



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y
DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA CACU EN
LA POBLACIÓN FEMENINA DEL HOSPITAL
GENERAL DE MÉXICO**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N:
MARTÍNEZ GUZMÁN CLARA Y YOLANDA
No. CUENTA. 8909365-4

ROMERO MEZA ANTONIO
No. CUENTA. 9258053-4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**DIRECTORA DEL TRABAJO
ELVA LETICIA RAMÍREZ TORIZ**



MÉXICO,

NOVIEMBRE 2002



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de
Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADEZCO A :

Dios, por haberme regalado el Don de la vida, por haber estado con migo en todo momento, por cuidar de cada integrante de mi familia, por haberme permitido descubrir lo bueno y lo malo de la vida, por haberme dado la oportunidad de cumplir con una de mis metas, pero más que nada, por haberme dado la dicha y el placer de nacer en esta familia.

A mis padres por darme la vida y todo su amor, gracias por cada una de las caricias y cuidados que me han dado; gracias por pedirme a Dios por mi; gracias por ser unos padres admirables y únicos, pues con su independiente forma de ser, de luchar y sacrificarse me han dado la mejor herencia que los padres pueden dejar a un hijo, es decir, una religión, una educación, una carrera y la oportunidad de tener un diferente tipo de vida; gracias por todo su apoyo, por sus consejos y toda su paciencia, ya que estoy seguro que sin su presencia no hubiese podido llegar aquí; pero principalmente, gracias por su ejemplo, ya que gracias a él me han enseñado a luchar con disciplina, esfuerzo y dedicación para poder salir adelante, los quiero mucho y admiro y les estaré siempre agradecido.

A mis hermanos gracias por formar parte de mi vida; gracias por soportarme por tantos años y disculparme por las pequeñas diferencias que surgen entre hermanos ; gracias por compartir aquellos buenos y malos momentos, créanme que sin ustedes nada hubiese sido igual, pues a pesar de tener personalidades diferentes no une un lazo muy grande, la sangre, el cual nos mantendrá unidos por siempre, los quiero mucho.

A mi compañera de toda la vida (YOLANDA Y ANTONIO), gracias por la oportunidad de ser tu amigo y aceptar el reto de realizar la tesis juntos, gracias por todo el empeño y dedicación que mostraste durante la misma, y por los buenos momentos compartidos y por la paciencia que me tuviste.

A mis hijos (Cecilio Antonio y Estafania Yolanda), gracias por formar parte de mi vida, gracias por soportarme en las buenas y en las malas y por la paciencia que me tienen, créanme que sin ustedes nada hubiese sido igual gracias.

A mis profesores, por todas sus enseñanzas, asesorías, experiencias y consejos, las cuales hicieron posible adquirir los conocimientos necesarios para mi formación profesional.

A mi asesora de tesis (Lic Elvia Leticia Ramirez Toriz), gracias por todo su apoyo y paciencia durante la realización de la presente, ya que sin su ayuda y asesoría hubiese sido muy difícil concluir dicha investigación, gracias por todo.

A la Facultad de ENEO, por haberme brindado la oportunidad de formarme profesionalmente en sus aulas y por ser mi segunda casa, siempre les estaré agradecido.

ÍNDICE

	PÁG.
INTRODUCCIÓN	1
1.- FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACION PROBLEMA	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.4 OBJETIVO	5
2. HIPÓTESIS	6
3. FUNDAMENTACION TEÓRICA	
3.1 ANTECEDENTES	7
3.2 ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA	8
3.3 CONCEPTO DEL CÁNCER CERVICO UTERINO	9
3.3.1 ETIOLOGÍA	9
3.3.2 CUADRO CLINICO	10
3.3.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICO	11
3.3.4 ESTADIOS CLÍNICOS	12
3.3.5 PRONOSTICO	13
3.3.6 TRATAMIENTO	14
3.4 FACTORES DE RIESGO	16
3.5 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS FASES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	
3.5.1 MEDIDAS DE PREVENCIÓN	19
4. METODOLOGÍA	
4.1 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN	20
4.2 UBICACIÓN DEL ESPACIO TEMPORAL	21
4.3 CRITERIO DE SELECCIÓN	21
4.4 ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	22
4.5 VARIABLES	23
4.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN	25
5. RESULTADOS	26
6. DISCUSIÓN	37
7. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	38

8. CONCLUSIONES	39
9. PROPUESTA	40
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
11. ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se ha realizado con el objeto de conocer y prevenir los factores de riesgo para el Cáncer Cervico Uterino (CACU) que prevalece en la población femenina del Hospital General de México. Este trabajo permite conocer y proponer algunas medidas de prevención para evitar la extensión y propagación de dicha enfermedad. Para realizar el análisis integral y sistematizado de este trabajo se ha estructurado de la siguiente manera.

Como punto número uno, se describe la fundamentación del tema de investigación, el planteamiento del problema, justificación de la investigación y los objetivos.

Como punto número dos, se menciona la hipótesis dentro de ellas encontramos la hipótesis de trabajo y la hipótesis nula.

Como punto número tres, tenemos la fundamentación teórica donde se analizan las condiciones que propician al cáncer cervico uterino (cacu), en la población femenina del Hospital General de México, así se hace mención de la participación de enfermería en la fases de diagnóstico y tratamiento y la aplicación de medidas preventivas en los tres niveles de atención.

Como número cuatro, se presentan la metodología en la que incluye tipo de investigación, universo de trabajo, instrumento de medición, ubicación de espacio temporal, criterios de selección, organización de la investigación, las variables y descripción del proceso de investigación.

Como punto número cinco, se presentan los resultados con cuadros, gráficas, análisis e interpretación y descripción.

Como número seis la discusión, comprobación de hipótesis, conclusiones, propuesta, referencias bibliográficas y anexos.

1.-FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. Descripción de la situación problema.

Cada año se presentan más de 6 millones de muertes, por algún tipo de neoplasia maligna en el ámbito mundial .Así mismo se estima que cerca de 20 millones de personas presentarán algún tipo de cáncer cada año, de las cuales cerca de 9 millones corresponderán a casos incidentes. Al respecto se estima que en 25 años de no implementarse intervenciones poblacionales de prevención de cáncer se presentarán 15.5 millones de casos nuevos anualmente (1).

En la mayoría de los países desarrollados la mortalidad por las principales neoplasias malignas muestran, durante los últimos años una reducción en la magnitud de sus tendencias crecientes; sin embargo, el perfil de la mortalidad por cáncer en las naciones menos desarrolladas, presentan todavía un claro patrón ascendente, México no es la excepción y las tasas de mortalidad por cáncer muestran una marcada tendencia creciente en las últimas décadas. (2)El cáncer cervicouterino es uno de los problemas que con mayor frecuencia se presentan en oncología ginecológica (3), lo que presenta un problema de graves repercusiones sociales y económicas. Es una enfermedad que comparten los países con una atención médica insuficiente y con factores socioculturales adversos, como son estrato socioeconómico bajo, insalubridad falta de educación para la salud, etc. (4), constituye el 30 % de los tumores malignos que se presentan en los habitantes de los países en desarrollo y es la segunda causa de muerte en mujeres a nivel mundial. (5)

El incremento de las neoplasias malignas durante los últimos años se ha acompañado de un mejor conocimiento acerca de su biología y su historia natural, situación que ha permitido sentar las bases para planear políticas de prevención diagnóstico y tratamiento (4) .Ya que se considera que tiene un tratamiento aceptable en la etapa presintomática y que si se detecta con oportunidad, se puede afectar su curso y pronóstico (6) .

La tendencia de la enfermedad es ascendente, a través del tiempo hacia estadios más avanzados esta progresión de displasia severa a carcinoma in situ o cáncer invasor es un periodo de 1 a 14 años.

1.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo que se presentan en la incidencia de morbilidad y mortalidad de la población femenina que acude a la consulta externa para la detección oportuna de cáncer cervicouterino del Hospital General de México?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Después de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer es la segunda causa más importante de muerte en los países desarrollados, aunque el total de cánceres varía modestamente alrededor del mundo, los tipos de cánceres son dramáticamente diferentes. Estas dramáticas variaciones en los índices del cáncer alrededor del mundo y los cambios en el tiempo implican que es potencialmente evitable si fuéramos capaces de entender y alterar los factores causales (4,8,9). Estas diferencias en cuanto al tipo de cáncer por área geográfica, están asociadas a la calidad de los servicios de salud, a la educación para la detección temprana y el cambio de hábitos para disminuir la exposición a agentes potencialmente carcinógenos (8).

