

Causas de denegación del examen de Papanicolau⁵

Grounds for refusal to undergo the Pap test

María Carolina Medina ⁶

Hilda Ramírez ⁷

DOI: [https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V1N1\(2017\)3](https://doi.org/10.36003/Rev.investig.cient.tecnol.V1N1(2017)3)

RESUMEN

El Cáncer de cuello uterino es la segunda neoplasia maligna más frecuente en las mujeres. El Papanicolaou es un test al cual las mujeres deben someterse de manera preventiva a partir del inicio de las relaciones sexuales para detectar precozmente las lesiones pre-invasivas del epitelio del cuello uterino y así evitar las muertes a causa del cáncer cervicouterino. El objetivo de este trabajo fue detectar los motivos por los cuales las mujeres que acuden al Hospital de Villa no se realizaron el estudio del Papanicolaou. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal y deductivo, con una muestra de 100 pacientes que acudieron al Hospital de Villa Elisa en los meses de marzo a mayo del año 2017 utilizando encuestas. Se concluye que las pacientes que acuden al Hospital de Villa Elisa no se realizan el Papanicolaou en primer lugar por miedo al procedimiento, y en segundo lugar porque en sus lugares respectivos de trabajo no les dieron permiso para ir a realizarse dicho estudio, pese a que existe una ley que otorga licencia una vez al año para realizarse el PAP y la Mamografía.

Palabras clave: Papiloma virus humano (HPV), Cáncer de cuello uterino (CCU), Neoplasia, Prevención, Mortalidad, Detección precoz, Infección de transmisión sexual (ITS)

⁵ Fecha de recepción: septiembre 2017; fecha de aceptación: noviembre 2017

⁶ Estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Privada María Serrana. Asunción, Paraguay.

⁷ Asesora del trabajo y profesora de la Carrera de Medicina de la Universidad Privada María Serrana. Asunción, Paraguay.

ABSTRACT

Cervical Cancer is the second most frequent female malignancy. The Pap smear is a test that women should undergo preemptively from the beginning of sexual relations to detect early lesions pre-invasive of the epithelium of the cervix to prevent deaths from cervical cancer. The objective of this study was to detect the reasons why women who came to the Hospital of Villa Elisa did not undergo the study of the PAP. It was a longitudinal and deductive, descriptive study, using surveys with a sample of 100 patients who came to the Hospital of Villa Elisa between March and May in 2017. It is concluded that patients who came to the Hospital of Villa Elisa did not perform the PAP test, firstly because of fear to the procedure, and secondly because in their respective places of work they did not give them permission to conduct such a study, although there is a law that licensed to perform PAP and mammography once a year.

Keywords: papillomavirus human virus (HPV), Cancer of the cervix (CCU), Neoplasia, prevention, mortality, screening, sexually transmitted infection (STI)

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) es la segunda neoplasia de mayor frecuencia para el sexo femenino, luego del cáncer de mama en el mundo, y representa el 6% de todos los cánceres en general. El Papanicolaou (PAP) es un test que utiliza una técnica mediante la obtención de células del exocérvix y endocérvix para observarlas al microscopio, que ha demostrado detectar precozmente el cáncer de cuello uterino pudiendo entonces tratarlo oportunamente evitando decesos por esta causa. Desde la introducción del Papanicolaou, en 1950, la mortalidad por cáncer de cuello uterino ha disminuido con rapidez.

El inicio precoz de la actividad sexual, un elevado número de parejas sexuales, sumados a antecedentes de Infecciones de transmisión sexual (ITS), higiene perineal deficiente, bajo nivel socioeconómico y el tabaquismo; son factores de riesgo para el desarrollo del cáncer de cuello uterino, por ello las mujeres deben someterse a este estudio de manera preventiva y con ello la detección precoz de lesiones pre invasivas asintomáticas del epitelio escamoso de recubrimiento cervical.

La infección por el virus del papiloma humano (HPV) es el principal suceso desencadenante de la neoplasia en la mayoría de las mujeres con cáncer cervical.

Se recomienda la práctica regular del PAP en todas las mujeres que han cumplido 21 años, aunque algunas organizaciones lo recomiendan antes, según los antecedentes sexuales porque con el inicio de éstas viene el riesgo de contraer el virus HPV.

Teniendo al alcance este estudio en todos los establecimientos de salud públicos y privados no todas las mujeres se someten rutinariamente a este estudio.

