



En esta edición:

Presentación	01
¿Quiénes somos? Los departamentos hemato-oncológicos	02
Entrevista Una red más equitativa para los pacientes	05
GRAN TEMA El Cáncer de Cuello Uterino	08
Lo que nos enseñan las historias: factor anímico	17
Avances del proyecto	22
Noticias	27

Presentación

El reto del trabajo en red.

El trabajo integrado de unidades geográficamente separadas es la forma más eficiente de ofrecer el servicio oncológico para el enfermo que debe, por la naturaleza de su padecimiento, circular entre los diferentes niveles de atención.

El beneficio del trabajo en red es hacer que ese tránsito por etapas sea rápido y oportuno. Eso supone un reto para cada uno de los funcionarios implicados en los puntos de conexión de la red, pues deben alcanzar la interacción dinámica, aunque no haya entre ellos un vínculo de trabajo nacido de la convivencia habitual: están juntos en el propósito, pero separados en la distancia, con circunstancias diferentes.

Esta condición impone la tarea de hacer grupo y tener relaciones de colaboración con personas ajenas, unificadas solo por la idea de ofrecer el buen servicio al paciente. En ese sentido, es muy importante darse cuenta que, desde el punto de vista del enfermo, la red completa como servicio planificado es más fuerte que la suma de las partes.

Comprender eso y actuar en consecuencia es la base del trabajo conjunto. Implica trabajar localmente bajo la ley del marco completo de la atención: pensar la acción individual desde las ventajas de la red y no desde el punto de vista individual de ella, todo con el propósito de favorecer al paciente.

Por eso, cada parte de la red debe conocer con claridad qué hacer y cómo realizar bien la tarea asignada. El objetivo es que la atención suceda conforme fue diseñada para el servicio óptimo en conjunto. Este tipo de planificación es fácil de distinguir cuando se analiza y se organiza, pero es imposible de separar en la vivencia del paciente, pues él la vive como una experiencia unificada.

Desde esa perspectiva, la recompensa de cada una de las partes es, además de los índices del servicio, la satisfacción de ver el resultado final en cada paciente, en su agradecimiento cuando es atendido con diligencia y puede acceder a los beneficios de la seguridad social con un servicio oportuno y amable.

Dr. Luis Bernardo Sáenz
Director de Proyecto

Contacto

E-mail:
ai_cancer@ccss.sa.cr
Teléfono:
(506) 2222-3353





Fuente:
Perfil funcional para la atención
del cáncer, CCSS, 2009



Valores y compromisos
asociados al servicio
en red:

Compromiso

Cooperación

Excelencia

Humanismo

Respeto

Responsabilidad social

Tolerancia

Transparencia

¿Quiénes somos? Los departamentos de hemato oncología

Los departamentos de hemato-oncología tienen origen con doble propósito: desde el punto de vista del servicio, busca ubicar un problema de salud como centro de la distribución hospitalaria, frente a la organización más tradicional, realizada por disciplinas. La estructura típica, con costumbres arraigadas desde tiempos medievales, fomenta y promueve la fragmentación de la atención, la llamada “descuartización” del paciente, pues cada quien ve una parte sin que haya alguien preocupado por la visión del proceso en conjunto.

En sentido contrario, la organización que pone al enfermo al centro del sistema, se pregunta qué necesita el paciente para ofrecer el servicio de manera integrada, con todos los requerimientos, en un mismo departamento coordinado. Las respuestas forman el enfoque unificado, donde el paciente no viaja solo entre las diferentes etapas sino que es conducido a lo largo de un proceso unitario.

La segunda razón, desde el punto de vista logístico, otorga al departamento de hemato-oncología mayor ventaja para competir por recursos del hospital frente a las tres grandes especialidades: cirugía, medicina y gineco-obstetricia.

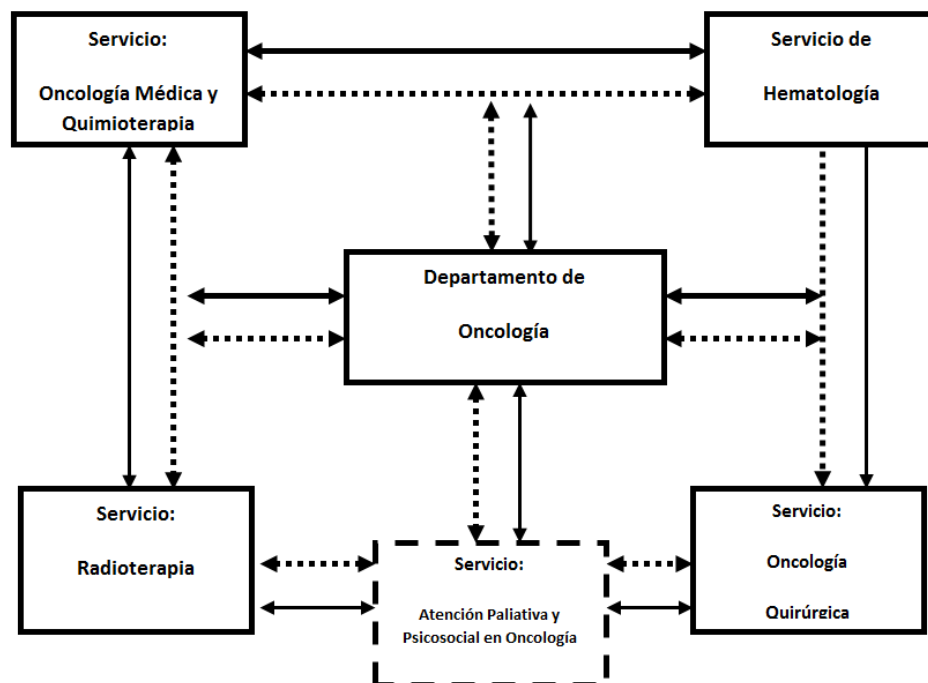
Ese concepto de organización nació para que un problema de salud complejo, como el cáncer, tenga forma organizativa multidisciplinaria y obtenga los recursos suficientes para su ejecución.

En el país, hay cuatro departamentos de este tipo para articular la atención del cáncer de manera más integrada: tres creados en los hospitales nacionales generales (Hospital Calderón Guardia, Hospital San Juan de Dios, Hospital México) y otro en el Hospital Nacional de Niños, como centro especializado.

Además, los DHO orientan y dan asesoría técnica para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en la red de servicios y coordinan acciones necesarias con los servicios el propósito de lograr mayor integralidad.



Este diagrama explica la interacción de las partes relacionadas:



Departamentos de hemato-oncología

Misión:

Otorgar a los usuarios con padecimientos de cáncer, servicios especializados de atención ambulatoria y hospitalaria eficientes, oportunos, de calidad y con un enfoque de red.

Visión:

Suministrar servicios oncológicos con un alto grado de especialización, de tecnología y de calidad, mediante acciones articuladas con la red para lograr una atención efectiva de esta patología.

Objetivo General:

Suministrar atención ambulatoria y de hospitalización de calidad y efectividad, con un enfoque integral en la red de servicios.



