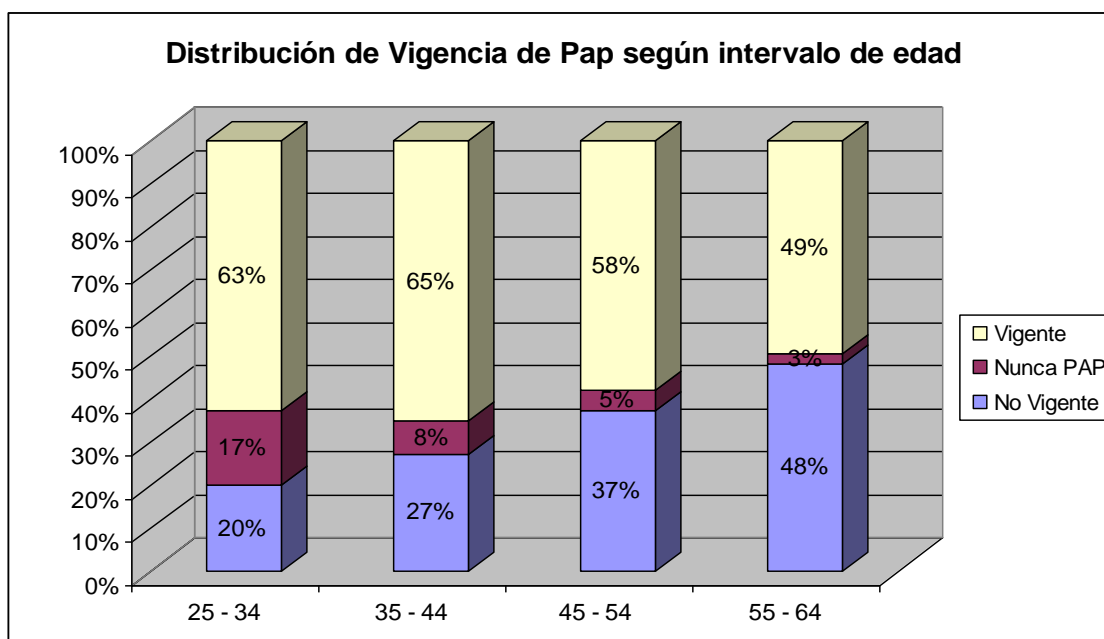


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

El 78% de las encuestadas poseen un Alto Nivel de conocimiento. Un 18% posee Nivel Medio y sólo un 4% posee Nivel Bajo de conocimiento.

**Gráfico II-A:** Edad v/s vigencia PAP

Intervalos de edad	Vigente	No vigente	Nunca PAP
25 – 34	63%	20%	17%
35 – 44	65%	27%	8%
45 – 54	58%	37%	5%
55 – 64	49%	48%	3%

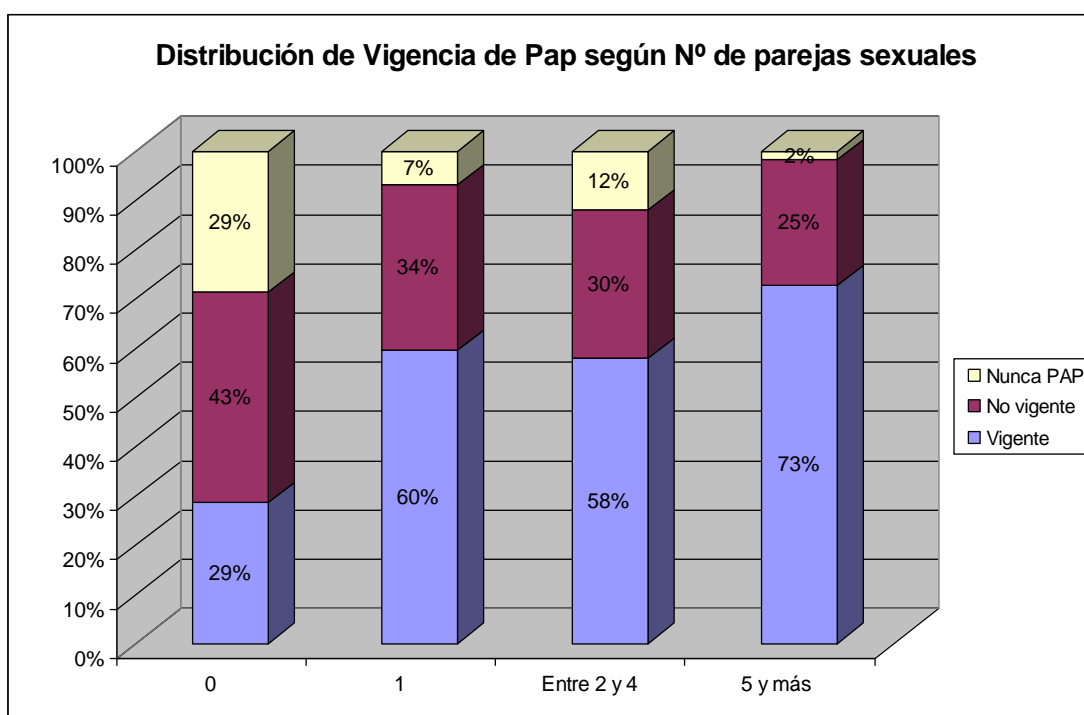


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas, el mayor porcentaje de PAP vigente se encuentra entre las edades de 35 a 44 años con un 65% y el mayor porcentaje de PAP no vigente se encuentra entre las edades de 55 a 64 años con un 48%.