A través este trabajo de investigación se exponen las posibles causas por las cuales mujeres que acuden al Hospital Materno Infantil de Villa Elisa no se realizan el estudio

de Papanicolaou en el segundo trimestre del año 2017.

La porción vaginal está constituida por la línea de inserción de la vagina sobre el cuello. Esta línea, de 0,5 cm de ancho, es oblicua inferoanteriormente. La vagina, en efecto, se inserta posteriormente a igual distancia de ambos extremos del cuello o en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores, mientras que anteriormente se fija en la unión de los tercios medio e inferior del cuello. En consecuencia, la porción intravaginal es más alta posterior que anteriormente. La porción intravaginal del cuello, comúnmente llamada hocico de tenca, sobresale en la cavidad vaginal. Es cónica, con el vértice redondeado y horadado por una abertura, el orificio del útero (externo del cuello), que da acceso a la cavidad uterina. Las características de la porción intravaginal difieren en la virgen, en la primípara y en la múltipara. En la mujer virgen, el cuello es liso, uniforme y de consistencia firme. El orificio del útero es circular o tiene forma de hendidura transversal, de 5 a 6 cm de longitud; sus bordes son regulares; sus bordes son regulares, lisos y únicos, y su consistencia es muy firme. En la primípara, el vértice de la porción intravaginal está aplanado. Su consistencia es menor que en la virgen.

El orificio del útero se alarga transversalmente y sus labios presentan una o dos incisuras poco profundas, con cierta disminución de su consistencia. En las múltiparas, por último, la porción intravaginal del cuello se reduce, pero se vuelve más ancha.

Su consistencia es menos firme aún que en la primípara. El orificio del útero, que puede alcanzar 1,5 cm de longitud, está bordeado por dos labios irregulares cortados por numerosas desgarraduras.

La porción intravaginal está separada de la pared vaginal por el fórnix de la vagina, un fondo de saco anular en el cual se reconocen cuatro segmentos: una porción anterior, una porción posterior y dos porciones laterales.

La profundidad de cada porción se mide por la altura de la cara correspondiente de la porción del cuello. La porción posterior del fónix vaginal es la más profunda y coincide posteriormente con la excavación recto uterina. La porción anterior apenas está marcada, pues el labio anterior del cuello del útero es poco saliente. Sin embargo, de los dos labios del orificio del útero, el anterior desciende siempre un tanto más inferiormente que el posterior. Esto se debe a la inclinación inferoposterior del cuello (1).

La mucosa del cérvix. La mucosa cervical mide unos 2 a 3 mm de espesor y es muy diferente del resto de la mucosa uterina porque contiene glándulas ramificadas grandes y carece de arterias espiraladas. Durante el ciclo menstrual su espesor cambia poco y no se esfaca con su menstruación. Sin embargo, durante cada ciclo menstrual, las glándulas cervicales sufren cambios funcionales importantes que están relacionados con el transporte de los espermatozoides dentro del conducto endocervical. La cantidad y las propiedades del moco secretado por las células glandulares varían en las diferentes fases del ciclo por la acción de las diferentes hormonas ováricas. En la mitad del ciclo la cantidad de moco producido aumenta unas 10 veces. Este moco es menos viscoso y parece proveer un medio favorable para la migración de los espermatozoides. En otros momentos del ciclo menstrual el moco cervical restringe la entrada de los espermatozoides en la cavidad uterina. En consecuencia, los mecanismos hormonales aseguran que la ovulación y las modificaciones del moco cervical estén coordinadas, lo que aumenta las posibilidades de que se produzca la concepción si los espermatozoides recién eyaculados y el óvulo llegan al mismo tiempo al sitio de fecundación en la trompa uterina.

El bloqueo de los orificios de salida de las glándulas mucosas causa la retención de las secreciones y la formación de dilataciones quísticas en la mucosa cervical llamadas

quistes de Naboth. Los quistes de Naboth aparecen con frecuencia, pero sólo son clínicamente importantes si se encuentran en gran cantidad y producen un agrandamiento pronunciado del cérvix. La zona de transformación. La parte del cuello uterino que se proyecta dentro de la vagina (porción vaginal, hocico de tenca, ectocérvix o exocérvix) está tapizada por un epitelio estratificado plano. En la zona de transformación, que en las mujeres de edad fértil está situada justo por fuera del orificio cervical externo, ocurre una transición brusca entre el epitelio simple cilíndrico mucosecretante del conducto endocervical (endocérvix). Antes de la pubertad y después de la menopausia la zona de transformación está dentro del conducto endocervical. Las alteraciones metaplásicas en esta zona de transformación constituyen las lesiones precancerosas del cuello uterino. Las células epiteliales del cérvix se exfolian constantemente hacia la vagina. Los extendidos de células cervicales coloreados con la técnica de Papanicolaou (PAPs) se utilizan de rutina para la detección y el diagnóstico de las lesiones precancerosas y cancerosas del cérvix (2).