En México como sabemos es un grave problema de salud pública (10).pues en la última década ha sido el cáncer más frecuente en la población femenina principalmente pacientes mayores de 45 años (5.8.10.13).

En cuanto en el Hospital General de México ocupa el (0.5%) de atención de cáncer cervico uterino en el servicio de oncología, sin embargo la cobertura de dichos programas no han alcanzado niveles tales que permitan impactar cifras de mortalidad, la cual sigue ocupando los primeros lugares.

La prevención ,el control y el tratamiento del cáncer cervicouterino es una prioridad para nuestro país (10).La citología cervicovaginal es gracias a la facilidad de la toma de muestra ,un efectivo método para estudiar el estado de la vagina y el cérvix (14),además de ser un recurso práctico y confiable para la detección de lesiones precursoras aunado a su alto grado de sensibilidad, así como su sencillez y bajo costo (6).

Los cambios epiteliales desde una displasia leve hasta un carcinoma in situ e infiltrante constituyen un aspecto continuo modificado por factores que pueden afectar la progresión dentro del mismo, se considera que el tiempo promedio para pasar de una displasia leve a carcinoma in situ es de 7 años (15),

El incremento en las demandas de atención médica por enfermedades neoplásicas implica graves repercusiones económicas (2), por lo que se han desarrollado diferentes programas para disminuir la mortalidad por este padecimiento, pero aún no se ha determinado un impacto favorable (13), dada la alta letalidad para la mayoría de los cánceres (2). Este comportamiento de la mortalidad por neoplasias malignas, constituyen un buen reflejo de la incidencia de esas enfermedades el hecho de contar con información detallada sobre el comportamiento epidemiológico del cáncer y de las tendencias para distintos tipos de neoplasias

especificas resulta de gran utilidad para el diseño y desarrollo de programas preventivos y de control para esas patologías , así como para la planeación de recursos de atención médica que permitan enfrentar este grave problema (2). Se considera que la introducción de los programas de detección masiva han condicionado un descenso en la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino aunque algunos problemas administrativos en la instrumentación de las actividades para el control de esta neoplasia seguramente han contribuido al poco impacto observado (7).

Si bien es cierto que tanto la naturaleza multifactorial involucrada en la génesis de este padecimiento, como la dificultad para establecer medidas de protección específicas , inciden en forma negativa en la ocurrencia del padecimiento , se debe dar importancia a la identificación de factores de riesgo para la posibilidad de un diagnóstico temprano y de tratamiento certero, así como la mayoría en el absceso a los servicios de salud , lo cual ha hecho vulnerable el padecimiento y ha fortalecido la premisa de que el cáncer cervicouterino es curable (7).

Sin embargo es evidente que hay una selección inadecuada de la población blanco para las actividades de detección , lo que deja a los grupos de alto riesgo vulnerable para el desarrollo de cáncer invasor, sin el beneficio de la detección temprana. En consecuencia la identificación de individuos con alto riesgo puede condicionar una mejor selección de la población blanco para el tamizaje con citología exfoliativa (7).

En México se han realizado estudios descriptivos, donde se señalan la importancia de los factores de riesgo reproductivo para el cáncer cervico uterino sin embargo, existen pocos estudios epidemiológicos donde se cuantifiquen estos factores de riesgo (16).

La base para identificar los diversos factores de riesgos asociados a cáncer ha sido la investigación epidemiológica (1). Debido a que el cáncer cervico uterino se ha asociado con algunos factores de riesgo como: Edad, número de gestas, número de abortos , edad al inicio de la actividad sexual , uso de anticonceptivos y grupos sanguíneos , se debe procurar, hasta donde sea posible , su erradicación al hablar de una eventual prevención de la enfermedad (4).

Por tal motivo, es necesario impulsar investigaciones que permitan conocer mejor la ocurrencia de este padecimiento y la participación de los diferentes factores de riesgo susceptibles de modificar en la población que permitan sumar acciones al programa de detección oportuna y control epidemiológico (7)

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 General:

- + Identificar los factores de riesgo para CACU en la población femenina que acude a la consulta externa del Hospital General de México.**

1.4.2 Específicos:

- o Comparar los factores de riesgo para CACU en el Hospital general de México con lo publicado con la bibliografía.**
- o Analizar resultados de citología vaginal.**
- o Indagar el grado de conocimientos que tiene la población femenina sobre los factores de riesgo para el CACU.**
- o Promoción específica de CACU a través de diferentes recursos audiovisuales.**
- o Conocer y proponer algunas medidas de prevención para evitar la extensión y propagación de dicha enfermedad.**

2. HIPÓTESIS

Trabajo:

- **Los principales factores de riesgo para CACU en la población femenina del Hospital General de México son:**
- * **Persistencia de infecciones cervicouterinas.**
- * **Inicio temprano de relaciones sexuales.**
- * **Múltiples parejas sexuales.**
- * **Tabaquismo.**
- * **Desconocimiento de percepción de riesgo.**
- * **Presentación de displasias.**
- * **A mayor información de las medidas preventivas del CACU menor incidencia de la presentación de los factores de riesgo en la población estudiada.**

NULA.

+ Una vez identificados los factores de riesgo de CACU no aumenta la morbilidad y mortalidad femenina del Hospital General de México.

3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

3.1 ANTECEDENTES.

En los Estados Unidos ocurre neoplasia cervical también conocida como displasia cervical en más de 50,000 mujeres por año y al parecer su frecuencia es creciente (13). En nuestro país representa un grave problema de salud pública, el mayor número de casos se detectan en etapas avanzadas (7,15). Los registros hospitalarios pueden contribuir al mejor conocimiento de la magnitud de este problema (8).

De la información procesada por la Dirección General de Estadística e Informática (DGEI), de la Secretaría de Salud se obtiene que la mortalidad general en 1996, dentro de la República Mexicana, fue un total de 436,321 defunciones de éstas 245,017 fueron hombres y 191,168 mujeres. Los tumores malignos son la segunda causa de muerte y dentro de estos el de cérvix es el tercero en importancia con 4,528 defunciones, sólo atrás del de pulmón y del gástrico (17). En 1995 murieron 4,392 mujeres de cáncer cervicouterino con edades de 25 años en adelante y principalmente mayores de 65 años, la cifra tuvo una relación directamente proporcional con la edad, afectando a 1,587 mujeres mayores de 65 años (18).

En relación al Estado de México, se registraron 51,161 defunciones de éstas 22,421 fueron mujeres, con una tasa de 4.1 por 1,000 habitantes, en dicho estado ocurrieron 534 defunciones por cáncer cervicouterino, cifra que disminuye a 381 en 1997 y en 1998 hasta junio se había reportado 171 caos fatales (19).

En cuanto a las posibilidades de detección temprana no hay duda que en etapas preinvasoras detectadas por citología cervical se ha logrado disminuir las cifras de mortalidad por cáncer cervicouterino en países desarrollados. En México sin embargo la cobertura de dichos programas no ha alcanzado niveles tales que permitan impactar sobre cifras de mortalidad y de dicha neoplasia (20).

En las diferentes regiones de nuestro país se observa un contraste en la ocurrencia de este evento, quedando de manifiesto al ver que el rango en la tasa de mortalidad oscila de 0.8 en el Estado de México, a 66,6 defunciones por un millón de habitantes en Colima. Los diez estados con la mayores tasa de mortalidad son Colima, Durango, Guerrero, Nayarit, Hidalgo, Chiapas, Morelos, Yucatán, Puebla y Tamaulipas, siendo los estados con menos mortalidad son Tlaxcala, México, Aguascalientes, Tabasco y el Distrito Federal (7). Aunque no se encontraron estudios que expliquen tal diferencia en nuestro país, no se descarta pensar en situaciones ambientales como factores de riesgos para tal ocurrencia. En México la lucha contra el cáncer cervicouterino involucra la modificación de ciertos patrones culturales lo que dificulta no sólo la aceptación de la prueba de detección sino también el conocimiento de los factores de riesgo.

3.2. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA.