Objetivos Específicos:

- Desarrollar gestión técnica y administrativa eficiente y eficaz en la atención del cáncer en la red de servicios, que permita mejorar las condiciones de salud de los pacientes.
- Establecer acciones para contribuir a la atención médica oncológica oportuna e integral, incluyendo tratamientos de quimioterapia necesarios.
- Suministrar tratamientos especializados de radioterapia que permitan mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida de los pacientes.
- Desarrollar procedimientos quirúrgicos oncológicos a los pacientes que lo requieran.



Jefaturas de DHO





Entrevista: Una red más equitativa para los pacientes



Dr. Gonzalo Vargas. Red oncológica del Hospital San Juan de Dios.

¿Cómo ha sido el trabajo para comenzar la red?

El proyecto en red es muy complejo, muy amplio, lleva meses y meses de trabajo. Tenemos un año de reuniones y ya estamos listos para echarlo a andar. Sabemos que vamos a ir poco a poco, puliendo y fortaleciendo el proceso conforme pasen los días. La red es un acuerdo y ahora vamos hacia la ejecución. Somos los pioneros en este trabajo porque la incidencia y la mortalidad de la zona lo ameritan.

¿Cuál es el objetivo?

La virtud de una red oncológica es tener una articulación muy lubricada del nivel 1 al nivel 3. Esto significa que pacientes diagnosticadas de cáncer, a nivel 1, van a tener un acceso tan rápido al sistema de atención como las pacientes del área metropolitana. La red cobra sentido cuando no hay que esperar meses antes de asistir a la atención de nivel 3, de los centros especializados.

Esto ha llevado rondas de conversaciones durante un año a todo nivel: con hospitales, centros de salud y EBASIS; reuniones tanto con los jefes



Hospital San Vito de Coto Brus

de las áreas como con médicos generales; y ya podemos ver resultados porque, además de la disposición, se han hecho alianzas para que entre todos nos ayudemos en una relación de mutuo beneficio.

En fin, es un proceso amplio, tan grande como las necesidades de la zona, y eso implica buscar fondos de diferentes procedencias para actuar de manera planificada, a todo nivel.

¿Entonces, es un proyecto clínico y educativo?

De los siete cánceres que tiene la CCSS como prioritarios, tres están directamente relacionados con la promoción de la salud: pulmón, piel y próstata. Estos cánceres se pueden impactar con guías especiales de acciones concretas y trabajo educativo conductual comunal. Otros tipos de cáncer, por ejemplo, el gástrico o el de mama, requieren manejo clínico de otra índole, siendo necesario fortalecer la atención oportuna para impactar las cifras.

¿Cuál ha sido la respuesta de los médicos?

Hemos recibido una respuesta admirable de todos los médicos del nivel 1 y nivel 2. Nosotros somos el soporte y estamos para ayudarles en su función. Ellos responden bien a la iniciativa porque se han sentido abandonados por muchos años, pero ahora se encuentran con la idea de que la red oncológica les va a ayudar a laborar con mayor prontitud. Cada nivel tiene su función y están muy comprometidos con hacer cada quien lo suyo y ayudarnos mutuamente para trabajar en todos los niveles. Por ejemplo, hay necesidad de formar líderes comunales para impulsar las determinantes de la salud y los factores de riesgo. Porque el trabajo de educación es tanto del personal de salud como de la comunidad.

¿Cuál es el reto?

Está claro que debemos hacer una estrategia sostenible, una intervención generacional para hacer el cambio. Esa es una de las labores de los EBAIS a través del vínculo con los líderes comunales. Mientras tanto, a nivel dos, vamos a enfocarnos en la educación médica, para ampliar el conocimiento y los protocolos de atención.

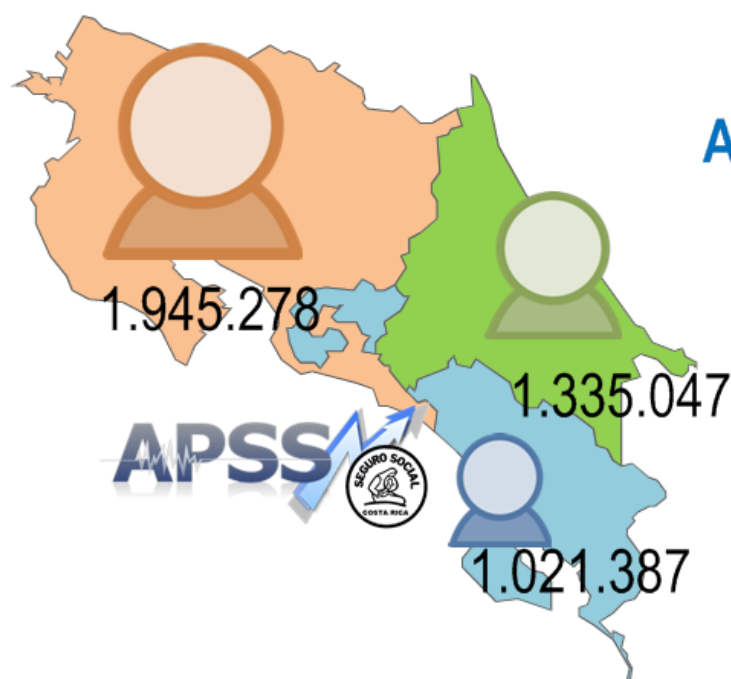




¿Cuáles han sido algunas dificultades en este proceso?

Tenemos escasa tecnología instalada en la zona, necesitamos sumar esfuerzos institucionales y externos para conseguir que cada punto de red cumpla su función a cabalidad. Además, como es normal, estaban desarticulados: cada quien trabajaba en lo suyo, sin una visión de conjunto ni con un proceso bien definido para hacerlo. La idea es ir superando esas dificultades y crear una estrategia común sólida y tecnológicamente sostenible. La tarea es grande, pero creemos que es posible porque hay entusiasmo y compromiso.

ESTADÍSTICA



Ajuste de Población por Red de Servicios de Salud CCSS Censo 2011



Red de Servicios	Hombres	Mujeres	Total
Red Noroeste	959.110	986.168	1.945.278
Red Este	650.949	684.097	1.335.047
Red Sur	496.004	525.383	1.021.387

Fuente: Área de proyección de servicios de salud, CCSS, 2012



Colaboración de
Dr. Rafael Mora Castrillo,
Ginecología y Obstetricia,
Hospital Max Peralta

GRAN TEMA: El Cáncer de Cuello Uterino

El cáncer de cuello del útero (CaCu) es una neoplasia prevenible. Ha sido estudiada por muchos años, y su génesis es ya conocida. Un programa de detección temprana mediante pruebas de tamizaje adecuadamente tomadas y reportadas ha demostrado que reduce la incidencia del mismo considerablemente. El mejor método de tamizaje aceptado mundialmente es el Papanicolaou.