**Gráfico II-B:** Número de parejas sexuales v/s vigencia PAP

Nº Parejas Sexuales	Vigencia PAP		
	Vigente	No vigente	Nunca PAP
0	29%	43%	29%
1	60%	34%	7%
Entre 2 y 4	58%	30%	12%
5 y más	73%	25%	2%

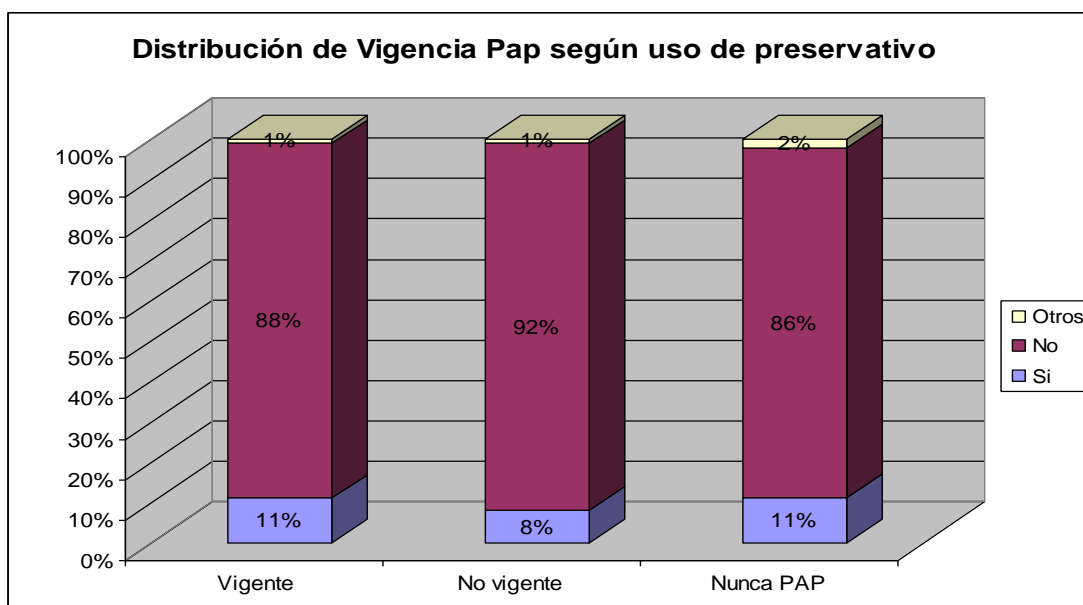


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas el mayor porcentaje de PAP vigente se encuentra en el grupo de funcionarias que refieren 5 y más parejas sexuales con un 73%.

**Gráfico II-C:** Uso de preservativo v/s vigencia PAP

Uso preservativo	Vigencia PAP		
	Vigente	No vigente	Nunca PAP
Si	11%	8%	11%
No	88%	92%	86%
Otros	1%	1%	2%

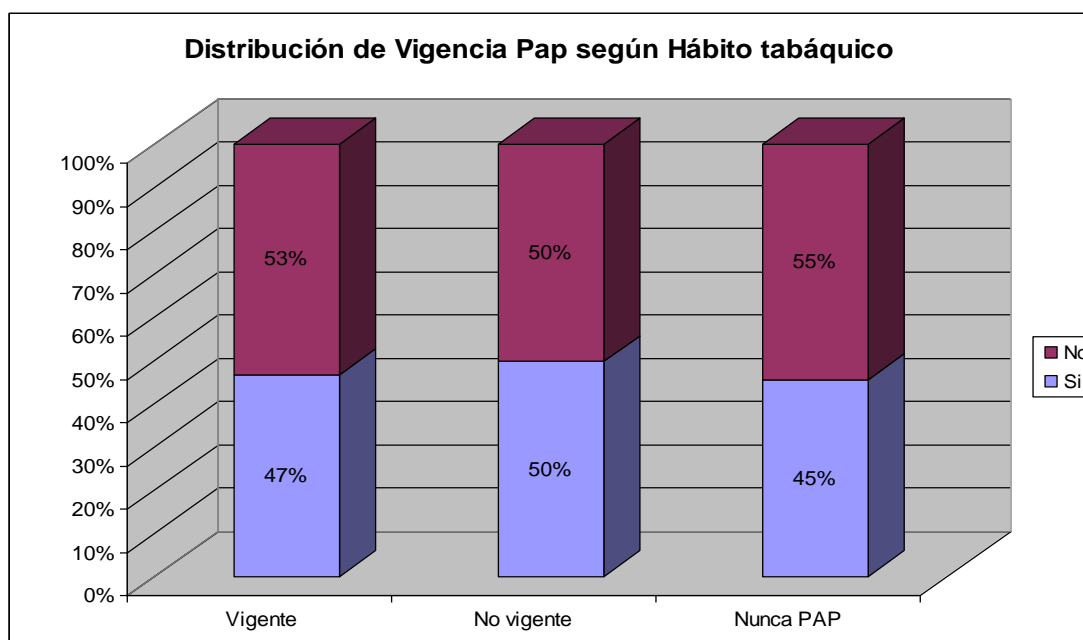


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas con PAP vigente, un 88% refiere no usar siempre preservativo; de las funcionarias con PAP no vigente, un 92% refiere no usar preservativo siempre y; de las funcionarias con nunca PAP, un 86% refiere no usar siempre preservativo.

**Gráfico II-D:** Hábito tabáquico v/s vigencia PAP

Vigencia PAP	Hábito tabáquico	
	Si	No
Vigente	47%	53%
No vigente	50%	50%
Nunca PAP	45%	55%