El útero es un órgano muscular hueco de la mujer que es el sitio de la menstruación, implantación, desarrollo del feto y embrión y trabajo de parto. Se sitúa entre la vejiga urinaria y el recto su forma es de una pera invertida. En mujeres adultas que no se han embarazado mide unos 7.5 cm. De longitud, 5 cm de anchura, 2.5 cm. De espesor.

Las subdivisiones anatómicas del útero incluyen la porción en forma de domo que se sitúa por arriba de las tubas uterinas o sea el fondo, la ahusada central o principal, el cuerpo y la angostada inferior que se abre en la vejiga es decir el cuello del útero. En condiciones normales el útero está flexionado entre su propio cuerpo y el cuello uterino lo que se denomina ante flexión. Diversas estructuras que son continuación del peritoneo parietal o cordones fibromusculares llamados ligamentos anchos del útero , ligamentos útero sacros que también son extensiones del peritoneo se sitúan en ambos lados del recto y conectan al útero con el sacro. Los ligamentos cardinales (cervicales laterales) se extienden por debajo de las bases de los ligamentos anchos. Los ligamentos redondos del útero son bandas de tejido conectivo fibroso, desde el punto de vista histológico el útero consiste en tres capas de tejido que es el perimetrio o serosa. La capa intermedia o miometrio constituido por músculo liso y la capa interna o endometrio es una mucosa que esta formada por estrato funcional que es la capa más interna a la cavidad uterina. El riego sanguíneo del útero corresponde a ramas de la arteria iliaca interna, las arterias uterinas, a su vez presentan ramas, las arterias arqueadas dispuestas en forma de círculo en el miometrio y que emiten arterias radiales que penetran a capas Profundas del miometrio.

Tubas uterinas: El organismo de la mujer posee dos tubas uterinas (trompas de falopio). también llamadas oviductos de posición transversa entre el útero y los ovarios que transportan los óvulos entre estas estructuras . Tales conductos miden 10 cm. De longitud y se sitúan entre los pliegues de los ligamentos anchos del útero. El extremo distal de forma de embudo es el infundíbulo se sitúa en el ovario pero no Este unido a él, además de que lo rodean proyecciones digitiformes, las fimbrias. La ampolla es su porción más ancha y larga a la que corresponden dos tercios de su longitud, el istmo es la porción más corta, angosta y de pared gruesa.

FISIOLOGÍA.

Los ciclos menstrual y ovárico, así como otros cambios que aparecen en la pubertad en la mujer, se relacionan con un factor de la regulación hipotalámico, la hormona de liberación de gonadotropinas, se trata de una hormona que estimula la liberación de otra, la foliculo estimulante, a su vez la segunda de ellas estimula el desarrollo inicial de los foliculos ováricos y la secreción del estrógeno por parte de los mismos. Por añadidura la hormona de liberación de gonadotropinas causa la liberación de otra hormona del lóbulo anterior de la hipófisis, la luteinizante, que por su parte estimula

la continuación del desarrollo de los folículos ováricos causa la ovulación y estimula la producción de estrógenos, progesterona y relaxina por parte de las células ováricas, los estrógenos u hormonas de crecimiento, desempeñan tres funciones principales. La primera es el desarrollo y conservación de las estructuras de la mujer que participan en la reproducción, en particular el endometrio, así como de las características sexuales , en segundo lugar regulan los equilibrios líquido y electrolíticos y en tercero aceleran la anabolía de las proteínas, la progesterona es una hormona de maduración que colabora con los estrógenos en la preparación del endometrio para la implantación del óvulo fecundado y la de las glándulas mamarias para la secreción de la leche.

La relaxina desempeña sus funciones hacia el fin de la gestación uterina lo que facilita el parto, además tiene la función de aumentar la motilidad de los espermatozoides.

3.3. CONCEPTO DE CANCER CERVICOUTERINO.

El cáncer es una enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y discriminado de células que los tejidos normales y los destruyen, alternándose así el funcionamiento del organismo, se inicia casi siempre como una enfermedad localizada (7).

Actualmente se acepta que el proceso de carcinogénesis es un evento múltiple, hay diversas tendencias que sustentan este hecho: observaciones histopatológicas, afectación por carcinógenos químicos, predisposición genética, que se adquiere por un mecanismo progresivo, con evento somático adicionales (1).

Del tracto genital femenino, el carcinoma del cuello uterino es la principal causa de morbilidad y mortalidad (7). Siendo además la más importante de las afecciones ginecológicas tanto por su gran frecuencia, como por su extrema gravedad (22).

Se sabe mucho sobre la historia natural de este cáncer que puede servir como modelo para el diagnóstico y el tratamiento temprano de otros cánceres (23)

3.3.1 ETIOLOGIA

En el sentido biológico se desconoce la etiología del carcinoma del cuello uterino, como de cualquier otro cáncer (22, 23). Se considera en realidad un padecimiento sistémico, con carácter hereditario para la predisposición .A adquirir la enfermedad y que su desarrollo es determinado por ciertos fenómenos locales capaces de ocasionar que en ese sitio crezca la neoplasia (22).

TIPOS ANATOMOPATOLOGICOS.

El cáncer de cérvix puede ser de dos tipos según el origen histológico: los originados por el epitelio cilíndrico endocervical. Adenocarcinoma (carcinoma glandular) que aparece del 3 al 5% de los casos, se origina en el epitelio cilíndrico que tapiza el canal endocervical y el más frecuente, que está presente arriba del 95%

de las pacientes, se origina del epitelio poliestratificado del ectocérvix, carcinoma epitelial (escamoso) o epidermoide (7,22). Un tercer tipo se origina en la mucosa endometrial y constituye el endenocarcinoma del endometrio (7). La aparición del proceso neoplásico localizados en el cervix uterino presentar una evolución de displasia de cáncer in situ (7). tal vez transcurran 15 años o más des de el comienzo de las primeras alteraciones hasta la muerte por cáncer epidemoide del cuello, sin tratamiento (23).

DISEMINACION:

Se hace por 3 vías: directa o por contigüidad hacia las estructuras vecinas (cuerpo, vagina, parametro tejido celular pélvico, etc.). Por vía linfática, hacia los ganglios regionales y distantes. Las estaciones linfáticas invadidas más tempranamente son las del parametrio, los obturadores, los ilíacos primitivos y aórticos. Por vía sanguínea (que es la más frecuente) se extiende a órganos pélvicos distantes y a tejidos extrapélvicos. Las metástasis extrapélvica sólo se observan en un 10% de los casos (22, 25).

3.3 2. CUADRO CLINICO:

La sintomatología y sinología del cáncer cervicouterino es mínima y no específica. Cuando se hacen aparentes, por inspección macroscópica o por la presencia de síntomas persistentes como el sangrado, la leucorrea fétida y el dolor, desgraciadamente la invasión del tumor es notable y casi siempre corresponde a etapas muy avanzadas (22).

El carcinoma intraepitelial básicamente es asintomático, puede presentarse un sangrado como manifestación temprana, y de tipo intermestrua y relacionado al coito y al esfuerzo, hay que hacer notar que este tipo de sangrado también se presenta en los procesos benignos. Las hemorragias y sangrados intensos, solo aparecen en estadios más avanzados (22, 25).

La leucorrea es similar a la de los procesos inflamatorios benignos de cervix y vagina, por lo que tampoco es patognomónica. Cuando el cáncer está mas avanzado , la leucorrea cambia su color a café o rosáceo, como el agua que se emplea para lavar carne , su olor se hace fétido y lleva detridos necróticos de restos de tipo tumoral (22, 25)..

El dolor sólo aparece en estadios terminales y casi siempre por invasión a los órganos vecinos o distantes (22).

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Muchas veces el cérvix es aparentemente normal, cuando existe la erosión del epitelio (úlcera), se produce sangrado al contacto con el espejo o de la torunda de algodón. En este estadio más avanzado puede apreciarse la aparición de una tumoración en forma vetante (como coliflor), en ambos casos las lesiones son muy fiables . En las etapas finales, cuando hay metástasis a distancia, aparece la sintomatología correspondiente a los órganos afectados, así por ejemplo si hay metástasis pulmonares, habrá síntomas y signos respiratorios y las imágenes radiológicas demostrarán la presencia del tumor (22).

3. 3.3 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS:

INSTRUCCIÓN A LAS MUJERES.

Hacer conciencia pública de la utilidad que tiene la detección oportuna del cáncer del cérvix y la necesidad de que toda mujer deba hacerse examinar , para el descubrimiento inicial de este tumor (22,25).