El Papanicolaou

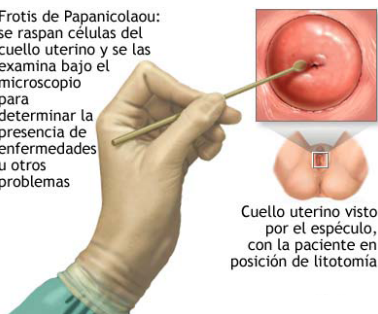
El papanicolau corresponde a un estudio descrito en 1943 por George Nicholas Papanicolaou. EL test consiste en tomar una citología exfoliativa mediante espátula y cepillo del exocervix y endocervix, este se extiende sobre una laminilla y se fija con alcohol 95 grados, posteriormente se realizan tinciones con Hematoxilina que tiñe selectivamente los núcleos, el Orange G y la Eosina Alcohol 50 que tiñe los citoplasmas. Se visualizan las células para detectar aquellas displásicas.

La importancia del papanicolau radica en que disminuye incidencia de CaCu. Esta técnica permite la detección del 30% – 87% (dependiendo del laboratorio). Hay numerosos estudios que no han encontrado diferencia entre la citología líquida o monocapa y la citología tradicional. Se considera que tres citologías anuales valorables y negativas aseguran un epitelio cervical normal por lo que se podría continuar realizándolas cada 2 años. El momento de terminar de realizar las citologías es entre 65 y 70 años si ha tenido citologías satisfactorias y repetidas normales.

Epidemiología

En Costa Rica, el cáncer cervicouterino es una de las neoplasias más frecuentes en la población femenina, aunque la carga de enfermedad ha disminuido en la última década. En el año 2000, la tasa de incidencia estandarizada por edad fue de 50,5 /100.000 mujeres y la de mortalidad de 7,8 /100.000 mujeres. Para el 2008, la tasa de incidencia estandarizada fue de 26,5 /100.000 mujeres y, en el año 2010, la mortalidad estandarizada fue de 5,29/100.000, según el Registro Nacional de Tumores y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos respectivamente.

Frotis de Papanicolaou:
se raspan células del
cuello uterino y se las
examina bajo el
microscopio
para
determinar la
presencia de
enfermedades
u otros
problemas



Cuello uterino visto
por el espéculo,
con la paciente en
posición de litotomía



Teñido



Es decir, en una década, la incidencia disminuyó en un 47% y la mortalidad en un 33%. Sin embargo; este tipo de cáncer sigue siendo un problema importante de la salud, pues todavía es, en cáncer, la tercera causa de incidencia y la cuarta de mortalidad.

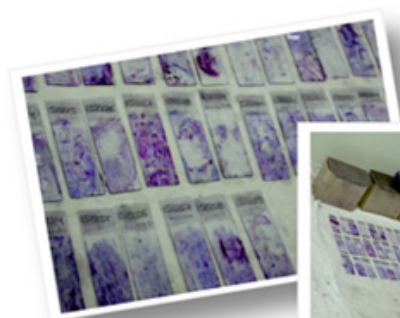
En general, la mayoría de las muertes por esta causa ocurren en las mujeres de mediana edad entre 45 a 64 años; y esto supone, visto a futuro, la mayor cantidad de años de vida perdidos, situación que, además, es indicativa de un diagnóstico tardío. (Ministerio de Salud, Memoria Institucional. En: Indicadores de género y salud, San José, Costa Rica.)

En relación con la sobrevida en cérvix, un estudio realizado por Ortiz, A. y Leal M. en el 2005 (Sobrevida en pacientes con cáncer de cervix), revela que la probabilidad acumulada de sobrevida a cinco años para toda la población fue del 88,3 %. Las pacientes a las cuales se les detectó el carcinoma in situ presentaron una probabilidad acumulada de sobrevida de 98,8 %, mientras que, a aquellas a quienes se les detectó un carcinoma invasor, bajó al 68,3 %.

Estos resultados mostraron valores superiores a los determinados en países con nivel de desarrollo inferior a Costa Rica y similares a los encontrados en países desarrollados.

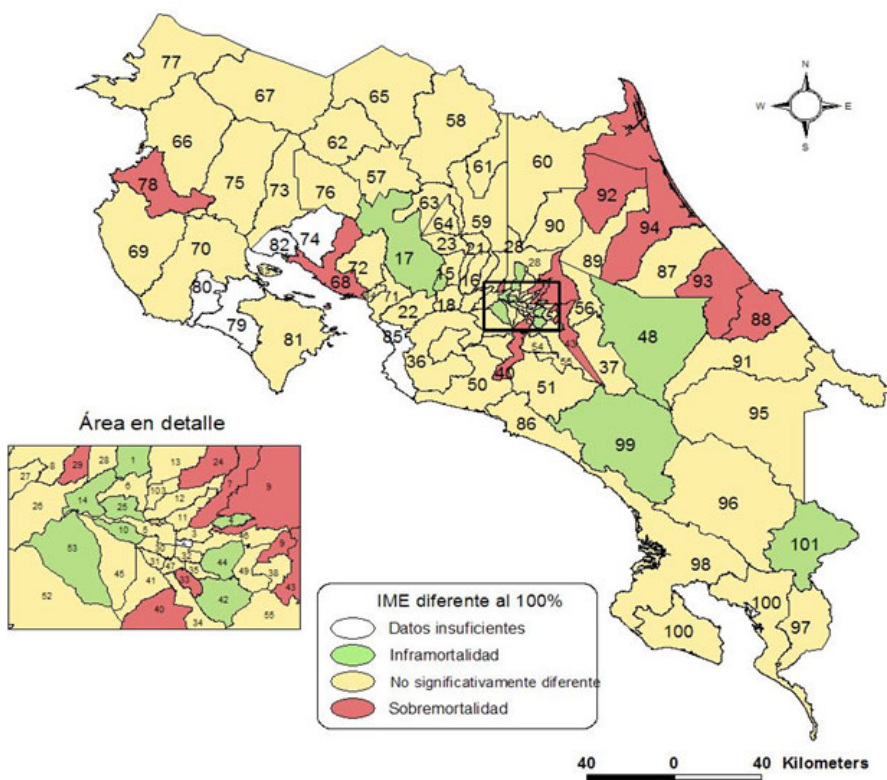
A pesar que la tasa de mortalidad del país se ha reducido, existen diferencias considerables entre las regiones. Por ejemplo, en la Región Huetar Atlántica, se da un patrón de sobremortalidad en relación con el resto del país.

Aun así estos números podrían mejorar mucho si los programas de tamizaje y prevención se reforzaran, esto debido a que la gran mayoría de estas neoplasias tienen su génesis con el virus del papiloma humano (VPH) como factor determinante y necesario pero no único en el desarrollo del mismo. Es importante acotar que 8 de cada 10 mujeres tendrán una lesión por el VPH alguna vez en la vida.