Ninguna forma de cáncer documenta mejor los efectos notables de la detección selectiva, el diagnóstico precoz y el tratamiento curativo sobre la tasa de mortalidad, que el cáncer de cérvix. Hace 50 años, el carcinoma de cérvix era la causa principal de muerte por cáncer en las mujeres en EE.UU., pero la tasa de mortalidad ha disminuido en dos tercios hasta su situación actual como octava causa de mortalidad por cáncer. En contraste agudo con esa mortalidad reducida, la frecuencia de detección de los cánceres precoces y las lesiones precancerosas es alta. Gran parte de esos beneficios notables son atribuibles a la eficiencia de la triple toma cervicovaginal para detectar lesiones precancerosas cervicales y a la accesibilidad del cérvix a la colposcopia (examen visual

del cérvix con una lente de aumento) y la biopsia. Mientras que en EE.UU. se producen anualmente unos 11000 casos nuevos de cánceres cervicales invasivos, cada año se descubren casi un millón de lesiones precancerosas de grado variable mediante examen citológico. Así pues, es evidente que la detección selectiva con la triple toma cervico-vaginal no sólo ha aumentado la detección de cánceres en fase temprana potencialmente curables, sino que también ha permitido la detección y la erradicación de lesiones preinvasiva, algunas de las cuales podrían haber progresado hasta el cáncer si no hubiesen sido descubiertas y tratadas.

La patogenia del carcinoma cervical ha sido delineada por una serie de estudios epidemiológicos, clínicos patológicos y de genética molecular. Los datos epidemiológicos han implicado desde hace mucho tiempo a un germen transmitido sexualmente, identificado ahora como el virus del papiloma humano. Harald zur Hausen obtuvo el premio Nobel de 2008 por el descubrimiento del VPH como causa del cáncer cervical. Los VPH son virus ADN tipados sobre la base de la secuencia del ADN y subagrupados según su riesgo oncogénico alto o bajo. Los VPH con riesgo oncogénico alto son considerados en la actualidad el factor más importante por sí solo para la oncogenia cervical. Los VPH con riesgo oncogénico alto también han sido detectados en los carcinomas epidermoides vaginales y en un subconjunto de carcinomas vulvares, penianos, anales, amigdalares y orofaríngeos. Como ya se ha señalado, los HPV con riesgo oncogénico bajo son la causa del condiloma acuminado vulvar, perineal y perianal transmitido sexualmente. Existen 15 VPH con riesgo oncogénico alto identificados en la actualidad. Desde el punto de vista de la patología cervical, el VPH 16 y el VPH 18 son los más importantes.

El VPH 16 justifica por sí solo casi el 60% de los casos de cáncer cervical, y el VPH 18 representa otro 10% de los ca-

sos; otros tipos de VPH contribuyen individualmente con menos de un 5% de los casos. Los factores de riesgo para el cáncer cervical guardan relación con características tanto del huésped como del virus, como exposición a VPH, oncogenicidad vírica, ineficacia de la respuesta inmunitaria y presencia de cocarcinógenos (3).

El cáncer de cuello uterino en el embarazo: es el cáncer más frecuente asociado al embarazo. Su incidencia durante el embarazo oscila de 1 a 13 carcinomas invasores cada 10000 embarazos. Se considera que en 1 a 3 % de los carcinomas invasores de cérvix se diagnostican cuando la paciente está embarazada y si se incluyen los 6 meses siguientes a la terminación de un embarazo. (4).

El cáncer de cuello uterino es el segundo tumor más común y más letal en mujeres alrededor del mundo, probablemente debido a la extendida infección con cepas del virus de papiloma (HPV) de alto riesgo y la utilización limitada o la poca accesibilidad a pruebas de citología vaginal en muchos países de todo el mundo. Se espera anualmente cerca de 500.000 casos de cáncer cervical alrededor del mundo con una aproximación de 240.000 muertes. La incidencia de cáncer es en particular alta en mujeres que viven en América central y del Sur, el Caribe, y el Sur y el este de África. Los esfuerzos en países desarrollados se han enfocado en técnicas de detección de alta tecnología para el HPV, usando reacción en cadena de la polimerasa y otras tecnologías moleculares (5).