CITOLOGÍA VAGINAL EXFOLIATIVA:

En la precisión del diagnóstico citológico del cérvix influyen tres factores: Uno la toma adecuada de la muestra , dos la preparación y tinción apropiada y tres la interpretación correcta (20). Consiste en la obtención del material colectado en el examen y extendido en un portaobjetos, el cual se fija inmediatamente , una vez teñido por las técnicas apropiadas , son vistas al microscopio para descubrir la presencia del cáncer cervicouterino.

PRUEBA DE SHILLER:

Consiste en la pincelación del cérvix con soluciones yoduradas. La identificación de células anormales. Las ventajas que tiene este procedimiento es que, permite sin molestias para la mujer , hacer un control cuantas veces sea necesario , en manos de expertos citólogos es casi absoluta su veracidad logrando un descubrimiento de cánceres en estadios tempranos totalmente curables (22). Las zonas oscuras (yodo positivas) , indican la presencia de epitelio sano. Las zonas claras (yodo negativas) , no indican la presencia del tumor, sino solamente una anomalía en el epitelio, ya que las lesiones como la erosión, el ectopión , la atrofia y la metaplasia, también dan prueba positiva . Se utiliza para dirigir la toma de una biopsia , o como complemento del estudio colposcópico (22, 25).

COLPOSCOPÍA Y COLPOMICROSCOPÍA.

Permite visualizar con el aumento del 10 a 40 veces el epitelio cervical ,para distinguir alteraciones en zonas muy pequeñas y en estadios muy tempranos , así como confirmar la benignidad de algunas lesiones de carácter bien definido y evitar la realización de biopsia inútiles. Su beneficio principal es, conocer cuando debe hacerse una biopsia y dirigir ésta forma mucho más acertada (22).

BIOPSIA:

Un diagnóstico citológico o colpomicroscópico de malignidad, siempre debe ser conformado por una biopsia. El estudio histológico es el único que nos va a dar certeza diagnóstica. Siempre debe ser practicada solo cuando hay una lesión visible , por inocua que esta pueda aparecer, o dirigida por colposcopia o la prueba de Shiller (22 ,25).

CONIZACIÓN:

La extracción de un cono completo que tengan endo y exocérvix , debe efectuarse en casos de citología sospechosa o positiva en ausencia de lesión visible, o cuando una biopsia previa ha hecho el diagnóstico de carcinoma in situ.

Se practica un corte en forma de cono más o menos profundo, que abarque el exocérvix y casi todo el canal endocervical . El examen histológico de la biopsia o de la conización, nos hará el diagnóstico definitivo no sólo de la presencia o no de tumor maligno sino sobre todo de su extensión local, es decir si es preinvasor (in situ), microinvasor o ya plenamente invasor (22, 25).

3.3.4 ESTADIOS CLÍNICOS:

Esta es muy útil, puesto que nos va ha señalar primero pronóstico en una paciente, segundo el tipo de tratamiento que debemos emplear y tercero los resultados que debemos esperar.

- *ESTADIO 0: Tumor in situ o intraepitelial.*
- *ESTADIO I : Tumor estrictamente limitado al cérvix.*
- *ESTADIO I-A : Tumor que ha rebasado el basal, pero de tamaño es tan pequeño que no se demuestra clínicamente . Es llamado carcinoma invasor subclínico o microinvasor.*
- *ESTADIO I-B : Todos los demás casos de la etapa o estadio I.*
- *ESTADIO II : Tumor que ha rebasado el cérvix , pero no ha alcanzado la pared pélvica ni el tercio inferior de vagina .*

- **ESTADIO II-A:** Tumor sin invasión a parametrio. Puede haber extensión hacia cuerpo uterino y hacia dos tercios superiores de vagina.
- **ESTADIO II-B:** Tumor que presenta extensión hacia parametrio, pero que no ha alcanzado su tercio externo.
- **ESTADIO III:** Tumor confinado a la pelvis, que ha alcanzado por parametrio la pared pélvica (ESTADIO III-B), o el tercio inferior de la vagina (ESTADIO III-A), pero que no ha invadido ni vejiga ni recto.
- **ESTADIO IV:** Tumor que ha rebasado los límites de la pelvis, (metástasis o distancia) y/o ha invadido vejiga o recto (22).

EL ESTUDIO HISTOPATOLOGICO SE DEBE REPORTAR:

- Tejido de cérvix normal
- Cervicitis aguda crónica
- Infección viral (herpes, VPH).
- Displasia leve (NIC 1).
- Displasia moderada (NIC 2).
- Cáncer in situ (NIC 3).
- Cáncer microinvasor.
- Cáncer invasor.
- Adenocarcinoma (endocervical o endometrial).
- Sarcoma y otros tumores.
- Maligno no especificado.
- Insuficiente para diagnóstico. (3,19).

3.3.5 PRONOSTICO

Depende en primer lugar de la relación huésped tumor : son de todos conocidos los casos de mujeres con el mismo tipo y extensión de neoplasia, que reciben similar tratamiento y las cuales evolucionan muy diferente, resolviéndose el problema en forma favorable en una de ellas y por el contrario rápidamente perdiéndose en otra . Se puede hacer una predicción de acuerdo a los siguientes aspectos :

A.- Extensión del proceso.

B.- Edad de la paciente

C.- Tipo de tumor

D.- Tratamiento instituido (22).

3.3.6 TRATAMIENTO.

Las pacientes con citología cervical de infección por VPH, deben enviarse a una clínica de displasias en donde se llevaran acabo el estudio colposcópico.

El médico debe avalar mediante su rúbrica el 100% de las cédulas de resultados positivos a cáncer de displasias

Si la colposcopia es satisfactoria, sin evidencia de lesión o infección por VHP se mantendrá el control con citología y examen colposcópico anual.

Si la colposcopia es satisfactoria y si existe evidencia de infección VHP, se deben de tomar una biopsia dirigida.

En el caso que la biopsia dirigida sea negativa o concluyente de infección por VHP se mantendrá el control con citología y colposcopia anual

Si la biopsia dirigida es reportada con NIC de cualquier grado, se realizará tratamiento conservador (crioterapia, láser terapia, o electro cirugía) de acuerdo con la disponibilidad, continuara en control con citología y colposcopia cada seis meses.

Si la biopsia dirigida reporta cáncer microinvasor o invasor, se transferirá a un centro oncológico para su tratamiento correspondiente.

La paciente con citología de displasia (NIC 1, 2,3), se transferirá a una clínica de displasias para su estudio por medio de colposcopia y cepillado endocervical .

En caso de colposcopia satisfactoria negativa a lesión cepillado endocervical negativo, se continuará su control con citología y colposcopia anual.

En caso de colposcopia satisfactoria negativa a lesión y con cepillado endocervical positivo, se realizará conización (Cilindro o cono diagnóstico).

En caso de colposcopia satisfactoria con evidencia de lesión (NIC 1.2.3.)Se realizará biopsia dirigida.

En caso de displasia negativa, se continuará su control por medio de citología y colposcopia cada seis meses.

En caso de biopsia positiva (NIC 1.2.3.) se debe de realizar tratamiento conservador (electro cirugía, láser terapia, o crioterapia) de acuerdo con la disponibilidad.

Las pacientes con citología de VHP, displasias y NIC de cualquier grado pasarán a la clínica de displasia para su diagnóstico y tratamiento que se abordará de la siguiente forma; Se realizará colposcopia y legrado endocervical o conización de diagnóstico.

Si el legrado endocervical o cono diagnóstico fuera negativo, se continuará su control por medio de la citología y colposcopia cada tres o seis meses.

Si el legrado endocervical como diagnóstico fueran positivo a NIC 1.2.3. Y bordes positivos o diagnósticos de cáncer micro invasor, pasará a tratamiento con histerectomía extra facial.

Las pacientes con citología de cáncer cervicouterino microinvasor e invasor seguirá el esquema siguiente:

Las pacientes con tumor macroscópico pasan a la clínica de displasias para su diagnóstico colposcópico.

Si la colposcopia es satisfactoria con la evidencia de lesión, se tomará biopsia dirigida.

La biopsia dirigida con diagnóstico de displasia (NIC 1, 2,3,) debe ser tratada con conización y su control será con citología y colposcopia anual.

La biopsia amplia dirigida con sospecha de microinvasión, se realizará por medio de biopsia amplia (Conodiagnóstico).