Mortalidad Áreas de Salud con IME significativamente diferente al 100% Cáncer del cuello, cuerpo y parte no especificada del útero. Costa Rica 2000-2005

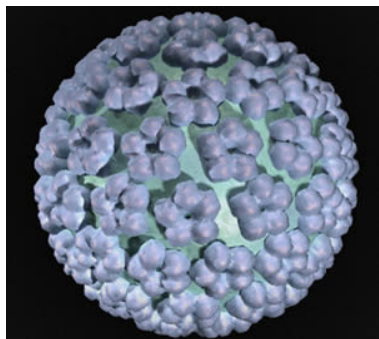


Fuente: Aparicio A. Morera M. Atlas de Mortalidad por cáncer 2000-2005

Existen muchos factores de riesgo para este tipo de cáncer, como los podemos observar en la tabla 1

Tabla 1
Factores de riesgo de Cáncer Cervicouterino
FACTORES DE RIESGO

Conductas sexuales de riesgo	Edad 1er coito Múltiples parejas sexuales No uso del preservativo
Virales (VPH)	Genotipo Variantes Integración
Medioambientales	Edad Tabaco Anticonceptivos orales Paridad Inmunosupresión HIV ITS (Chlamydia, Herpes)
Varón en riesgo	No circuncidado Mala higiene



Virus de Papiloma Humano (VPH)

Hace más de 20 años se reconoció la relación existente entre el VPH y el cáncer de cérvix. El virus del papiloma humano corresponde a un virus de la familia de los papovavirus, aunque en la actualidad los papiloma virus se consideran una “familia aparte”. Tiene la característica de estar formados por una cápsula icosaédrica de 54nm con un ADN circular de doble cadena. En su cápsula no tienen lípidos ni membrana, su estructura es prácticamente proteíca, definida por los genes L1 y L2. Debido a que tienen un tropismo impresionante por el epitelio escamoso, su exposición al torrente sanguíneo es mínima por lo que pasa “desapercibido” por el sistema inmune.

La cadena de ADN está formada por genes tempranos y tardíos. Estos genes tardíos conocidos como L1 y L2 codifican primordialmente para la cápsula viral, y los genes tempranos principalmente el E6 y E7 que son las encargadas de bloquear la apoptosis y producir anomalías cromosómicas.

Existen muchos subtipos de este virus, divididos generalmente en 2 grandes grupos: de alto riesgo (VPHAR) y de bajo riesgo (VPH BR). Los principales de bajo riesgo corresponden al 6 y 11 (90%); los principales de alto riesgo son el 16 y 18 (más de 2/3 partes). La mayoría de infecciones son transitorias y no poseen ningún riesgo: VPH BR : 5 meses y VPH AR: 8 meses. Riesgo elevado solo el 10% de infectadas. La progresión de NIC 3 a cáncer invasor varía de 8.1 a 12.6 años y la regresión de NIC 1 es de 60% y de NIC 2 es de 40%

Clasificación de las lesiones premalignas

El CaCu es una neoplasia prevenible en su gran mayoría. Esto se realiza mediante la detección de las lesiones premalignas. Se han realizado diversas clasificaciones para estas lesiones, siendo las más importantes la de Reagan (1956), Richart (1968) y Bethesda (2001). El consenso de Bethesda (tabla 2) es el que está aceptado hoy día como referente para la clasificación de estas lesiones, aunque, en algunos centros, aún se utilicen las terminologías de las otras clasificaciones. Es importante conocer cada clasificación y sus equivalencias, como se puede apreciar en la tabla 3.



Tabla 2
Clasificación de Bethesda

Células epiteliales anormales:

Células escamosas:

Células escamosas atípicas (ASC):

- De significado indeterminado (ASC-US).
- No puede excluir lesión escamosa intraepitelial de alto grado (ASC-H).

Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL):

- Incluye: cambios por virus de papiloma humano/displasia leve/neoplasia cervical intraepitelial (CIN I).

Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL):

- Incluye: cambios por displasia moderada y severa, carcinoma *in situ*, CIN II y CIN III.

Carcinoma escamoso.

Células glandulares:

Células glandulares atípicas (AGC).

Células glandulares atípicas, neoplasia.

Adenocarcinoma *in situ* endocervical (AIS).

Adenocarcinoma.

Otros:

Células endometriales atípicas en mujer ≥ 40 años.

Lectura automatizada y técnicas auxiliares (incluir si se precisa)

Notas didácticas y sugerencias (opcional)

Tomado del Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. SEGO



Tabla 3
Sistemas de clasificación de lesiones premalignas
para la prevención de CaCu

Bethesda (2001)	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado		
Richart (1968)	NIC 1	NIC 2	NIC 3	
Reagan (1956)	Displasia leve	Displasia moderada	Displasia severa	Carcinoma in situ

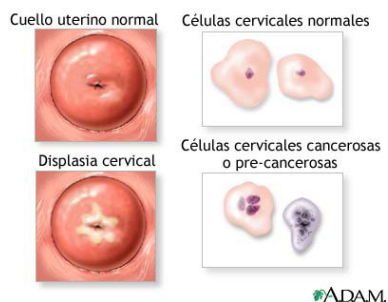


Prevención

Las estrategias de prevención están dirigidas a combatir la infección por el VPH. Existen dos formas de prevenir esta infección: la primera es mediante la vacunación y la segunda mediante la identificación y tratamiento de las lesiones premalignas.

Existen dos vacunas en el mercado una quadrivalente (para VPH 6-11-16-18) y una bivalente (para VPH 16-18). Ambas están formadas por proteínas de la cápside L1 y no contienen productos biológico vivos ni ADN viral por lo que no son infecciosas. Ambas actúan induciendo tanto inmunidad humoral como celular. Las dos vacunas están diseñadas para uso profiláctico, nada más. Las dosis que se necesitan aplicar para ambas son tres: básicamente, la quadrivalente se utiliza un esquema 0-2-6 meses y la bivalente 0-1-6.

Actualmente las órdenes del Centers for Disease Control (CDC) para la vacunación por VPH es: a todos los niños mayores de 11 años; en adultos; a todas las mujeres menores de 26 años; y hombres menores de 21 años. Los hombres entre 22 y 26 años se deben vacunar si se encuentran inmunosupresos por cualquier causa, tienen relaciones sexuales con otros hombres o simplemente por solicitud del mismo.



Diagnóstico

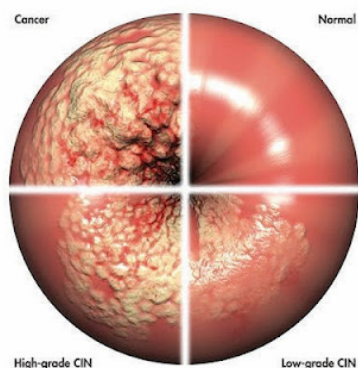
En etapas tempranas es totalmente asintomático. Usualmente los síntomas incluyen: descarga vaginal acuosa, manchado transvaginal ocasional y sangrado postcoito.

Para etapas tempranas, usualmente el diagnóstico se establece cuando se ha realizado un papanicolau que tiene alguna de las lesiones antes mencionadas. Usualmente ante este escenario se le solicita una colposcopia a las pacientes y se les realiza una biopsia dirigida, la cual si sale positiva por carcinoma de cérvix se le realiza un cono frío diagnóstico para valorar la invasión de la misma. En ocasiones se realiza por lesiones premalignas un LEEP (por sus siglas en inglés una escisión con asa diatérmica). El resultado del mismo nos reporta un carcinoma cervical, el cual, si tiene reportada la invasión, es suficiente para hacer el diagnóstico y plan de tratamiento.