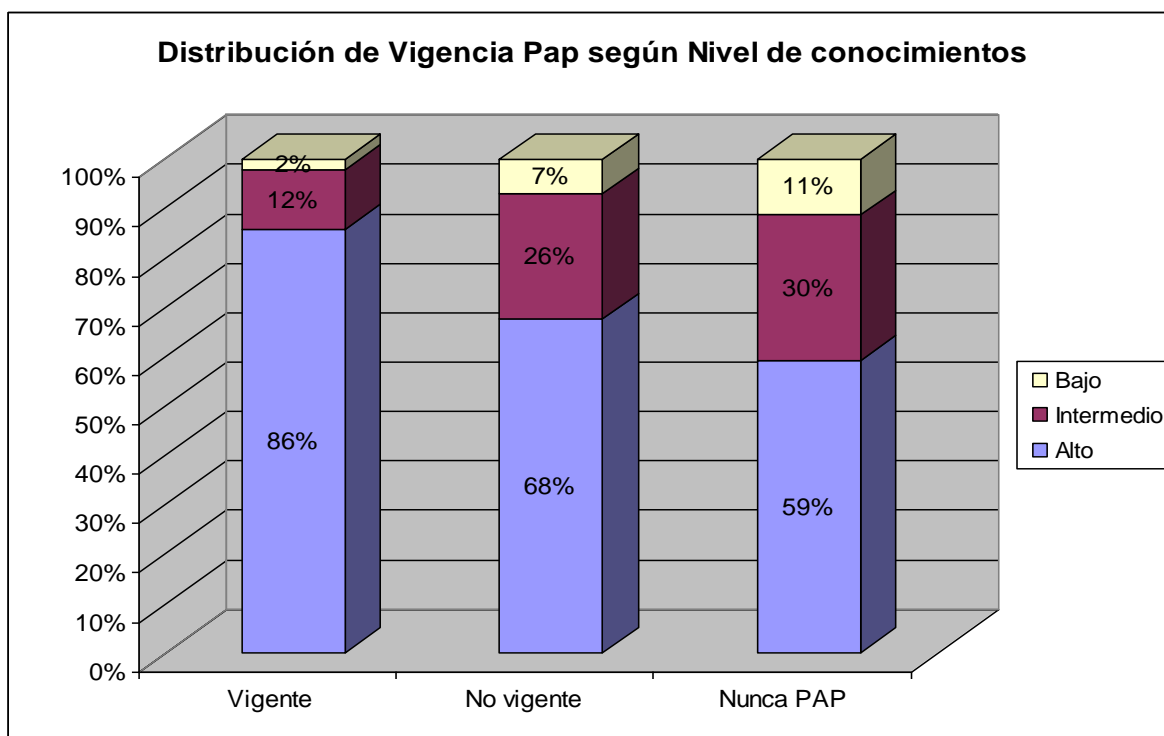


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas con PAP vigente, un 47% afirma presentar hábito tabáquico; de las funcionarias con PAP no vigente, un 50% afirma fumar y; de las funcionarias con nunca PAP, un 45% presenta hábito tabáquico.

**Gráfico II-E:** Nivel de conocimientos v/s vigencia PAP

Vigencia PAP	Nivel de conocimientos		
	Alto	Intermedio	Bajo
Vigente	86%	12%	2%
No vigente	68%	26%	7%
Nunca PAP	59%	30%	11%

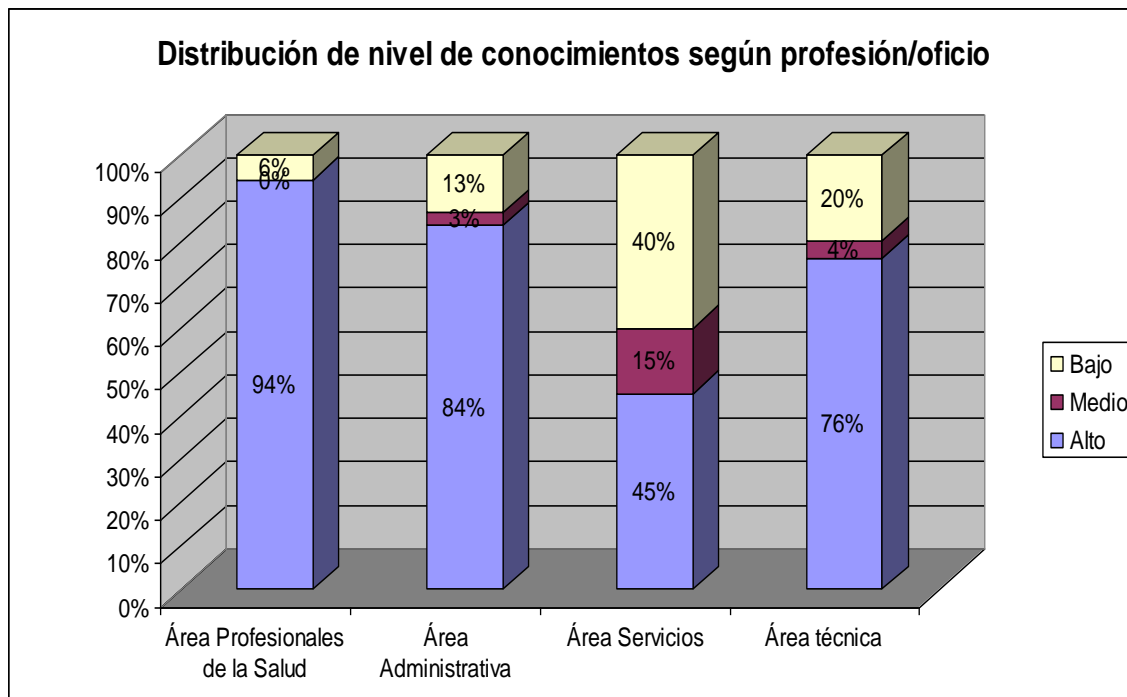


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas con PAP vigente, un 86% presenta un nivel de conocimientos alto, mientras que las que exhiben su PAP no vigente presentan un 68% de alto nivel de conocimientos y de las funcionarias que nunca se han practicado el PAP, sólo un 59% presenta un alto nivel de conocimientos.

**Gráfico II-F:** Profesión v/s nivel de conocimientos

Profesión/NDC	Alto	Medio	Bajo
Área Profesionales de la Salud	94%	0%	6%
Área Administrativa	84%	3%	13%
Área Servicios	45%	15%	40%
Área técnica	76%	4%	20%