Si el reporte de esta biopsia amplia fuera confirmatorio de cáncer microinvasor sin permeabilidad linfática , se tratará con histerectomía extrafacial .

Si presentara permeabilidad linfática , se transferirá a un centro oncológico para su tratamiento de igual manera si la biopsia dirigida fuera reportada como cáncer invasor.

Las pacientes con citología de cáncer cervicouterino invasor y tumor macroscópico, se transferirán a un centro ontológico para su tratamiento.

Las pacientes embarazadas que presenten cualquier imagen alterada en su estudio citológico pasarán a la clínica de displasias para su diagnóstico.

Si se presentaran citología de displasia (NIC1.2.3.) o invasor sin tumor visible pasarán a colposcopia para su diagnóstico, con confirmación histológica de NIC 1, 2,3, pasaran a vigilancia y su tratamiento se hará en el Puerperio, con confirmación histológica de cáncer cervicouterino microinvasor con biopsia amplia y pasará su tratamiento a un centro ontológico, lo harán también pacientes con citologías de tumor invasor de embarazo con tumor visible (19).

FRECUENCIA.

Según las estadísticas alrededor del 85% de los carcinomas genitales se localizan en el útero. A su vez el 90% de los cánceres del útero se sitúan en el cuello (24).

No es posible aplicar la frecuencia, sin embargo, se considera que esta presente en 25 a 35 de cada 100000 mujeres, pero puede alcanzar la cifra de mil casos de cada cien mil mujeres (22).la incidencia del cáncer invasor del cuello ha disminuido en un 50% en los países o estados en los que se han realizados detección masiva, mediante la citología en toda la población femenina con riesgo de padecer cáncer del cuello uterino (22).

Su relación con los cánceres ginecológicos, es en razón de 2 a 1 con el cáncer de mama y de 6 a 1 con el cáncer del cuerpo uterino (24).

3.4 FACTORES DE RIESGO.

Para que se desarrolle un cáncer de cérvix existen una serie de factores de riesgo causantes de la enfermedad, dentro de los principales se encuentran:

EDAD:

En sus etapas preinvasoras entre los 30 a 40 años, su incidencia máxima para las neoplasias invasoras es de los 40 a 50 años. A medida que se lleva a cabo de manera más extensa la detección oportuna del cáncer cervicouterino el tumor esta apareciendo en edades más tempranas (7, 22,25) y en algunos pacientes de edad más avanzada (25).

En algunos estudios se han encontrado proporciones mucho mayores de 1,000 por 100,000 para el cáncer intraepitelial entre mujeres de 30 a 45 años (23).

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA:

Las personas que más tempranamente inician sus relaciones sexuales, tienen una mayor tendencia a adquirir la enfermedad (3,25). Todos los estudios concuerdan en que el riesgo de cáncer cervical aumenta con el matrimonio temprano o el primer coito a edad temprana, de los 15 a los 20 años es el periodo susceptible en que la primera relación sexual y las siguientes predisponen anteriormente al cáncer (7, 19, 23, 24).

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

Se ha encontrado una asociación positiva entre anticuerpos y neoplasia cervical en mujeres con numerosos compañeros sexuales y una historia de enfermedades venéreas. (3, 6, 19, 22,26).

RAZA.

La raza judía raramente presenta cáncer cervical. Sin embargo, se cree que la baja incidencia en mujeres de dicha religión y otras similares que practican la circuncisión rutinaria del varón por este factor (se ha hecho estudios acerca del valor carcinógeno del esperma) (7,22). Se puede llegar a presentar nueve veces más frecuentemente en mujeres no judías (23).

Las proporciones varían para los diferentes grupos sociales y étnicos. En el tercer estudio nacional del cáncer, se observó 15.0 cánceres cervicales invasores por cada

100,000 mujeres de raza blanca y 33.6 sobre 100,000 en mujeres de raza negra. (23).

CIRCUNCISIÓN:

Ha hecho sospechar que el coito con el varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizá en base de poca higiene del pene, se sospecha de la importancia que pudiera tener el esperma. Sin embargo, en otros estudios no se ha observado diferencia notables en el cáncer cervical, sea cual sea el estado de circuncisión del compañero (23).

COITO:

Se ha visto que el proceso es más frecuente entre las mujeres con vida sexual activa y que es verdaderamente excepcional en las vírgenes, por ejemplo en las monjas. Se ha sugerido que el factor causante se transmite por coito (25). En una revisión de las historias y certificados de defunción de no menos de 13,000 monjas canadienses no se logró descubrir un solo caso de cáncer cervical, un estudio más reciente sobre un número similar de mujeres célibes reveló 6 casos de carcinoma de cuello, aunque este dato representa frecuencia extraordinariamente baja, la monja que lo sufría demostró que en su vida pasada había tenido contactos sexuales (23).

MULTIPARIEDAD.

Es más frecuente en las mujeres que han tenido varios hijos, en comparación con las que no han tenido (7, 3, 7, 22,24). Se ha observado que casi 95% de las pacientes han tenido partos (25).

CLASE SOCIAL:

Estadísticamente se ha demostrado mayor incidencia de este tumor en las mujeres provenientes de las esferas sociales bajas. Esto debido principalmente a la promiscuidad, deficiente aseo, presencia de procesos cervicales infecciosos crónicos, matrimonio temprano y multiparidad, que habitualmente acompañan a estas personas (7, 22,25).

TABAQUISMO:

Es el hábito de fumar tabaco en cigarros puros o pipas, este hábito que generalmente se adquiere en la adolescencia y ha aumentado considerablemente en la población produciendo un daño en la salud. Es frecuente en ambos sexos, se piensa que la persona fuma por que encuentra en el tabaco un satisfactor oral, cuando la persona tiene tensión emocional por curiosidad o por aceptación social. Generalmente la primera vez que se fuma se presentan síntomas desagradables Como náuseas, mareo y dolor de cabeza pero el organismo se acostumbra rápidamente a la nicotina.

Durante los últimos 50 años, el tabaquismo ha sido identificado como causa del cáncer del pulmón, pero también es factor causal de otros cánceres, entre el cérvix uterino (3, 19, 23,27).

IRRITACION CERVICAL:

Las lesiones irritativas crónicas del cérvix tanto traumáticas como infecciosas que frecuentemente han padecido las pacientes con vida sexual activa temprana y las multiparas, sin duda predisponen que el cáncer se desarrolle en el cérvix (22). Se ha observado más frecuentemente algunos agentes patógenos como los que se mencionan a continuación:

La infección por Clamidita trachomatis involucra tanto el tracto genital bajo como superior de la mujer, teniendo preferencia por las células escamo columnares y por ello, crece sólo dentro de la zona de transformación del endocérvix por lo que el cérvix es el primer blanco de infectarse (26). Se ha señalado una relación frecuente de la infección por C.Trachomatis en vías genitales bajas displasia cervical (23).

El virus del papiloma humano (VPH) tiene importancia por ser una de las infecciones más frecuentes a nivel mundial y estar asociada con cáncer anogenital. Probablemente no se erradica, lo mejor es la prevención, con el uso del condón, mejores hábitos higiénicos y controles citológicos semestrales y anuales dependiendo de los factores de riesgo (7, 19, 24,28).

El cáncer del cuello uterino es una enfermedad asociada a muchos factores Etiológicos, pero quizá los más importante son el virus del papiloma humano y la acumulación de múltiples defectos del sistema inmune en el sitio del tumor (1,3,5,29). Los VPH son agentes etiológicos involucrados con el desarrollo de más de 90% del cáncer cervical (30). Hay más de 65 diferentes de VPH y aproximadamente 35 de estos tipos infectan al tracto genital (30). La lesión producida por los VPH ocasionalmente se convierte en maligna, particularmente en los sitios de unión del epitelio escamocolumnar. (5).

Al parecer el virus del herpes simple tipo II se relaciona claramente con el cáncer cervical (7, 23,25). Las infecciones por Tricomonas vaginalis también se ha observado que tienen relación con esta patología (23, 24).

ESPERMA:

Se ha considerado que el esperma puede tener un papel importante en la producción de estas transformaciones (24), e incluso se ha presentado pruebas que sugieren que el agente etiológico es el DNA del espermatozoide (23, 24).