Histología

Existen dos tipos de epitelio en el cérvix: escamoso y cilíndrico, separados por una zona de transformación. Debido a esto existen dos grandes grupos histológicos de cáncer cervicouterino: el primero escamoso (corresponde a 80% de casos) y el adenocarcinoma (corresponde aproximadamente a 15% de casos). Otras variedades incluyen:

- Carcinoma verrucoso
- Adenoma maligno
- Adenocarcinoma endometroide
- Adenocarcinoma de cels. Celulas claras



Estadaje del CaCu

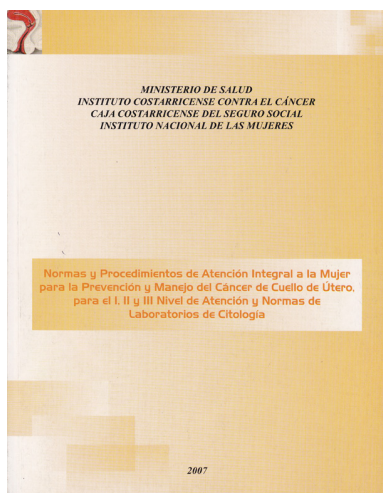
Existen tres sistemas de estadaje principales para esta neoplasia, los cuales son: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), The American Joint Committee on Cancer (TNM) e International Union Against Cancer (UICC). A nivel mundial los artículos y la literatura se reportan con la clasificación de la FIGO, por lo que es la más importante para poder tener consenso internacional. Esta clasificación se expone en la tabla 4. La importancia de esta clasificación radica en que a diferencia de los otros cánceres ginecológicos, se clasifica clínicamente y, se determina el tratamiento con base en ello.



Tabla 4.
Estadía de CaCu según FIGO

Estadio 0	Carcinoma in situ, NIC 3
Estadio I	<p>Estrictamente confinado al cervix</p> <p>Ia Carcinoma invasor. Solo se diagnostica por microscopio. La invasión es limitada a una medición estromal máxima de 5mm de profundidad y no más de 7mm de extensión horizontal. Ia1: invasión estromal no mayor a 3mm de profundidad y extensión no mayor a 7mm Ia2: invasión estromal no mayor a 5mm de profundidad y extensión no mayor a 7mm</p> <p>Ib Lesiones clínicamente visibles limitadas al cervix o cáncer preclínico mayor al Ia</p>
Estadio II	<p>Invade más allá del útero, pero no a la pared pélvica o tercio inferior de vagina</p> <p>Ila Sin invasión obvia de parametrios</p> <p>Ilb Con invasión obvia de parametrios</p>
Estadio III	<p>El carcinoma se ha extendido a la pared pélvica. En el tacto rectal no se palpa espacio libre entre tumor y pared pélvica. El tumor involucra el tercio inferior de la vagina. Todos los casos con hidronefrosis o riñones no funcionales se incluyen, a menos que se conozca otra causa.</p> <p>IIla Invade tercio inferior de vagina, sin extensión a pared pélvica</p> <p>IIlb Extensión a pared pélvica o hidronefrosis o riñón no funcional</p>
Estadio IV	<p>El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera, o ha invadido (con biopsia) la mucosa vesical o rectal.</p> <p>IVa Metástasis a órganos adyacentes</p> <p>IVb Metástasis a órganos a distancia</p>

Adaptado de la FIGO. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynaecologic cancers



Desde el 2007, el país cuenta, según el decreto N° 33119-S publicado en el diario La Gaceta 131, con “El Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello Útero”, I y II Nivel de Atención y Normas de Laboratorio de Citología”. Este documento estandariza los parámetros científicos y éticos para realizar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de acuerdo a cada nivel de atención.

Tratamiento

Los carcinomas en estadios tempranos se benefician de tratamientos quirúrgicos y radioterapéuticos. Los carcinomas de estadios más tardíos solo se benefician de radioterapia. Recientemente se ha demostrado el beneficio que tienen estos pacientes de quimioterapia coadyuvante. Como regla general, los carcinomas estadio (Ia) al (IIa), se benefician de tratamiento quirúrgico y los (IIb) en adelante requieren radioterapia y no son beneficiados por cirugía.

Pronóstico

El factor más importante es el estadio; sin embargo existen otros factores que influyen sobre el pronóstico, entre los cuales encontramos: afectación linfática, volumen del tumor, profundidad de invasión estromal, invasión espacio linfovascular, y tipo histológico y grado. Según el estadio FIGO, la mayoría de las neoplasias tempranas (Ia) tienen sobrevividas superiores al 96% a los 5 años; para los estadios más avanzados, la sobrevivida a cinco años se reduce hasta el 15%.

Embarazo y Cáncer

Encontrar un cáncer cervicouterino es raro en el embarazo, presentándose en un 0.05% de todos los embarazos. El hecho de estar embarazada, no afecta el pronóstico del mismo así como el cáncer no afecta al feto directamente, solo afección secundaria a tratamiento. La recomendación general es alcanzar la madurez fetal y posterior cesárea con histerectomía más linfadenectomía pélvica. Se puede utilizar quimioterapia neoadyuvante mientras se alcanza madurez.

Bibliografía

1. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 35, May 2002. ACOG Practice Bulletin.
2. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 61, Abril 2005. ACOG Practice Bulletin.
3. Global Guidance For Cervical Cancer Prevention and Control, October 2009. FIGO
4. Staging classifications and clinical practice guidelines of gynaecologic cancers. FIGO
5. Tratado de Ginecología Obstetricia y Medicina de la Reproducción. SEGO
6. Citología Ginecológica, de Papanicolaou a Bethesda, César Iacuz
7. Current Diagnosis and Treatment in Gynecology and Obstetrics, 10th edition.
8. Management of Abnormal Cervical Cytology and Histology, Number. 99, ACOG Practice Bulletin



Lo que nos enseñan las historias: el factor anímico

Por José Mairena.

Como es sabido, el diagnóstico de cáncer implica el derrumbamiento emocional del paciente y eso lo vuelve muy sensible en la interacción de todas las facetas de su vida, incluyendo los contactos con el personal de salud, escenario donde enfrenta el miedo de morir frente los deseos de vivir con mayor sensación de angustia, porque su estado de ánimo depende de los resultados y criterios médicos.

El Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Barcelona explica que: “La interacción oncólogopaciente basa su comunicación tanto en el aspecto verbal como en la comunicación no verbal: gestos, miradas, posición del cuerpo, etc., que tienen gran importancia en el éxito final de la relación.” Y asegura que “una buena comunicación entre oncólogo y paciente favorece que el enfermo confíe en su médico, pregunte, exponga sus miedos, etc.”

El grupo de estudio de la relación médico con el paciente oncológico advierte que, a través de ese contacto, el paciente toma conciencia de su situación: su diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Esto sucede al tiempo que el paciente experimenta un abanico de emociones a partir de las noticias que escucha y que van desde la incertidumbre hasta la rabia, el desconcierto, el bloqueo, etc. Por lo tanto, “el personal de salud, mediante su actitud en la situación comunicativa, es decir, estableciendo una comunicación empática con el paciente, puede repercutir en el buen desarrollo de todo el proceso oncológico.”