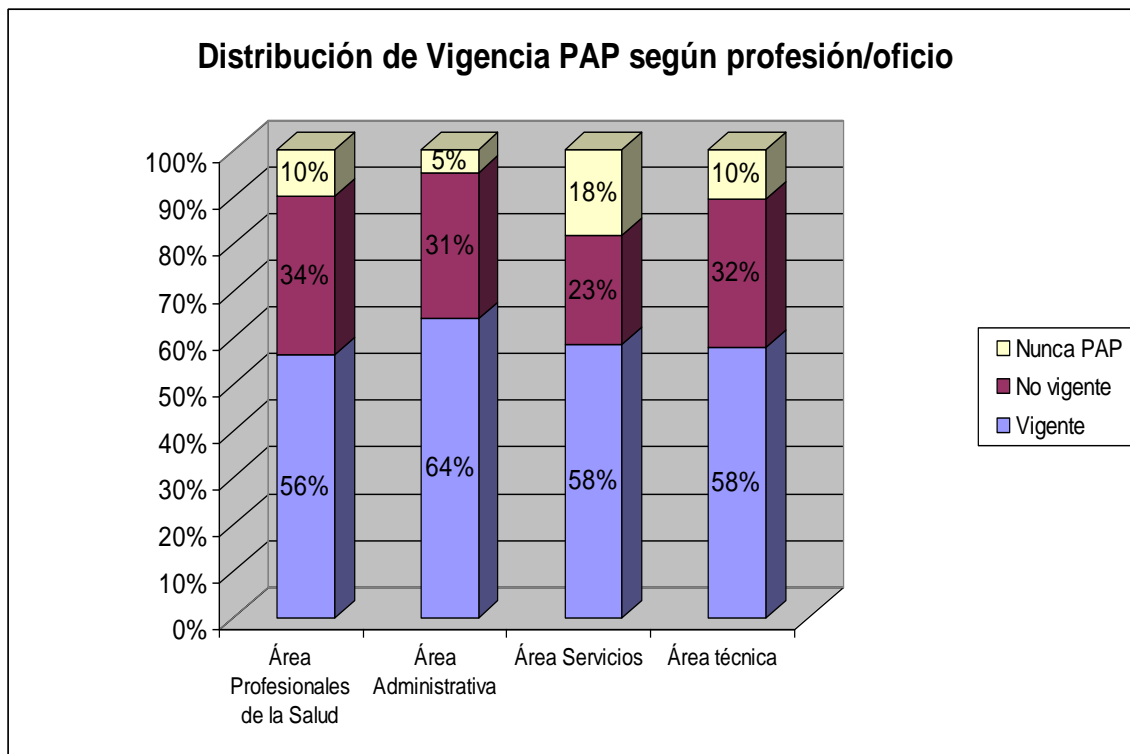


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas que pertenecen a la clasificación de área profesionales de la salud (Cirujano Dentista, Enfermera, Enfermera-Matrona, Kinesióloga, Matrona, Médico, Nutricionista, Psicóloga, Químico Farmacéutica, Tecnóloga Médica) un 94% posee nivel de conocimientos alto, de las funcionarias clasificadas dentro del área administrativa (personal Administrativo) un 84% posee nivel alto de conocimientos, de las funcionarias pertenecientes al área de servicios (Asistente Social, Auxiliar de alimentación, Auxiliar de servicio, Educadora de párvulos) un 45% posee nivel de conocimientos alto y de las funcionarias clasificadas dentro del área técnica (Técnicos paramédicos) un 76% presenta alto nivel de conocimientos.

**Gráfico II-G:** Profesión v/s vigencia PAP

Profesión/Oficio	Vigente	No vigente	Nunca PAP
Área Profesionales de la Salud	56%	34%	10%
Área Administrativa	64%	31%	5%
Área Servicios	58%	23%	18%
Área técnica	58%	32%	10%

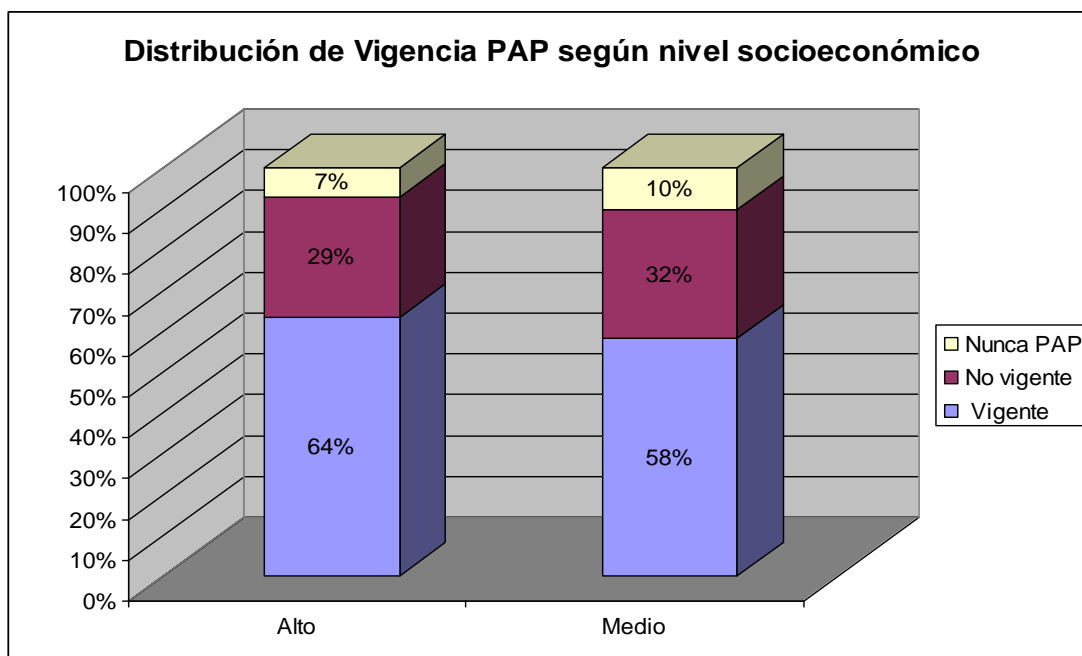


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas pertenecientes al área de profesionales de la salud (Cirujano Dentista, Enfermera, Enfermera-Matrona, Kinesióloga, Matrona, Médico, Nutricionista, Psicóloga, Químico Farmacéutica, Tecnóloga Médica) un 56% posee su PAP vigente, de las funcionarias clasificadas dentro del área administrativa (personal Administrativo) un 64% posee su PAP vigente, de las funcionarias pertenecientes al área de servicios (Asistente Social, Auxiliar de alimentación, Auxiliar de servicio, Educadora de párvulos) un 58% tienen su PAP al día y dentro del grupo de funcionarias clasificadas dentro del grupo de área técnica (Técnicos paramédicos) un 58% posee su PAP vigente.