3.5 PARTICIPACIÓN DE ENFERMERIA EN LAS FASES DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Sin duda, es necesaria la participación de la enfermería en las diversas fases de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cervicouterinas especialmente en:

3.5.1 Medidas de Prevención

Las siguientes medidas preventivas del cáncer cervicouterino se aplican a partir de la historia natural de la enfermedad.

Prevención Primaria.

Esta dirigida a eliminar aquellos factores de riesgo que son nocivos para el individuo; y trata de reducir la incidencia de la enfermedad a través de la educación para la salud y promoción social, orientados a tomar conciencia y auto responsabilidad.

Algunas estrategias de prevención primaria de cáncer cervicouterino son:

- 1) Orientar a las mujeres para la realización de papanicolaou en edad reproductiva.*
- 2) Realizarse el papanicolaou por lo menos una vez al año.*
- 3) Diagnóstico y tratamiento oportuno en la detección del CACU.*
- 4) Orientación sobre la higiene y factores de riesgo.*

Sin embargo con los conocimientos actuales aún no es posible realizar estas medidas de prevención primaria.

Otras acciones de este tipo son:

. Dirigir actividades de educación para la salud a la población en general, con especial atención a las mujeres con factores de riesgo y estilos de vida que contribuyen a la ocurrencia de la enfermedad, y sobre el conocimiento de las técnicas y procedimientos disponibles para la detección oportuna del cáncer.

. Integrar y capacitar a otros grupos sociales en acciones concretas de educación y promoción, mediante la participación activa en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención.

. La educación en salud respecto a la detección debe ser dirigida a las mujeres para persuadirlas a aceptar, requiriéndose de un programa coordinado de promoción a la salud que asegure que dicha población conozca los motivos de la detección, los

procedimientos empleados, el significado de los resultados y la eficiencia de los tratamientos recomendados. Dar la información necesaria al sexo masculino desde el inicio de su madurez para que participe con su pareja en detectar factores de riesgo e impulsarla a que realice la detección.

Prevención Secundaria.

Se dirige al diagnóstico oportuno y al tratamiento adecuado.

Actualmente se han instituido tres medidas prácticas básicas en relación con la detección oportuna del cáncer cervicouterino. El diagnóstico temprano realizado por la exploración clínica del médico, es capaz de incrementar la esperanza de vida en un 95% de los casos a cinco años, a diferencia de las mujeres no controladas que solo alcanzan el 75%. Este procedimiento debe ser de rutina en todas las mujeres mayores de 25 años que asistan a las unidades de salud.

La realización del papanicolaou se debe realizar por lo menos una vez al año, este estudio se debe concientizar a la población femenina, el diagnóstico y tratamiento tempranos son los elementos más efectivos para prolongar la vida de los cancerosos y para disminuir la enfermedad.

Otras opciones de diagnóstico son la radio, la cirugía y los isótopos radiactivos son los tres métodos más eficaces, actualmente en el tratamiento de la enfermedad y el tratamiento psicológico.

Prevención Terciaria.

Se dirige a evitar la progresión de tumor maligno ya existente mediante la aplicación oportuna de métodos racionales de tratamiento, quimioterapia y radioterapia combinados con cirugía, así como la rehabilitación psiquiátrica en mujeres que reciben este tipo de tratamientos.

4. METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es transversal por que examina al cacu en el Hospital General de México en un tiempo limitado .Es observacional por que se muestra el fenómeno del cacu sin modificar intencionalmente las variables.

UNIVERSO DE TRABAJO

200 mujeres que acudan a la consulta externa para la realización del papanicolaou en edad reproductiva en el Hospital General de México.

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN.

Se aplicó en forma de entrevista una cédula para obtener resultados verídicos y así por medio de la observación se llenó la hoja de reporte de citología cervical y fue importante el resultado del estudio de citología.

4.2 UBICACION DEL ESPACIO TEMPORAL.

LUGAR DE ESTUDIO: Hospital General de México, S.S.A.

POBLACION DE ESTUDIO: Mujeres mayores de 18 años que acudieron a la Consulta Externa del H. G. M. En el turno matutino para la realización del papanicolaou.

PERIODO DE ESTUDIO: Del 15 de mayo al 28 de junio del año en curso.

4.3 CRITERIO DE SELECCIÓN:

INCLUSIÓN.

-Paciente femenina de 18 a menos de 90 años que demande el examen de DOC, en los servicios médicos del Hospital General de México.

-Paciente en vida sexual activa.

-Paciente femenina seleccionada por el personal de salud como candidata para detección oportuna del cáncer cervicouterino.

NO INCLUSION.

-Pacientes femeninas que no son atendidas en el servicio por su resultado de citología negativo.

-Que la toma de muestra sea inadecuada.

-Paciente que se encuentra en periodo menstrual.

-Paciente con tratamiento de cervicovaginitis.

4.4. ORGANIZACION DE LA INVESTIGACION

HUMANOS:

Dos pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Fisicos:

Hospital General de México S. S. A. Se realizaron las encuestas en Consulta Externa del Servicio de Oncología. Cuenta con cinco consultorios.

MATERIALES:

- **Cédulas ó formato para la toma de citología cervical.**
- **Hojas blancas.**
- **Plumas, equipo de cómputo.**
- **Laminillas**
- **Citospray.**
- **Espátula de ayre.**
- **Guantes.**
- **Espejos vaginales.**

4.5. VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

DEPENDIENTE

Papanicolaou: Estudio que se realiza a todas las mujeres en edad reproductiva a través de un espejo vaginal.

Operacionalización: Exploración del cervix realizado por espejo vaginal para detectar si hay algún cambio en ellos.

Tipo de variables: Cualitativa
Indicador: Primera vez, se ignora o más de tres años.
Subsecuente.

VARIABLES INDEPENDIENTES,

Edad: Tiempo que una persona ha vivido a partir desde el nacimiento.

Operacionalización Años cumplidos en la encuesta.

Tipo de variable Cuantitativa.

Escala de medición Razón.
Indicador. 18 - 25 años
26- 29 años
30- 34 años
35- 39 años
40- 44 años
45- 49 años
50- 54 años
55- 59 años
60- 64 años
65 -90 años

Factores de riesgo: Son agentes biopsicosociales presentes en una persona no enferma, que guardan relación estadística con frecuencia de seguimiento de una enfermedad mayores que las normales.

Operacionalización La que refiere al momento de la encuesta.

Tipo de variable Cualitativa
Escala de medición Nominal
Indicador inicia relaciones antes de 18 años
Múltiples parejas sexuales
Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.
Tabaquismo

Diagnóstico citológico : El padecimiento por lo que, se sospecha cuando el examen celular papanicolaou muestra células de descamación características de una

displasia intensa o de carcinoma.

Operacionalización: Es la idea o noción del CACU cuando es prevenible y tratable cuando se diagnóstica a tiempo

Tipo de variable
Escala de medición
Indicador

Cualitativa
Nominal
negativo a cáncer
Negativo con proceso inflamatorio
Displasia leve (nic 1)
Displasia moderada (nic2)
Displasia grave (nic3)
Cáncer in situ (nic3)
Cáncer invasor
adenocarcinoma
Maligno no especificado

Hallazgos adicionales:

Las lesiones preclínicas por lo general, se diagnostican inicialmente mediante el examen celular o la colposcopia. La sospecha de un frotis papanicolaou positivo implica investigación no obstante, al rededor de 6% de los frotis Celulares son negativos falsos.

Operacionalización

Es la causa o consecuencia en relación al estudio.

Tipo de variable

Cualitativa

Escala de medición

Nominal

Indicador

chlamydia
Tricomonas
Bacterias
polimorfonucleares

4.6 DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

Se presentó el proyecto de investigación al Director y al jefe del departamento clínico de la Unidad de Medicina del Hospital General de México del turno matutino, para su conocimiento y autorización del estudio.

Previa autorización e información al personal de salud (Asistentes Médicos), se procedió a entrevistar a las mujeres que acudieron a la consulta de medicina familiar del turno matutino. Para realizar las encuestas, se invitó a las mujeres que cumplieran con los criterios de selección,

Por lo tanto, se les explicó sobre la importancia del papanicolaou a través de un rotafolio que nos proporcionó el servicio de medicina preventiva con la finalidad de realizar la investigación y que su participación consistía en contestar preguntas confidenciales y que no tenía ninguna repercusión física.