Considerando la relevancia del problema planteado en esta investigación se formularon como objetivos del estudio, indagar sobre el conocimiento del estudio del papanicolaou y su importancia en las mujeres que acuden al hospital de Villa Elisa y establecer posibles motivos por los cuales no se realizan el estudio de papanicolaou.

MÉTODOS

Fue un estudio con enfoque cualitativo de tipo descriptivo longitudinal, bajo la modalidad de investigación de campo. Como técnica de recolección de datos se utilizó la encuesta utilizando como instrumento el cuestionario que fue llenado de forma manual por las mujeres encuestadas. En la muestra se incluyeron 100 mujeres que acudieron al Hospital De Villa Elisa entre los meses de marzo a mayo del año 2017.

En cuanto a los criterios de inclusión de la muestra se consideraron aquellas mujeres que acudieron a dicha institución hospitalaria en el segundo entre los meses de marzo a junio del año 2017 y mujeres hysterectomizadas por causas neoplásicas. Los criterios de exclusión comprendieron a aquellas mujeres que no habían tenido relaciones sexuales aun, hysterectomizadas con extirpación del cuello por patología benigna.

RESULTADOS

La distribución por edades varía entre 16 y 64 años. El grupo que aportó más pacientes estaba comprendido entre las que tenían entre 26 y 35 años de edad (37%). En cambio, el grupo que presentó menos pacientes fue el de 56 a 65 años (4%). Ver figura 1.

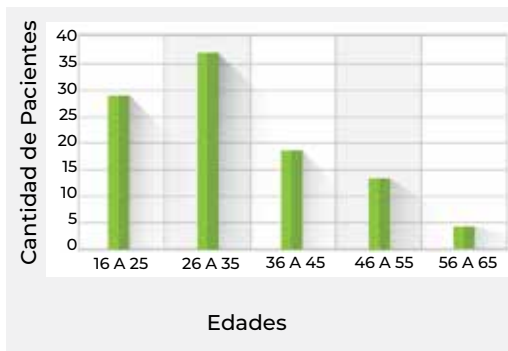


Figura 1. Edades de las pacientes.

El Estado civil de las pacientes encuestadas fue en su mayoría solteras (46%), les siguen en orden de frecuencia las pacientes casadas (28%), las que viven en unión libre (25%), una sola viuda (1%) y ninguna separada (0%). Ver figura 2.

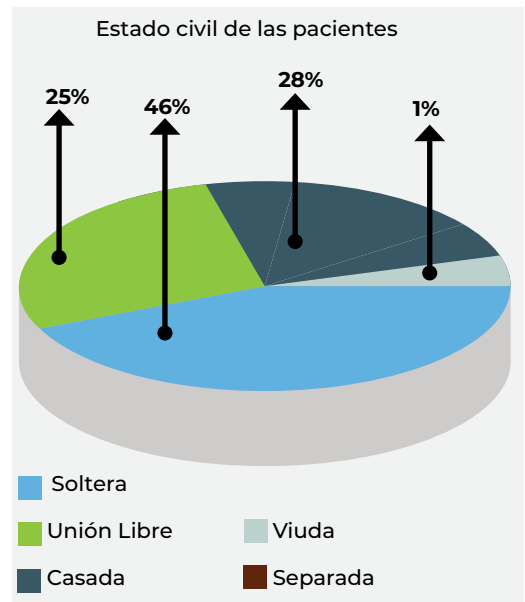


Figura 2. Estado Civil.

Entre las ocupaciones de las pacientes que fueron encuestadas, la mayor parte de ellas se encontraban entre las empleadas/ obreras (36%), seguida por las Amas de casa (34%), las trabajadoras independientes (17%), las desocupadas (4%), ninguna jubilada, y otras ocupaciones (9%). Ver figura 3.