Por eso, cuando se evalúa el servicio de salud prestado en cáncer, el buen trato hacia los pacientes es tan importante como el abordaje de tratamiento. Es decir, lo clínico y lo anímico actúan en igual medida en la valoración del servicio oncológico, tanto para mantener el apego al tratamiento como para evaluarlo a satisfacción, esto una vez finalizado el proceso de rehabilitación.

Sin embargo, es posible que el personal de salud ofrezca el servicio del cáncer de cérvix con cierta frialdad, incluso con cierto sentido de enojo frente a la “responsabilidad culpable” del paciente por fallar en las normas del auto cuidado.





Esto es así porque, algunas personas del personal médico, actúan bajo la idea de la “acción razonada”, según la cual, si una persona está enterada de los peligros, debería actuar en consecuencia. En ese sentido, las personas que no lo hacen son culpables de faltar a esa responsabilidad y, por tanto, son atendidas con cierta irritación, desprecio o regaño implícito por parte del personal de salud, quienes “castigan” al paciente con el tono de las palabras o con la actitud distante por no haberse cuidado como debería. En términos sencillos, los ven sufrir sin conmovirse porque “se lo merecen” y entonces su ansiedad no tiene la recompensa del trato amable y cálido que sí tienen otros cánceres considerados espontáneos o inevitables.

Ese sentimiento del personal de salud es válido. La primera responsabilidad de la salud es individual. Sin embargo, desde el punto del servicio de la salud, el auto cuidado ya no es un tema en ese momento de emocionalidad crítica y la enfermedad es un hecho. Por lo tanto, no es oportuno que el personal de salud se deje llevar por la emoción y sancione o señale al paciente sus faltas. La enferma, por sí misma, en su propio proceso de asimilación de la enfermedad, podrá darse cuenta de las oportunidades que tuvo para evitar las consecuencias o podrá reconocer más adelante esa situación por su propia reflexión, con ayuda de otras pacientes o por el personal médico que se encargará del tratamiento en etapas posteriores.

La clave es reenfocar el asunto y allí es bueno reconocer las barreras que le impidieron mantener un estricto apego a los exámenes preventivos y se puede hacer advertencia de otros factores de riesgo para otras enfermedades. La experiencia del cáncer puede ser tomada como un factor de recuperar el auto cuidado en otras zonas de riesgo posible a lo largo de la vida. Como han señalado los autores, lo que parece pereza, en realidad es agotamiento frente a las circunstancias. Cuando la capacidad de autocontrol se agota en la persona, la salud comienza a flaquear.

En un sentido más amplio, si el servicio de oncología tiene el sistema de redes de apoyo de pacientes o programas de prevención de la enfermedad, esas pacientes pueden contar sus historias de vida y convertirse luego en promotoras de prácticas responsables con base en su testimonio. Según los estudios internacionales, las personas están más abiertas a escuchar a sus iguales hablándoles de cómo cambió la percepción de la enfermedad a partir de la experiencia vivida que del relato frío de datos y cifras dichas por el personal de salud.



Desde el punto de vista de la comunicación, ambos estímulos son necesarios en los mensajes: el contenido racional como la motivación emocional para que la idea de las buenas prácticas de salud sean asimiladas con mayor facilidad. Los médicos confían en educar a partir de la información, porque la idea de la medicina basada en la evidencia les gusta. Les encantan los datos, los gráficos y los cuadros que demuestren lo que hay que cambiar. Sin embargo, muchas veces el mensaje carece de resonancia emocional.

La clave de la comunicación será el combinar lo clínico con lo anímico, de tal manera que el paciente tenga una visión integral de su enfermedad y de su proceso de recuperación.

Con el objetivo de profundizar en esa idea, les presentamos cuatro historias de mujeres, recogidas en los hospitales, donde se muestran esas circunstancias especiales que están presentes en la vida cotidiana y que afectan el autoestima y el auto conocimiento, que son aspectos básicos para fortalecer o evaluar las normas del auto cuidado en la población.

M.L.N, 37 años

Hace diez años me extirparon un quiste en el ovario derecho. No me explicaron nada, nada más lo hicieron y punto. No me dieron instrucciones para el futuro. Diez años después, vuelvo a ingresar porque tuve un sangrado de cuatro meses. La última citología fue en el 2010 y, en apariencia, todo estaba bien.

Un doctor privado me dice que tengo endometriosis severa y me manda unas pastillas de planificar. Yo veo extraño que, con cuatro meses de hemorragia, me manden pastillas de planificar, entonces entro en una preocupación personal y busco al doctor que hace diez años me había operado de un quiste en el ovario derecho.

Él me dice que tengo cáncer, le pregunto si es operable y su respuesta fue ¡No! Y no me explica nada y quedo completamente abandonada. Hace diez años no me dijeron nada ni me dieron instrucciones para el futuro y ahora ya no tengo futuro, estoy en un mundo incierto.

Los papanicolau habían salido negativos. Algo había pasado sin que lo hubieran advertido. Yo me hacía la citología año con año, pero nunca aparecía nada. Los médicos veían el diagnóstico de endometriosis como muy normal y siento que no me prestaban tanta atención como yo quería. ¿Cómo va a ser normal que la cara se me manchara, que me aparecieran venas capilares, que los periodos menstruales no fueran normales? A veces pasaba con seis meses sin regla y preguntaba y me decían “eso es normal”. Tomaba y tomaba pastillas de planificar y no veía resultado alguno.

Hoy me dicen que el cáncer está encapsulado pero que no me pueden operar, entonces primero van a tratarme con radio y quimio para tratar de reducirlo y ver si podemos hacer algo más adelante.

Es muy triste cuando a una le dicen que tienes cáncer cérvico en tercer nivel. Siento que mi vida se escapó de la tierra y que faltó atención a lo que yo decía.



E.A.R, 44 años.

Hubo un tiempo en que no me hacía el papanicolau, no le prestaba atención, tardé como nueve años sin hacérmelo, luego empecé con un dolor profundo, que no me paraba y no paraba y aquí estoy. Me dijeron que era canceroso. Mi estado actual es que no hay nada qué hacer. Yo estoy tranquila. Los doctores me han hablado claro, es mejor que me digan la verdad, que no me estén engañando. Ahora, mi hija me acompaña y yo le digo a ella que se cuide. Eso nunca me dijeron a mí, así, con ese amor que yo se lo digo a ella. Pero estoy tranquila, he tenido momentos felices en la vida, pienso en ellos.

Estoy a la voluntad de Dios.

Á.C.C, 35 años.

En el EBAIS el doctor me dijo; "creemos que tiene cáncer" y se fue. Ese momento fue aterrador para mí. Cuando regresó, trajo la referencia y me dijo muy seco: "tome, llévase esto de inmediato para el hospital" y no me explicó nada.