El cuestionario se estructuró con 33 preguntas que valoraron los factores que intervinieron, en la realización del papanicolaou, dicho estudio se realizó conjuntamente con el personal médico, enfermería y personal de laboratorio.

5. RESULTADOS

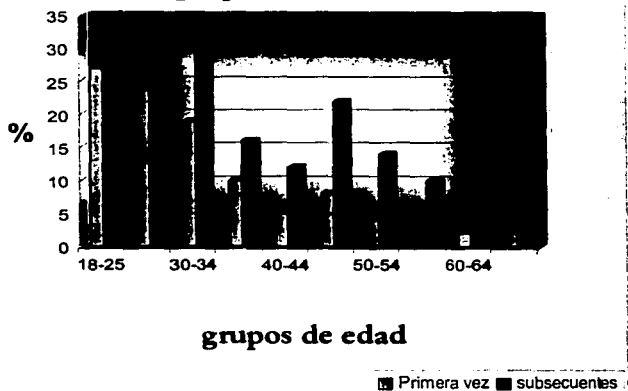
Cuadro No.1
Frecuencia de pacientes por grupo de edad que acude a la toma del Papanicolaou por primera vez y subsiguiente

Grupos de edad	Citología			
	Primera vez	subsecuentes	Total	%
18-25	27	20	47	25.0%
26-29	24	34	58	30.9%
30-34	19	34	53	28.2%
35-39	10	16	26	13.8%
40-44	5	12	17	9.0%
45-49	8	22	30	16.0%
50-54	4	14	18	9.6%
55-59	0	10	10	5.3%
60-64	2	4	6	3.2%
65 A MENOS DE 90	2	8	10	5.3%
Total	101	87	188	100.0%
Porcentaje	53.7%	46.3%	100.0%	

Fuente: 200 cédulas aplicadas en la investigación Participación de enfermería en la prevención y detección de factores de riesgos para el cáncer en la población femenina del Hospital General de México. Del 18 al 25 de mayo del 2002.

Nota: 12 cédulas se anularon debido a la mala técnica en la toma de la muestra.

Gráfica 1: Frecuencia de pacientes por grupo de edad



Fuente: Ibidem Cuadro No 1

Análisis e Interpretación:

En el cuadro no 1, relativo a la toma del papanicolaou, obtenemos lo siguiente que el grupo que más asiste es de 26 a 29 años de edad con un 30.9% ya que es en esta edad donde se tiene vida sexual activa, seguida por las de 30 a 34 años con un 28.2% en el tercer lugar las de 18 a 25 años con el 25%, es de suma consideración que es el grupo de edad de 45 a 49 años con un 16% lo que nos hace pensar que es en esta edad donde se vuelve hacer esta prueba y esto es tal vez por que inician nuevamente sus relaciones sexuales, finalizando con las de 50 a 54 años con un 9.6%.

Descripción:

El 30.9% de los pacientes por grupo de edades 26 a 29 años. Son las que con más regularidad acuden a la toma del papanicolaou. Sin embargo el grupo de 60 a 64 años cuentan con el 3.2% lo que indica que es una población muy escasa la que asiste a dicha toma.

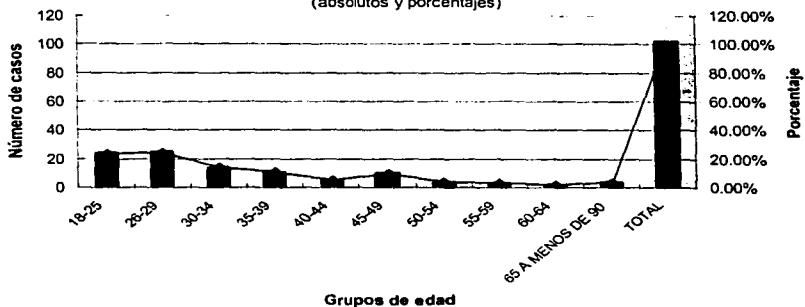
Cuadro No. 2.
Población estudiada por grupos de edad y factores de riesgo encontrados en las mismas

Grupos de edad	Factores de riesgo					TOTAL	%
	Inicia relaciones antes de los 18 años	Múltiples parejas sexuales	Antecedentes de transmisiones de enfermedades sexuales	Tabaquismo			
18-25	24	9	7	6	46	23.1%	
26-29	25	5	8	2	40	20.1%	
30-34	14	8	3	8	33	16.6%	
35-39	11	6	1	3	21	10.6%	
40-44	5	1	3	1	10	5.0%	
45-49	10	6	1	2	19	9.5%	
50-54	4	3	3	1	11	5.5%	
55-59	3	0	1	1	5	2.5%	
60-64	2	1	3	0	6	3.0%	
65 A MENOS DE 90	4	2	1	1	8	4.0%	
TOTAL	102	41	31	25	199	100.0%	
Porcentaje*	54.3%	21.8%	16.5%	13.3%			

Fuente: Misma del cuadro 1.

Nota: * Se encontró que por grupos de edad de las mujeres estudiadas, ellas respondieron más de una opción que explican los factores de riesgo considerados en este estudio, razón por lo cual no se presentan la suma de los totales por columna.

Gráfica 2.1
Factores de riesgo de contraer el cancer cervico uterino; y la frecuencia de las pacientes que inician relaciones sexuales antes de los 18 años (absolutos y porcentajes)



Fuente: Cuadro 2.

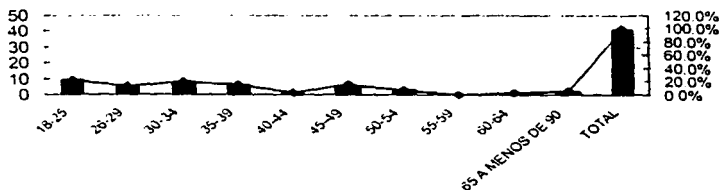
Nota: Se tomó en cuenta nada más a el 54.3% como el total para el 100%.

Análisis e Interpretación:

En el cuadro número 2, nos indica que el 23.1% del grupo de edad de 18 a 25 años y han iniciado su vida sexual activa antes de los 18 años ;con el 20% le sigue el grupo de edad de 26 a 29 años; y tienen más de una pareja sexual; han tenido antecedentes de infección de transmisión sexual y fuman; es este grupo el cual cumple con los factores de riesgo más latentes a llegar a desarrollar algún tipo de cáncer en un futuro ó en algunos años .Así en el grupo de edad de 45 a 49 años y 60 a 64 años con el 2.5% y el 3.0% nos indica que el factor de riesgo es menor a está población de llegar a padecer cáncer.

Descripción: El 20% tanto de las edades de 26 a 29 años como de 18 a 25;han iniciado su vida sexual antes de los 18 años de edad; y con un menor porcentaje tenemos a las de menos de 60 a 64 años .

Gráfica 2.2
Población estudiada con múltiples parejas sexuales



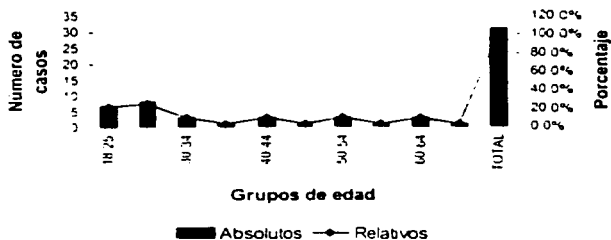
Fuente: Ibidem.

Nota: Se toma el 21 8º como el 100%.

Descripción:

De las edades de 18 a 25 años y 30 a 34 años con menos del 10%;han tenido más de una pareja sexual y nuevamente se incrementa en edades de 45 a 49 años .Sin embargo en donde no se presento fue en la edad de 55 a 59 años.

Gráfica 2.3
Población estudiada con antecedentes de transmisión sexual



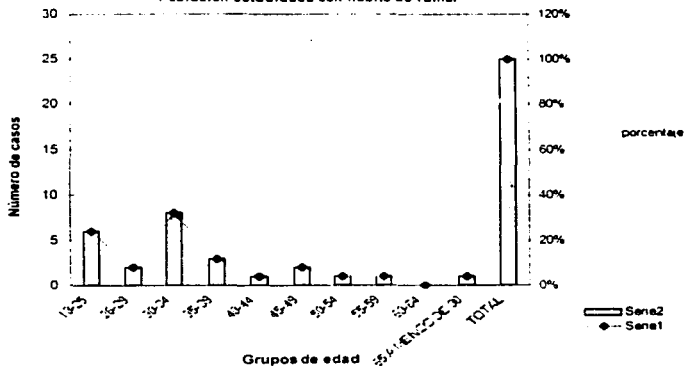
Fuente: *Ibidem*

Nota: Se tomó el 16.5% como el total con el 100%.
En absolutos son los casos y relativos es el total

Descripción:

El grupo de 26 a 29 años de edad representan más del 5% así como de 18 a 25 años; y con el menos de 1% se tienen las de 30 a 34 años; 45 a 49 años; 55 a 59 años y 60 a más años.