**Gráfico II-H:** Nivel socioeconómico v/s vigencia PAP

Vigencia PAP	Nivel socioeconómico	
	Alto	Medio
Vigente	64%	58%
No vigente	29%	32%
Nunca PAP	7%	10%

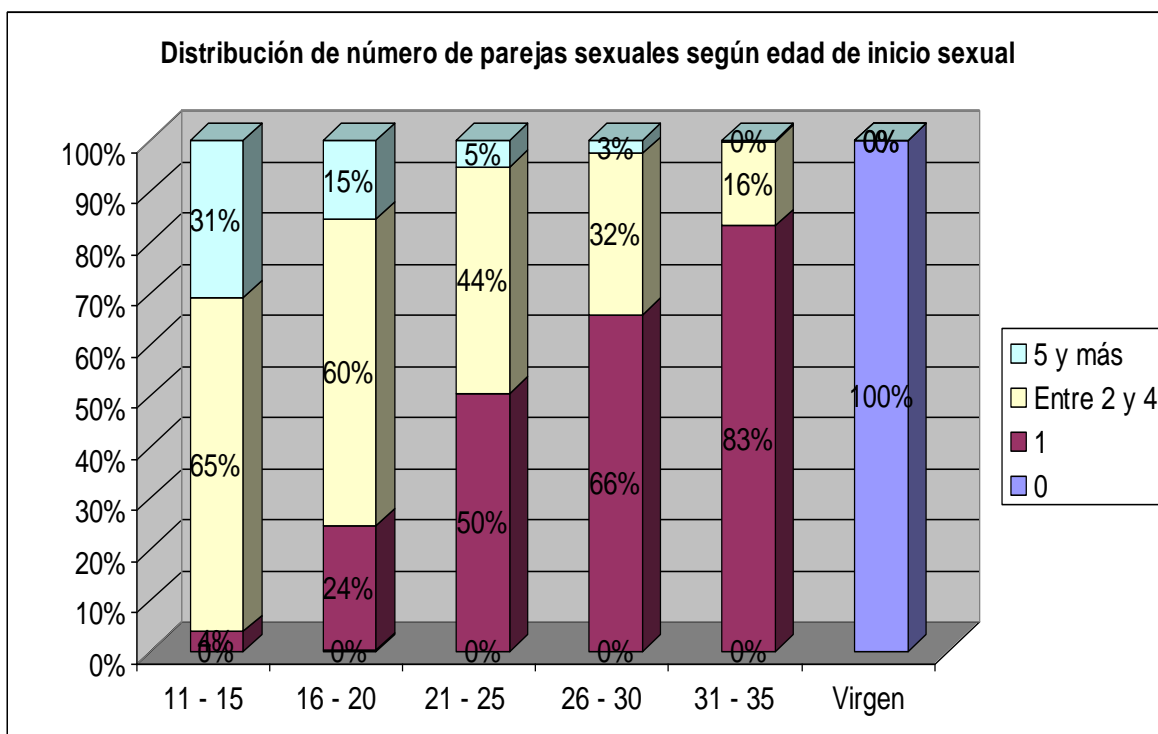


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas que poseen un nivel socioeconómico alto, un 64% tiene su PAP al día, mientras que las funcionarias clasificadas dentro del nivel socioeconómico medio un 58% posee su PAP vigente.

**Gráfico II-I:** Edad de inicio sexual v/s número de parejas sexuales

Intervalos de edad	Número de parejas sexuales			
	0	1	entre 2 y 4	5 y más
11 – 15	0%	4%	65%	31%
16 – 20	0%	24%	60%	15%
21 – 25	0%	50%	44%	5%
26 – 30	0%	66%	32%	3%
31 – 35	0%	83%	16%	0%
Sin inicio act. Sexual	100%	0%	0%	0

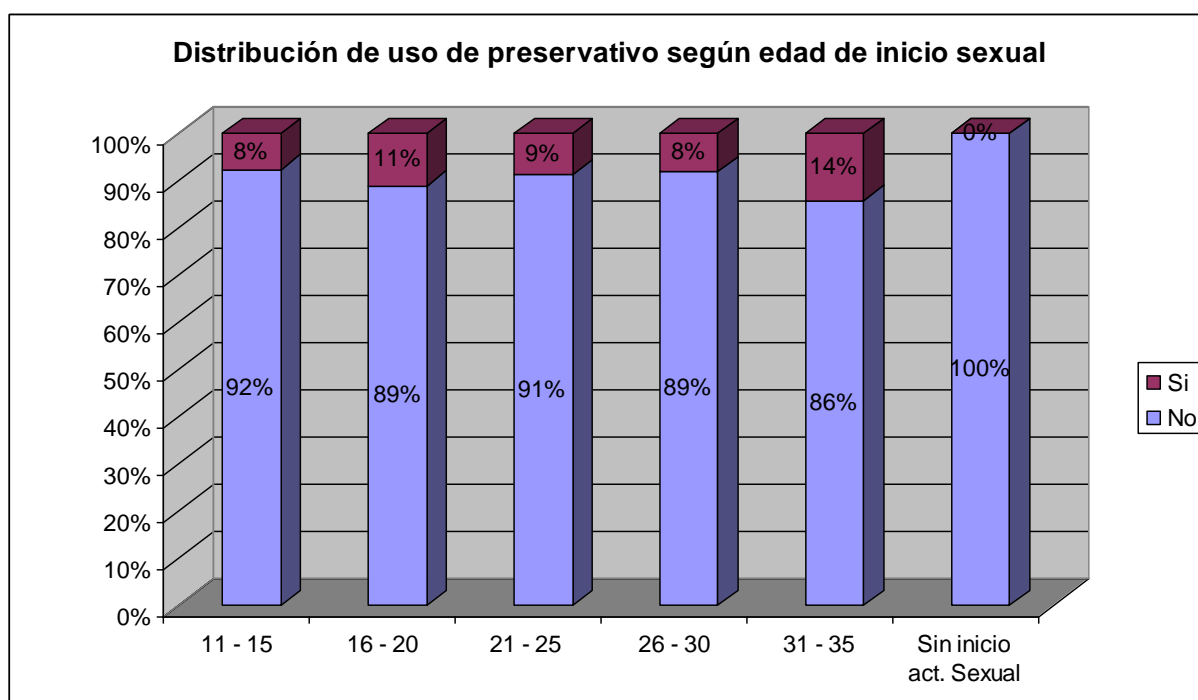


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas aquellas que iniciaron su vida sexual entre los 11 y 15 años un 65 % declara tener a lo largo de su vida entre 2 y 4 parejas sexuales, mientras que aquellas que iniciaron su vida sexual entre los 31 y 35 años un 83 % de ellas declaran tener solo una pareja sexual a lo largo de su vida.