Yo hubiera querido un poquito de apoyo, no sé, decirme algo para animarme. Yo me puse a llorar, el doctor me dijo: "¿Por qué llora, si esto se lo buscó usted?" y es cierto, pero ellos no saben la vida que uno lleva, las cosas que uno pasa.

Yo había tenido una displasia leve. Me tuvieron en tratamiento y me mandaron un PAP cada seis meses por tres años. Luego se quedaron sin ginecólogo y no hubo más exámenes. De otros no me dieron el resultado y me dijeron "si no la llaman es porque están bien" y esa fue toda la respuesta. Me quedé con la idea que estaba bien y seguí adelante. Si no hubiera sido por un sangrado, yo no estaría aquí ahora.

Mi mamá murió de cáncer y mi primer pensamiento fue verme como ella. Todas mis hermanas también han sido operadas; una por cáncer de mama y otra por cáncer en el útero. Ellas no hablaban del asunto. Ellas dijeron, "me operaron", y se acabó. No hubo un aprendizaje de la familia de eso. Aún así, yo sabía del peligro y me decía, que a mí no me va a pasar nada y, como no me dolía nada, estaba tranquila.

Aquí, en el hospital, los doctores han sido diferentes, desde la primera cita me han tratado bien. Me dijo, "siéntese, tranquila" y me explicó qué me iban a hacer, por qué y cómo sería mi procedimiento.

Muchos doctores consideran que todos son descuidados y eso se les nota cuando hablan con uno. Vea, yo soy oficial de seguridad, el día libre es el que le toca sin avisarle, yo no podía programar una cita y el único día libre de la semana tenía miles de cosas que hacer. Pasé seis años sin hacérmelo.

Fui por un sangrado y vea, fue positivo.

Ahora, yo pienso que es más importante sacar tiempo para uno, para hacerse los exámenes, pero no, el tiempo pasa y uno no le toma mucha importancia. Yo, en adelante, quiero cuidarme un poco más. Yo ahora quiero intentar que la gente, mis amigas, vayan y se vean, porque yo no quiero que la gente tenga esto como yo.



M.C.V.S, 65 años.

Me hice el papanicolau en Limón y el resultado tardó siete meses en llegar. Yo no estaba en la casa y me mandaron a llamar. Mi hija me dijo cuando llegué: ¡Lo siento con el alma: tiene cáncer!

Fui al hospital y los doctores me explicaron todo lo que iba a suceder, lo que iba a soportar, qué tengo que hacer y yo sentí valor y me dije, ¡Señor, dame fuerzas! Porque yo estoy mayor, pero quiero estar a la par de mis hijos.

Aquí estoy... en el hospital... sorprendida. Yo no creía que tuviera cáncer porque no sentía nada; soy muy seca, nunca he tenido nada feo, pero los doctores me explicaron que estaba allí quedito y que tenía que hacer un tratamiento para atacar hasta las raíces.

Estoy asustada, lo que duele es lo que uno se pone a pensar. Pero los doctores me han explicado todo, ahora sé que debo estar fija con todo y las citas. Antes yo decía... yo me quiero morir porque ya estoy vieja... pero ahora no, ahora ya no quiero morirme.

Me he hecho el papanicolau dos veces en la vida y esto fue del último. ¿Por qué no me había hecho? Desde que nació el último hijo, a los 42 años, quedé como con un mareo raro cuando me acuesto completamente. Yo solo puedo recostarme dejando el cuerpo inclinado para no sentir vértigo.

Entonces, cuando el doctor me decía, "venga para hacerle el papanicolau" yo respondía.. "¡Ay, doctor!, mejor no me lo hago, yo no puedo acostarme." "Pero, hay que hacerlo", me insistía él.

Y yo le prometía... "después vengo" y nunca fui.

Más adelante, el doctor me hizo un ofrecimiento: "si no quiere que yo se lo haga, la mando donde una señora", me dijo. Y entonces fui. Llegué donde ella con mucho susto, le expliqué del vértigo y la doctora fue muy buena, la muchacha me decía, "venga mi amor, acuéstese poco a poco, vaya doblando la cabeza" Yo me acosté, me sentía mareada, pero ella me ayudó... hasta que dijo, ¡ya la hice!

Ahora, aquí, en el hospital, me han atendido doctores, pero ahora me digo: ¡Qué me hagan lo que sea, porque quiero curarme! Antes mis hijos me insultaban, incluso me pegaban, me tiraban machete, ahora ellos se pelean para cuidarme, ellos dicen que si salgo bien, todo va a cambiar. Mis hijos están arrepentidos, están llorando. Yo les dije que ellos no tienen culpa de lo que me pasa a mí. Y ahora yo les digo a todas las mujeres que se hagan el examen lo antes posible. Mi mamá nunca se lo ha hecho y vino a verme y me dijo que le salía algo feo y ahora estoy preocupada por ella.



Avances del proyecto

CCSS invierte \$258 millones en la prevención del cáncer de útero



El uso del colposcopio junto con el Papanicolaou aumenta en un 95% la detección de las lesiones precancerosas.

Con el propósito de mejorar la atención y diagnóstico del cáncer del cuello uterino, considerado uno de los cánceres prioritarios en el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2007-2016, el Subproyecto B.3.1, Equipo para el Diagnóstico y Tratamiento en la Red perteneciente, al Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer, tramitó la compra de equipos para 16 centros médicos del país por un monto de \$148 millones.

El equipo médico de alta tecnología adquirido consta de 18 colposcopios para el diagnóstico, combinados con equipos de tratamiento: 8 instrumentos de criocirugía (corte en frío) y 5 instrumentos de leep (corte en calor).

El colposcopio es un microscopio especial para mirar dentro de la vagina y examinar el cuello del útero. El instrumento magnifica la imagen de la parte exterior de la cerviz para extraer una pequeña muestra de tejido, con el cual se diagnostican lesiones, algunas de las cuales pueden ser precancerosas.



La mayoría de las lesiones detectadas, se tratan con dos instrumentos que son parte de la compra, por lo cual las mujeres no llegarán a tener cáncer.

Cuando hay confirmación de lesiones malignas o benignas, se tratan con dos instrumentos: uno usa frío y otro calor para destruir o cortar las zonas afectadas de tal manera que, en el futuro, no se desarrolle el cáncer.

Además de las ventajas del diagnóstico temprano, pues en uso combinado con el Papanicolaou se eleva a 95% el diagnóstico preventivo, tres colposcopios tienen video, lo cual permite proyectar la imagen vista por el médico tratante para que otros médicos puedan aprender o actualizar conocimientos.

Los equipos fueron distribuidos entre los meses de abril y mayo del presente año, en 12 hospitales y 4 áreas de salud de acuerdo a la necesidad de cada centro médico, la capacidad de recurso humano, infraestructura y relación demanda-oferta que presenta cada uno de ellos. La inversión contempla el equipo, la instalación, los cursos de



capacitación para el uso de sus características especiales y el mantenimiento por dos años.