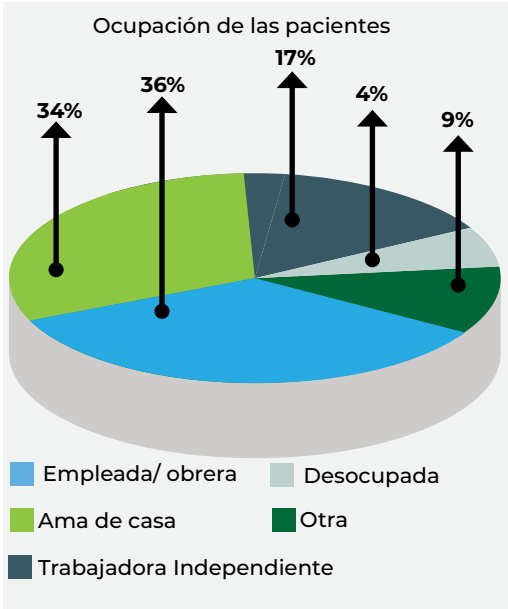


Figura 3. Ocupación.

En cuanto al nivel de escolaridad de las pacientes encuestadas, se halló que el mayor número de las mismas han llegado al nivel universitario (38%), y les siguen las que llegaron al nivel secundario (34%), las que han alcanzado el nivel primario (13%), las que alcanzaron el nivel técnico (11%), por último, las que no accedieron a ningún nivel de escolaridad. Ver figura 4.

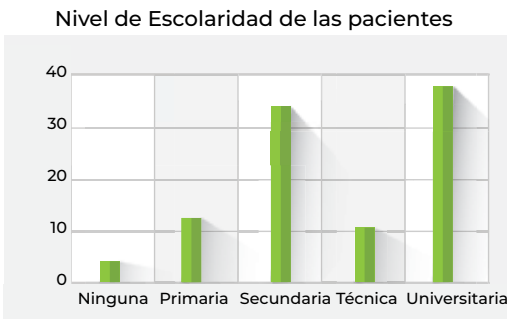


Figura 4. Nivel de escolaridad.

En la Figura 5 se presentan los resultados relacionados con la pregunta si conocían el Pap, la respuesta afirmativa representó un porcentaje mucho mayor (85%), que las que respondieron negativamente (15%).

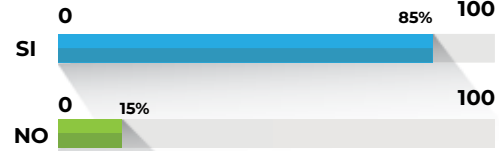


Figura 5. Respuestas de las pacientes sobre el conocimiento del Pap.

La Figura 6 señala las respuestas dadas por las pacientes a la pregunta sobre el conocimiento del Pap para detectar alguna enfermedad, se encontró que la gran mayoría respondieron afirmativamente, 97%, mientras que solo el 3% respondió en forma negativa.



Figura 6. Respuestas de las pacientes a la pregunta sobre la detección de alguna enfermedad a través del Pap.

En relación a los motivos por los cuales las pacientes no se realizan el Pap, una gran parte de las mismas manifestaba miedo a realizarse el estudio (28%), otras tantas argumentaron que no le dan permiso en el trabajo (21%), la otra razón fue la falta de recursos económicos (17%), en algunas lo fue el miedo al resultado (15%), algunas más refirieron que le dieron un turno para el siguiente mes (13%), pocas de ellas comentaron que no tenían con quien dejar a su hijo (8%), y por último, unas pocas dijeron que se esperaba mucho tiempo en sala de espera (6%). Ver figura 7