**Gráfico II-J:** Edad de inicio sexual v/s uso de preservativo.

Intervalos de edad	Uso de preservativo	
	No	Si
11 – 15	92%	8%
16 – 20	89%	11%
21 – 25	91%	9%
26 – 30	89%	8%
31 – 35	86%	14%
Sin inicio de actividad sexual	100%	0%

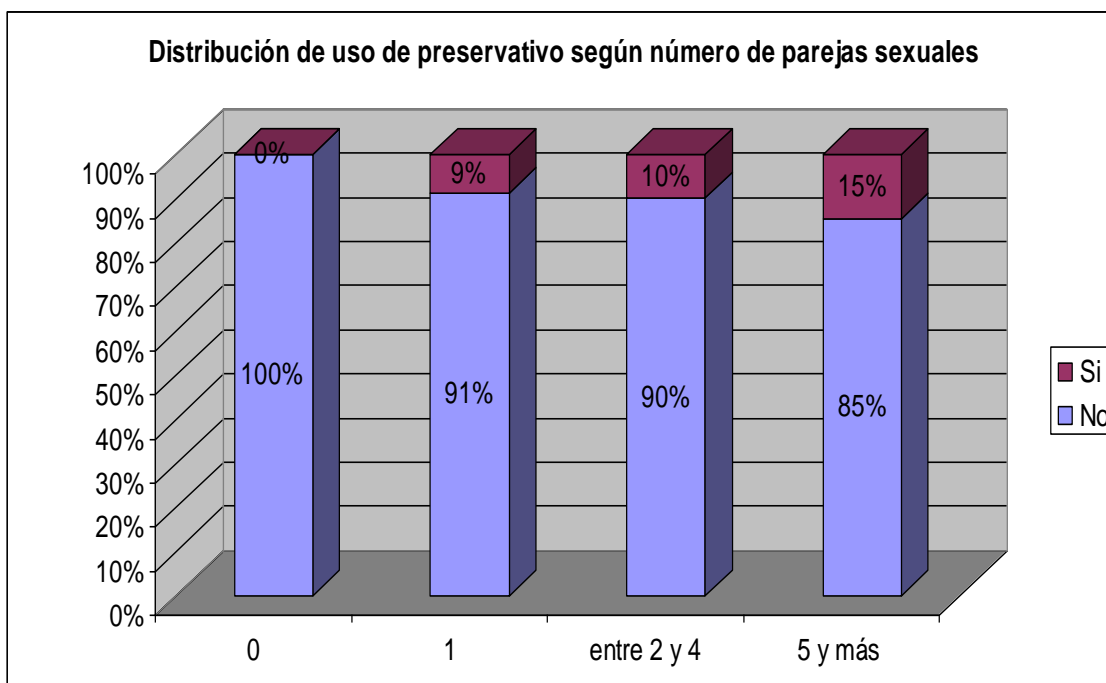


(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas la gran mayoría refiere el no uso de preservativo siempre, independiente de la edad de inicio sexual.

**Gráfico II- K:** Número de parejas sexuales v/s uso de preservativo.

N° parejas sexuales	Uso preservativo	
	No	Si
0	100%	0%
1	91%	9%
entre 2 y 4	90%	10%
5 y más	85%	15%



(Fuente: Funcionarias pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso)

Del total de funcionarias encuestadas que refiere 1 pareja sexual un 91% refiere no usar preservativo siempre, dentro del grupo de funcionarias con 2 a 4 parejas sexuales un 90% refiere el no uso de preservativo siempre y en el grupo de funcionarias con 5 y más parejas sexuales un 85% refiere no usar preservativo siempre.

## CAPÍTULO VIII



## **Conclusiones**

Este estudio nos permite obtener valiosas conclusiones respecto a la situación de las mujeres funcionarias del Hospital Carlos Van Buren en relación a la adherencia al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino.

- La mayoría de las encuestadas son mujeres en edad reproductiva, adultas jóvenes y de nivel socioeconómico medio, predominando las funcionarias de tipo administrativos y técnicos paramédicos.

- En nuestro estudio el 59.79% de la muestra posee su examen de PAP vigente, lo que significa que la mayoría de las mujeres están acogidas al programa de pesquisa precoz de Cáncer Cervicouterino, sin embargo el 30.43% tiene atrasado su examen de PAP y el 9.36% nunca se lo ha realizado. Hay que considerar que todos los rangos de edad se encuentran bajo la cobertura nacional del año 2003, que corresponde al 66% y se observa que a medida que las mujeres se van alejando de la edad reproductiva su autocuidado respecto a la prevención del CaCu disminuye.

- Las principales causas emitidas referentes a la no adherencia de las funcionarias al programa de CaCu son la “falta de tiempo” y la “dejación”. Otra causa emitida por estas mujeres para no realizarse el examen de PAP, es el estar histerectomizadas, lo cual podría aceptarse siempre y cuando la causa de la histerectomía no haya sido el tratamiento de un CaCu.

- Un 51.49% de las encuestadas declaran haber tenido entre 2 y 4 parejas sexuales a lo largo de sus vidas. A mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo la infección por HPV y al considerar el número de compañeros sexuales de estas parejas el riesgo de desarrollar un CaCu se amplifica.

- Solo el 10% de las encuestadas refieren que sus parejas utilizan preservativo en todas las relaciones sexuales, mientras que el 89.15% declara que los mismos no utilizan este método. Si se relaciona con el número de parejas sexuales conforman el principal factor de riesgo para adquirir el HPV con su consiguiente consecuencia de desarrollar un CaCu.
- El 48% de las mujeres encuestadas reconocen el hábito tabáquico dentro de su estilo de vida, lo cual es de suma importancia considerando que en variados estudios se ha reconocido la asociación directa entre fumar cigarrillos y la progresión de la infección genital inducida por HPV. Los productos derivados del consumo de cigarrillos se impregnan en los tejidos evitando que el sistema inmune local reconozca la infección por HPV.
- Respecto a la adherencia al Programa Nacional de CaCu con relación al número de parejas sexuales, llama la atención, que aquellas mujeres que han tenido 5 o más parejas sexuales, tienen su examen vigente.
- Del estudio se desprende que la mayoría de las funcionarias poseen un alto nivel de conocimiento en lo que respecta al Programa Nacional del CaCu, lo cual se puede atribuir a que dichas funcionarias están inmersas en los problemas de salud de nuestra población, sin dejar de mencionar además la constante preocupación a nivel Ministerial de que estos temas sean conocidos y difundidos a la comunidad.
- De lo expuesto anteriormente, se deduce que no basta con tener solo conocimiento sobre el Programa de Nacional de CaCu para que las mujeres se realicen el examen de PAP, por lo tanto se deben crear nuevas estrategias para aumentar la adherencia a dicho programa.