CENTROS MÉDICOS	COLPOSCOPIOS	CRIOCIRUGIA	LEEP CON EVACUADOR
Hospital Dr. R.A. Calderón Guardia	3	2	1
Hospital William Allen	1	-	-
Hospital Tony Facio	1	1	1
Hospital Monseñor Sanabria	1	1	-
Hospital Max Terán Valls	1	-	-
Hospital San Carlos	1	1	1
Hospital Max Peralta	1	-	-
Hospital Guápiles	1	-	-
Hospital Valverde Vega	1	-	-
Hospital de La Anexión	1	-	-
Hospital de Ciudad Neily	1	-	-
Hospital México	1	1	-
Clínica Moreno Cañas	1	-	-
Clínica Clorito Picado	1	1	1
Área de Salud de Coronado	1	1	-
Área de Salud de Cañas	1	-	1
TOTAL:	18	8	5



Equipos varios para el Laboratorio Nacional de Citología



40 Microscopios Marca Leica



1 Teñidora automatizada de láminas



1 Centrifuga de Piso



1 Secador de láminas citológicas

Equipos para fortalecer el Laboratorio Nacional de Citología la detección temprana de cáncer de cérvix: microscopios, teñidora y secadora de láminas, centrifuga, instalados desde 2010 y remodelación.

₡ 110.000.000

Equipo de Criocirugía



₡ 45.000.000

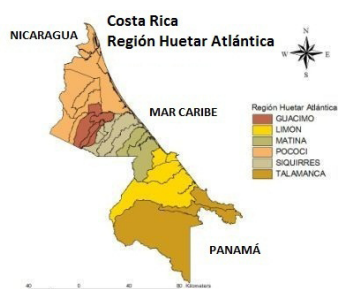
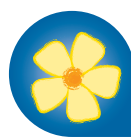
Equipos de colposcopia Ecleris



Sistema de captura de imágenes de los colposcopios de docencia



₡ 103.000.000



Plan piloto VPH/PAP en Región Huetar Atlántica

Es un estudio multicéntrico con 14 países participantes avalado por la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC-OMS). El grupo coordinador nacional está conformado por los médicos Amada Aparicio, Alejandro Calderón y Patricia Allen Flores. Según el plan, el proyecto inicia en el 2012 y finaliza en el 2016.

¿Qué persigue el proyecto de Limón?

El proyecto piloto de Limón tiene el propósito de valorar nuevas tecnologías en tamizaje primario de cáncer de cérvix y pruebas para un tamizaje secundario (“trriage”) en mujeres de 30 años y más positivas por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Además, se busca estimar el valor predictivo positivo: probabilidad de tener Neoplasia Cervical Intraepitelial grado III (NIC3) y negativo: probabilidad de no tener NIC3, de las tecnologías disponibles para un “trriage” entre las mujeres VPH positivas. Como resultados adicionales se podrá evaluar la factibilidad de introducir la prueba de ADN para VPH como tamizaje primario en nuestro sistema de salud y estimar la tasa de sobrediagnóstico y sobretratamiento así como otras complicaciones de corto plazo asociadas con el tamizaje.

¿Por qué hacer el estudio?

En los últimos años, se ha demostrado que el VPH es el agente causal del cáncer de cérvix. Trece tipos de VPH se consideran cancerígenos, pero el 16 y 18 son responsables del 70% de los tumores. La infección por VPH es muy común y es adquirida después del inicio de la actividad sexual. El cáncer cervicouterino es totalmente prevenible y curable, a bajo costo y con bajo riesgo.

Se han desarrollado técnicas altamente sensibles para detectar VPH de alto riesgo que podrían sustituir al PAP. La prueba del ADN para VPH es más sensible y detecta la enfermedad en estadíos más tempranos, por lo que puede reducir la mortalidad y permite la extensión del intervalo de tamizaje, produciendo ahorros.



El tamizaje con ADN-VPV tiene el problema de que la prevalencia es de 25% entre las mujeres menores de 25 años, disminuyendo a 15% entre los 25-34 años y al 10% después de 35 años de edad. Razón por la cual no es recomendable utilizar el ADN-VPV en tamizaje con mujeres menores de 30 años.

El que la mujer sea negativa por ADN-VPV le da un alto grado de seguridad de que no va a desarrollar cáncer de cérvix, pero las positivas no todas tienen el mismo riesgo y se busca discriminar, con el triage, cuales son las que ameritan seguimiento.

La prueba de tamizaje ideal debería ser lo suficientemente sensible y específica de manera que no se requiera una prueba más para decidir si una mujer está en riesgo y/o requiere ser referida para otro procedimiento diagnóstico adicional. Referir a todas las mujeres ADN VPV positivas a pruebas diagnósticas adicionales implica una enorme carga para las mujeres y los servicios de salud. Es donde surge la necesidad de realizar una prueba más que permita identificar a las mujeres que requieren procedimientos de diagnóstico adicionales.

Bibliografía

1. de SS, Quint WG, Alemany L et al. Human papillomavirus genotype attribution in invasive cervical cancer: a retrospective cross-sectional worldwide study. *Lancet Oncol* 2010; 11(11):1048-1056.
2. Schiffman M, Wentzensen N, Wacholder S, Kinney W, Gage JC, Castle PE. Human papillomavirus testing in the prevention of cervical cancer. *J Natl Cancer Inst* 2011; 103(5):368-383.
3. Leinonen M, Nieminen P, Kotaniemi-Talonen L et al. Age-specific evaluation of primary human papillomavirus screening vs conventional cytology in a randomized setting. *J Natl Cancer Inst* 2009; 101(23):1612-1623.
4. Bulkman NW, Berkhof J, Rozendaal L et al. Human papillomavirus DNA testing for the detection of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 and cancer: 5-year follow-up of a randomised controlled implementation trial. *Lancet* 2007; 370(9601):1764-1772.
5. Naucle P, Ryd W, Tornberg S et al. Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. *N Engl J Med* 2007; 357(16):1589-1597.
6. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med* 2009; 360(14):1385-1394.
7. Herrero R, Castle PE, Schiffman M et al. Epidemiologic profile of type-specific human papillomavirus infection and cervical neoplasia in Guanacaste, Costa Rica. *J Infect Dis* 2005; 191(11):1796-1807.



Información recopilada por:
Dr. Alejandro Calderón C.

Edición por:
José Mairena
Dirección de Comunicación de
CCSS.

Diseño Gráfico donado como
parte de su proyección social a la
comunidad por:
Francisco Leitón Sandoval
E-mail: lylprodesing@gmail.com

Noticias

Taller de cáncer infantil

Se recuerda que el próximo 20 de julio le corresponde a la Región Atlántica recibir el taller que imparte el Hospital Nacional de Niños en torno a la “Sensibilización del personal de salud del primer y segundo nivel, sobre la detección precoz del cáncer en el niño” con el fin de fortalecer la red de atención integral en oncología para la población pediátrica.

Este taller es coordinado por Trabajo Social y el departamento Hemato oncológico. Si desea más información puede escribir a Imarinv@hnn.sa.cr o llamar al 2223-3740.

En el próximo boletín: No se pierda en setiembre la revisión sobre el cáncer infantil y las novedades del Registro Nacional de Tumores.

Contacto

E-mail:
ai_cancer@ccss.sa.cr
Teléfono:
(506) 2222-3353

