



entorno, incluyendo la recuperación de la enfermedad y de todas las circunstancias ligadas a la realidad del ser humano.

La quiropráctica trabaja con la columna vertebral, la cual aloja una parte importante del sistema nervioso central, la médula espinal. Además del demostrado papel de la quiropráctica en los problemas mecánicos y dolorosos de la espalda, para los cuales el tratamiento de la medicina tradicional ha fracasado completamente, es fácil imaginar la importancia de la buena salud de la columna vertebral en el funcionamiento del resto del organismo, ya que existen complejas razones neurológicas que explican como el buen funcionamiento de todas las articulaciones del esqueleto son de importancia capital en el funcionamiento del cerebro. De aquí la demanda de reconocimiento en nuestro país de la quiropráctica como una ciencia natural de la salud, basada en el buen funcionamiento de la columna vertebral.

Ha sido maravilloso volver y encontrar que todo lo que he aprendido estos años está en perfecta armonía con la corriente de pensamiento que ya imparablemente permea nuestra sociedad. Que mi intuición y mi grito no era solo mío, sin que hay miles de mujeres y hombres hablando de medicalización, de medicina paternalista, de fiasco de la ciencia, de nuestro poder sobre nuestro cuerpo y nuestra salud, de entrar en contacto con nosotros mismos, del desarrollo espiritual y de la importancia de las sanaciones espirituales frente a la sanación del órgano o del cuerpo. Por eso ahora asumo con profunda alegría y satisfacción el papel cósmico de mediador de la mor y salud que la inteligencia de la naturaleza ha preparado para nosotros, y osytrabajopara extender esta nueva visión de la vida en plena armonía con la naturaleza.

programa mujer, salud y calidad de vida



El DSQ del CAPS, formado por un equipo profesional multidisciplinar, es un programa dedicado a la investigación, divulgación, formación y promoción de la salud de las mujeres.

VII Seminario de autoformación de la red CAPS

El pasado 28 de octubre celebramos el VII Seminario de Autoformación de la Red-CAPS. Este año se desarrolló en Barcelona con una asistencia de alrededor de cien participantes.

Los temas escogidos para las mesas redondas fueron:

Revisión ginecológica a debate

A partir del debate surgido en torno a la conveniencia o no de realizar la prueba de detección del HPV sistemáticamente a todas las mujeres en la revisión ginecológica anual, juntamente con la citología o, incluso, en sustitución de ésta, pensamos que era interesante plantear el tema de las revisiones ginecológicas: pertinencia y eficacia de las pruebas que se realizan (citología, cribado de cáncer de mama), de las que se proponen (cribado de HPV), y de las que no se hacen (seguimiento de la menstruación...), con las siguientes ponencias:

- “Revisiones Ginecológicas: Propuestas desde el enfoque de género y la salud sexual y reproductiva” Diana Sojo y Lourdes Brito.
- “Estrategias de prevención y diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero: el estado de la cuestión” Lola Salas.
- “Mamografía y citología ¿a quiénes y cuándo? Los datos de Asturias” Carmen Mosquera.
- “El ciclo menstrual a revisión” Carme Valls.
- “La importancia de dar atención a los efectos emocionales del cáncer de mama” Julia Masip.

La perspectiva de género: Significados e implicaciones

Una mesa para reflexionar y debatir sobre lo que entendemos por perspectiva de género y qué consecuencias tiene en la práctica médica y en la comprensión individual y colectiva de la salud.

- “El estudio de la salud y el género desde un enfoque antropológico y feminista” Mari Luz Esteban.
- “La perspectiva de género en la salud: La reflexión desde el CAPS” Esperanza Aguiló.
- “Gerontología feminista: Comprender la compleja y sutil vida de las mujeres mayores” Anna Freixas
- “¿Qué significa la perspectiva de género en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio? Propuesta de una metodología de sensibilidad de género en este proceso sanitario” Maribel Blázquez.