## **Sugerencias**

Nuestras sugerencias como Tesistas de la Carrera de Obstetricia y Puericultura con respecto a nuestra investigación apuntan al orden que pasamos a señalar:

La modificación del actual Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino debería incluir a las mujeres menores de 25 años que hayan iniciado su vida sexual hace un año o más. Además recomendamos que la vigencia del examen Papanicolaou debiese ser de 1 año y no 3 años como ocurre actualmente, debido a que el tiempo que transcurre entre un PAP y otro puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo de una neoplasia.

Un punto importante es que se incluya la toma de PAP a mujeres con antecedentes personales de histerectomía por CaCu ya que actualmente no existe una normativa que delimite la toma de PAP en dichas mujeres.

Actualmente se sabe que se cuenta con un método de prevención para el HPV consistente en vacunas contra este virus, para lo cual proponemos que el MINSAL debiese realizar las gestiones necesarias para lograr la total inclusión de este beneficio dentro del Programa Nacional de Inmunización considerando costo beneficio.

Tomando en cuenta las limitaciones y el costo actual de estas vacunas, su eventual uso en el ámbito privado generará una brecha en la equidad de acceso en la población, dejando marginados del uso de este método a los sectores económicos más vulnerables de la comunidad. Es por ello que estimamos prioritario que las autoridades sanitarias refuercen el Programa de Prevención y tratamiento precoz del Cáncer Cervicouterino asegurando el acceso de la población de menos recursos. Estamos conscientes que para ello y, en general, para implementar o reforzar cualquier Programa se requiere una infusión de recursos por parte del Gobierno para tales efectos.

Proponemos, en general, reforzar el Programa de prevención de Cáncer Cervicouterino en Chile en todos los centros de atención, generándose la iniciativa

por parte de todas las funcionarias de los Sistemas de Salud del país para asegurar que todas las mujeres entre 25 y 64 años, o de edades menores si han iniciado actividad sexual y según factores de riesgo, tengan acceso a la detección y manejo de lesiones pre-malignas y malignas, aumentando su cobertura y evaluando la incorporación de nuevas tecnologías de detección precoz de lesiones.

En esta línea de acción, se propone que todos los recintos hospitalarios, como es el caso del Hospital Carlos Van Buren, cuenten con un Programa de Prevención del Cáncer Cervicouterino orientado a todas las funcionarias que laboran en dichos establecimientos asistenciales, promovido y difundido a sus trabajadoras con el propósito de que estas cuenten con la información oportuna y la motivación necesaria para que el Centro de Salud se proponga como meta, el superar anualmente el porcentaje de PAP realizados. Se plantea que deben incluirse en este programa a todas las funcionarias menores de 25 años y que hayan iniciado actividad sexual y las mujeres que hayan sido histerectomizadas cuya causa de la intervención sea por un Cáncer Cervicouterino.

Es fundamental la creación de un comité de autocuidado en los diversos Centros de Salud, el cual esté encargado de promocionar estilos de vida saludables con énfasis en el fortalecimiento de factores protectores para la prevención de diversas enfermedades dentro de ellas el CaCu, como por ejemplo trabajar en la disminución del hábito tabáquico, uso de preservativos, toma de PAP, etc., formando así un equipo de funcionarios responsables con su propia salud siendo un ejemplo para su comunidad.

Por último, dejamos abierto el debate en relación a la problemática que nos convoca, invitando a la continuidad en la investigación, el estudio, el análisis y la difusión de estos temas por cuanto el cambio constante en los intereses, hábitos, circunstancias, tendencias culturales, entre otros factores influirá, a nuestro juicio, de una u otra forma en las causales que esgriman las usuarias al momento de la práctica del PAP.

## CAPÍTULO IX



## **Bibliografía**

### 1. Trabajos de Tesis.

- a) Mabota, F. “Comparación de las Variables Epidemiológicas y Biológicas de Pacientes con Cáncer de Cérvix procedentes de las ciudades de Maputo (Mozambique) y Barcelona (España)”. Tesis para Optar al Grado de Doctor en Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. 2005
- b) Alvarado L. y Cols. Seminario Tesis “Factores de Riesgo para Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino en Estudiantes Universitarias”, Universidad de Valparaíso, año 2008

### 2. Obras.

- a) Tratado de Ginecología, Tercera Edición Harcourt Brace, 1999.
- b) Adaptado de Ojeda J.M. y col Medwave. Año 2, No. 8, Edición Septiembre, 1995.
- c) Harrison, Tratado de Medicina Interna 1999.

### 3. Medios Electrónicos.

- Cáncer Cervicouterino. El Cáncer que no debe matar. Agenda Salud. Publicación Trimestral del Programa Mujeres y Salud de Isis Internacional. 2002

### 4. Guías.

- a) MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Cáncer Cervicouterino Serie Guías Clínicas N ° XX, 3ª edición 2006.

- b) Programa de Prevención de Cáncer de Cérvix en la atención Primaria  
SESCAM 2004
- c) Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la OMS,  
“Manual de Procedimientos de Laboratorio de Citología”
- d) Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, Ministerio de Salud,  
Gobierno de Chile, 2006.

## 5. Revistas.

- a) Marta Prieto M. Matrona, encargada Nacional del Programa de Cáncer Cervicouterino Ministerio de Salud PROGRAMA NACIONAL DE CANCER CERVICOUTERINO Octubre de 2006.
- b) Dra. María t. Martin de Civetta, Carcinogénesis, Cátedras de Cirugía, 2005.
- c) Dra. Martha Díaz V, “Manual de prácticas de laboratorio, técnicas citológicas”, Segunda Edición. 2000.
- d) Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N°1 2007.
- e) Boletín Escuela de Medicina U.C Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N°1 2007, Infección por Virus Papiloma Humano y Cáncer Cervicouterino: ¿en las puertas de la prevención?, Dra. Katia Abarca V.
- f) REV SOGIA 2004; 11(2):58-63, C. Conejero R.1, B. Urgilés C.1, K. Wensioe K.1, J.M. Ojeda2, Prevención de infecciones por HPV.