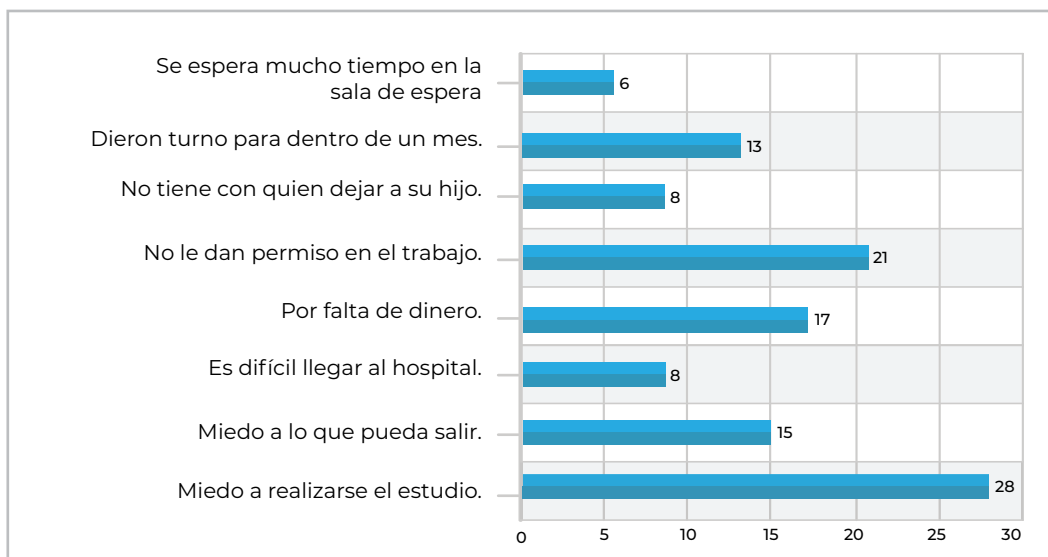


Figura 8. Causas por las cuales las pacientes no se realizan el Pap.

DISCUSIÓN

De las 100 pacientes que acudieron al Hospital de Villa Elisa que no se realizaron el PAP en el último año, el grupo que aportó más pacientes estaba comprendido entre las que tenían entre 26 y 35 años de edad, que son mujeres jóvenes en su mayoría en edad reproductiva, en contraste con las de 56 a 65 años, que son menopáusicas. Las pacientes encuestadas en su mayoría son empleadas/obreras, debido a que tienen menor oportunidad y tiempo disponible para realizarse estudios. Llama la atención que la mayor parte de las encuestadas han llegado al nivel universitario, y esto puede explicarse debido a que este grupo tiene más responsabilidades y ocupaciones, y menos tiempo para realizarse estudios. Las pacientes que respondieron SI a la pregunta “Conoce el

Pap” fueron en un porcentaje mayor, ya que por lo menos alguna vez ya se habían realizado el estudio. La gran mayoría respondieron con el SI a la pregunta “El PAP detecta alguna enfermedad”, da la pauta de que tienen información sobre el estudio pero que aun así no lo realizan. Los motivos por los cuales las pacientes no se realizan el PAP concuerdan con la bibliografía, en la que más pacientes manifestaban miedo a realizarse el estudio, y en segundo lugar mencionaron que no le daban permiso en el trabajo, a pesar de que existe una ley que les otorga a las trabajadoras un día al año de licencia para realizarse el estudio del PAP y la Mamografía.

CONCLUSIONES

El cáncer de cuello uterino es una neoplasia muy frecuente que puede ser detectada tempranamente mediante la prueba del Papanicolaou o citología cervicovaginal. La infección por el virus del HPV es el suceso desencadenante en la mayor parte de las mujeres que han padecido de cáncer cervicouterino. La principal función del Papanicolaou es la detección de la displasia cervical preinvasiva asintomática del epitelio escamoso de recubrimiento. El intervalo recomendado varía de uno a tres años entre una prueba y otra. La ley 3803 otorga licencia a las trabajadoras para someterse a exámenes de Papanicolaou y mamografía.

El estudio del Papanicolaou está disponible para las mujeres en los diferentes centros de salud tanto públicos como privados en todo el país. A pesar de esto existen mujeres que no se realizan este test. En el

presente estudio realizado a mujeres que acuden al Hospital Distrital de Villa Elisa, lo que se pudo encontrar es que la mayor parte de las mujeres que fueron encuestadas no se realiza el Papanicolaou por miedo, y en segundo lugar porque no les dan permiso en sus lugares de trabajo para hacerse este diagnóstico tan importante. Esta información puede ser de interés para la salud pública en Paraguay debido al elevado número de mujeres que siguen muriendo a causa del cáncer de cuello uterino.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rouvière H, Delmas A. Anatomía Humana: Descriptiva, Topográfica y Funcional. Tomo II Tronco. 10ª ed. Barcelona: Masson; 1999. 541 p.
2. Ross M, Pawlina W. Histología. Texto y atlas color con biología celular y molecular. 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. 854 p.
3. Kumar V, Abbas A, Fausto N, Aster J. Robbins y Cotran patología estructural y funcional. 8 ed. Barcelona: Elsevier; 2010. 1018 p.
4. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. 6 ed. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 2005. 335 p.
5. Kasper LD, Fauci SA, Longo LD, Braunwald E, Hauser LS, Jameson JL. Harrison principios de medicina interna. 16 ed. Madrid: McGraw Hill-Interamericana de España; 2006. 813 p.