CONCLUSIONES DE LA MESA LAS REVISIONES GINECOLÓGICAS A DEBATE

Del debate desarrollado a partir de la mesa de revisiones ginecológicas, durante el seminario y a posteriori, se ha podido elaborar una propuesta de protocolo de detección precoz de cáncer de cérvix, que consideramos suficientemente consensuada (no así en relación a la detección precoz de cáncer de mama), por lo que la publicamos en estas páginas en líneas generales:

PROPUESTA DE PROTOCOLO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX

Las soluciones aportadas se enmarcan en las técnicas, fármacos y estrategias diagnósticas con las suficientes garantías de calidad y de cumplimiento de requisitos de seguridad para poder ser recomendadas a mujeres sanas. Pruebas sensibles, con Valor Predictivo positivo alto, a un

coste asumible, dentro de programas organizados y que se puedan evaluar.

1. PAUTAS Y COMENTARIOS

1.1. Pautas según grupo de población y temporalidad:

- a) Realizar la primera citología cervico-vaginal a partir de los 25 años (y no tras la primera relación sexual con penetración). Se considera que hacen falta al menos tres años para que se muestre el agente causal. (Recomendación DOUE de 16/12/2003: El cribado de citología cervico-vaginal para los precursores del cáncer de cuello de útero que debe empezar no antes de los 20 años de edad y a más tardar a los 30 años, periodicidad cada 3 a 5 años).
- b) Realizar con una periodicidad anual tres pruebas y a la tercera negativa pasar a una revisión citológica cada tres años.
- c) A las mujeres menores de 20 años sólo se debería ofrecer la realización de la prueba a aquellas en las que se identifiquen factores de riesgo de especial relevancia.
- d) La realización de la prueba puede interrumpirse a los 65 años si en los últimos 10 años la mujer ha tenido dos frotis consecutivos con resultados negativos o normales
- e) Utilizar la clasificación anatomopatológica de Bethesda en la que se evidencia que muchas de las lesiones no evolucionarán nunca a cáncer
- f) Añadir el Test del Virus del Papiloma humano (HPV) en mujeres que:
 - Presenten uno o más factores de riesgo:
 - Mujer que sea o haya sido sexualmente activa (el riesgo aumenta en función del número de parejas sexuales propias de su compañera y con la precocidad de las relaciones sexuales).
 - Infecciones genitales repetidas
 - Verrugas genitales
 - Situaciones de inmunodepresión como el SIDA
 - Alta paridad (con 7 embarazos o más, o abortos, se tiene un riesgo 4 veces mayor

que las nulíparas)

- Uso de anticonceptivos hormonales orales (a las mujeres que los han usado por 10 años o más tienen un riesgo de 4 veces mayor a las que no los han usado)
 - Mujeres mayores sin citologías anteriores o con resultados de citologías ambiguas,
 - Personas con dificultad de controles regulares
 - Parejas de personas VIH (+).
 - g) A las mujeres histerectomizadas por una enfermedad benigna, si tienen cérvix restante, seguirán el mismo protocolo que el resto de la población. A las que no tengan cérvix se les realizará citología sólo si tienen riesgo de VIN (Neoplasia Intraepitelial Vaginal)
 - h) Tras el parto o cesárea sólo se realizará estudio citológico a las mujeres cuando cumplan los criterios de inclusión y hayan transcurrido tres años desde la última toma si el resultado fue normal o benigno.
- 1.2. Comentarios:
- La citología cervico-vaginal realizada con el Test de Papanicolaou se muestra como la mejor prueba de detección precoz del cáncer de cérvix que existe a disposición de todas las mujeres. Sensibilidad entre 30 y 50%, Especificidad del 98% y Prevalencia de lesiones histológicas entre 10 y 19%. (Recomendaciones del Consejo de la Unión Europea). Otras técnicas utilizadas para la detección precoz del cáncer de cérvix, como la vacunación para algunos serotipos del HPV, están en experimentación.
 - Las dificultades para realizar las citologías provienen de la falta de captación de la población de mayor riesgo, insuficiente garantía de calidad en el proceso (60% de las muestras están escasas de células exfoliadas y 40% de pruebas de interpretación subjetiva).
 - La incidencia y Mortalidad son bajas pero evitables con la realización del cribado.
 - El VPH tiene alta prevalencia pero regresa en un porcentaje muy elevado.
 - La primera elección es informar