- g) Documento de Dra. Carolina Spröhnle. Residente Medicina Familiar PUC.  
Editor: Dra. Luz Montero. Docente Medicina Familiar PUC. Primera Edición.  
2002.

6. Páginas Web.

- a) [www.conace.cl](http://www.conace.cl)
- b) [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- c) [www.reddesalud.org](http://www.reddesalud.org)
- d) [www.articulosdemedicina.com/cancer-de-utero/](http://www.articulosdemedicina.com/cancer-de-utero/)
- e) [www.ginecoweb.com/0citologia.html](http://www.ginecoweb.com/0citologia.html)
- f) [www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge](http://www.bcn.cl/guias/plan-ges-ex-auge)

7. Otros.

- a) Lineamientos de la Reforma de Salud, Dr. Pedro Crocco Ávalos, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL, 2005.
- b) Departamento de Estadísticas, Unidad de Cáncer, MINSAL, 2005.
- c) Documento de trabajo Examen medicina preventiva durante el primer año de vigencia, Departamento de Estudios, Superintendencia de Salud, Abril, 2005.
- d) Decreto Ley N° 228 Santiago, 23 Noviembre del 2005

## CAPÍTULO X



ANEXO: ENCUESTA



Universidad de Valparaíso  
Escuela de Obstetricia  
Carrera Obstetricia y Puericultura



**Encuesta**

**Esta encuesta es anónima y voluntaria. La información contenida en ella sólo será utilizada para fines de la investigación.**

Las siguientes preguntas están destinadas a conocer aspectos de su vida personal. Lea atentamente las preguntas y conteste con la alternativa que más la identifique.

**POR FAVOR:**

**Responda la TOTALIDAD de las preguntas y seleccione sólo UNA alternativa para lograr la efectividad del estudio.**

- 1.- Edad: \_\_\_\_\_
- 2.- Profesión u Oficio: \_\_\_\_\_
- 3.- ¿Cuál es su nivel educacional? (seleccione alternativa)
  - a) Sin escolaridad
  - b) Básica incompleta
  - c) Básica completa
  - d) Media incompleta
  - e) Media completa
  - f) Técnica superior incompleta
  - g) Técnica superior completa
  - h) Superior incompleta
  - i) Superior completa
- 4.- Su vivienda es:
  - a) Propia
  - b) Arrendada
  - c) Allegada

5.- ¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_

6.- ¿Cuál es el ingreso mensual total de su hogar? (Suma total del ingreso familiar).

- a) \$ 0 - \$ 150.000
- b) \$ 150.000 - \$ 300.000
- c) \$ 300.000 - \$ 600.000
- d) \$ 600.000 o más.

7.- ¿Cuenta con todos los servicios básicos en su hogar? (alcantarillado, luz eléctrica y agua potable)

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

8.- ¿Se ha realizado alguna vez el PAP? (En caso de responder NO pase a pregunta N°11)

- a) Si
- b) No

9.- ¿Cuándo se realizó su último PAP? (escriba mes y año).

Mes: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

10.- En el caso de tener su PAP al día ¿Cuál es el motivo?

---

---

---

11.- En el caso de no tener su PAP al día o nunca habérselo realizado, ¿Cuál es el motivo?

---

---

---

**ITEM 2 CUESTIONARIO**

1.- ¿Qué edad tenía usted al momento de su primera relación sexual? \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido durante su vida?

- a) Ninguna
- b) Solo 1
- c) Entre 2 y 4
- d) 5 y más

3.- ¿Cuántos partos vaginales ha tenido usted? (incluye fórceps) \_\_\_\_\_

4.- Al mantener relaciones sexuales, ¿su o sus parejas han utilizado **siempre** preservativo?

- a) Si
- b) No

5.- ¿Ha utilizado anticonceptivos orales durante un periodo igual o mayor a 5 años en forma continua?

- a) Si
- b) No

6.- ¿Actualmente usted fuma?

- a) Si
- b) No

7.- En su familia directa, ya sea padres, hermanos(as), tíos(as) o abuelos(as), ¿se ha diagnosticado algún cáncer?

- a) Si
- b) No

### **ITEM 3 CUESTIONARIO**

Respecto al Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino, responda las siguientes preguntas:

- 1.- El Examen Papanicolaou (PAP) es utilizado para:
  - a) Detectar embarazo
  - b) Detectar Cáncer Cervicouterino u otras lesiones del cuello uterino
  - c) Detectar Miomas Uterinos
  - d) Todas las anteriores
  - e) No sabe
  
- 2.- Respecto al examen PAP:
  - a) Es una muestra de sangre
  - b) Extracción de un trozo de útero
  - c) Toma de muestra de células del cuello uterino
  - d) Es una muestra de orina
  - e) No sabe
  
- 3.- ¿Cuándo se debe iniciar la toma de PAP?
  - a) Después del primer parto
  - b) Al quedar embarazada
  - c) Luego de la primera menstruación (menarquia)
  - d) Al cumplir los 25 años o iniciadas las relaciones sexuales
  - e) No sabe
  
- 4.- el PAP es un examen gratuito y al alcance de todos en el sistema público de Salud
  - a) Si
  - b) No
  - c) No sabe
  
- 5.- ¿Cuál de las siguientes opciones predispone a desarrollar Cáncer Cervicouterino?
  - a) Ser portadora del Virus Papiloma Humano (HPV)
  - b) Vida sedentaria
  - c) Hipertensión Arterial
  - d) Todas las anteriores
  - e) No sabe
  
- 6.- ¿Cada cuánto tiempo se debe realizar el PAP?
  - a) Mensualmente
  - b) Cada 3 años
  - c) Cada 5 años
  - d) Una vez en la vida
  - e) No sabe

- 7.- ¿Cuándo el Cáncer Cervicouterino es totalmente curable?
- a) Al inicio de su desarrollo
  - b) En etapa avanzada
  - c) En mujeres menores de 30 años
  - d) Nunca es curable
  - e) No sabe
- 8.- ¿El Cáncer Cervicouterino se encuentra dentro del GES o AUGE?
- a) Si
  - b) No
  - c) No sabe
- 9.- ¿PAP alterado siempre significa diagnóstico de Cáncer?
- a) Si
  - b) No
  - c) No sabe