Gráfica 2.4
Población estudiada con hábito de fumar



Fuente: *Ibidem*.

Nota: Con el 13.3% lo que nos da el 100%.

Descripción:

El grupo de edad de 30 a 34 años y el de 18 a 25 años tienen el hábito de fumar mucho mayor que las de 60 a 64 años de edad que no fuman.

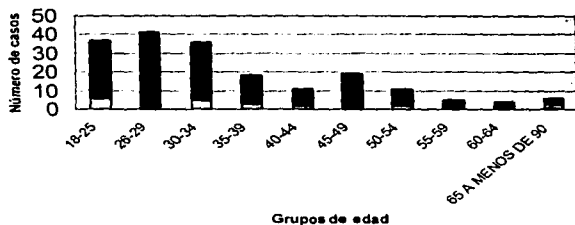
Cuadro 3.
Resultados de citología cervical por grupos de edad.

EDAD	Diagnóstico citológico			
	Negativa de cáncer		Negativa con proceso inflamatorio	
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos
18-25	6	27.3%	31	18.7%
26-29	0	0.0%	41	24.7%
30-34	5	22.7%	31	18.7%
35-39	3	13.6%	15	9.0%
40-44	2	9.1%	9	5.4%
45-49	0	0.0%	19	11.4%
50-54	2	9.1%	9	5.4%
55-59	0	0.0%	5	3.0%
60-64	1	4.5%	3	1.8%
65 A MENOS DE 90	3	13.6%	3	1.8%
TOTAL	22	100.0%	166	100.0%

Fuente: Misma del cuadro número 1.

Gráfica 3

Resultados de citología cervical por grupos de edad



□ Negativa de cáncer ■ Negativa con proceso inflamatorio

Fuente: Cuadro número 3.

Análisis e Interpretación.

El 88.30% de la población estudiada el resultado de negativo con proceso inflamatorio.

Esto nos muestra que aunque fue negativo no hay que descartar a este grupo ya que en un futuro podría aparecer el cáncer cervicouterino. Con el 11.70% salió negativo Así se descarta una posibilidad de tenerlo; pero hay que hacer hincapié en seguirse Haciendo la prueba.

Cuadro No. 4.
Hallazgos adicionales de los estudios de la citología cervical encontrados en la población de estudio

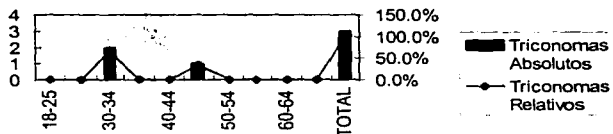
Edad	Hallazgos adicionales				
	chlam	tricotomas	bacterias	polimorfa	
18-25	0	0	10		26
26-29	0	0	40		38
30-34	0	2	31		31
35-39	1	0	14		11
40-44	0	0	9		8
45-49	0	1	18		17
50-54	0	0	10		9
55-59	0	0	5		4
60-64	0	0	3		2
65 A MENOS DE 90	0	0	3		3
TOTAL	1	3	163		149

Fuente: Misma del Cuadro No. 1.

Análisis e Interpretación.

En el cuadro número 4, el 62.9% reporta la presencia de bacterias en dos casos se reportan tricomonas en los grupos de 18 a 34 años, en un 11 % en los grupos de edad de 45 a 49 años se incrementa la presencia de bacterias, observándose que es en este grupo de edad donde se disminuyen los polimorfonucleares. Por lo tanto a mayor edad menor la presencia de polimorfonucleares.

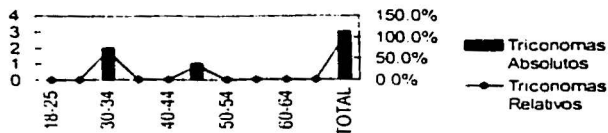
Gráfica 4.1
Hallazgos adicionales en la población estudiada de tricomonas



Fuente: Cuadro número 4.

Nota: Se presentaron 3 casos y esto da el 100% del total.

Gráfica 4.1
Hallazgos adicionales en la población estudiada de tricomonas



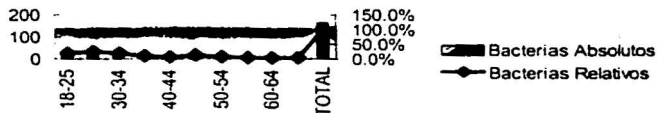
Fuente: Cuadro número 4

Nota: Se presentaron 3 casos y esto da el 100% del total

Descripción:

Se encontraron tricomonas en un 66.7% en el grupo de edad de 30 a 34 años y con solo el 33.3% en el grupo de edad de 45 a 49 años.

Gráfica 4.2
Hallazgos adicionales en la población estudiada referida a bacterias

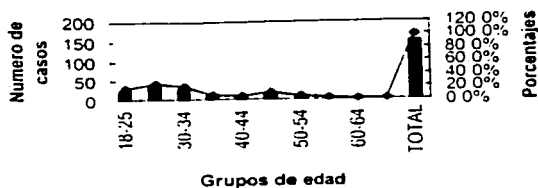


Fuente: Cuadro número 4.

Nota: El total es de 663 que es un total de 100%.

Descripción: Observamos que el grupo de edad de 26 a 29 años tienen el 24.5% y en segundo lugar con el 19% el de 30 a 34 años; esto nos muestra que la edad de 45 a 49 años vuelve haber un índice grande con el 11% y con el 1.8% tenemos los grupos de más de 60 años.

Gráfica 4.3
Hallazgos adicionales en la población
estudiada referente a polimorfos



Fuente: Cuadro número 4

Nota: Total son 149 casos que es el 100%.

Descripción: El 25.5% se obtuvieron de 26 a 29 años de edad; seguido del grupo de edad de 30 a 34 años con 20.8%; con un porcentaje bajo tenemos a las del grupo de 60 a 64 años y más con un 1.3% y 2.0%.

6. DISCUSIÓN

En la República Mexicana el cáncer cervicouterino ocupa los primeros lugares de morbilidad y mortalidad, en mujeres mayores de 30 años de edad, es de las enfermedades donde la prevención es efectiva, con la aplicación del papanicolaou.

En el Instituto Dexus de Barcelona en 1991 se realizó una encuesta a 1093 mujeres y se encontró que 60% de las encuestadas no conocían la posibilidad del papanicolaou, sin embargo en el presente estudio realizado en la SSA, se encontró que el 2.0 % no saben sobre el papanicolaou, que comparada con la proporción de las anteriores pacientes es insignificante.

Por otra parte, se dice que la mayor parte de las mujeres desconocían sobre los factores de riesgo del CACU. En cambio en la población estudiada, el 11.7% no saben la técnica del papanicolaou. También encontraron que el 25% de las personas que dicen saber el riesgo del cáncer cervicouterino, aunque la confusión es casi general, comparada con el 64.4% que refiere realizarse el papanicolaou, pero de igual manera, al preguntarles cuantas veces se realizaban el papanicolaou no referían. En el mismo estudio del Instituto de Barcelona, se encontró que en 65% no saben los factores de riesgo para el CACU.

La Asociación Estadounidense contra el Cáncer y el Instituto Nacional de Cáncer recomienda el papanicolaou a todas las mujeres de 20 años, con dicha propuesta se han producido cambios en la población, en lo que se refiere a la investigación, se encontró que las mujeres de 20 a 29 y de 30 a 39 años tienen 42% y 80% respectivamente la probabilidad de realizarse el papanicolaou. Con relación a otros factores de riesgo que intervengan en el CACU, desafortunadamente no hay estudios en el ámbito internacional o nacional que pueda aportar información para hacer una comparación entre éstos y los resultados obtenidos de la investigación.

Lo más relevante de los resultados de la investigación es que la población participante y entrevistada desconoce los factores de riesgo que se asocian con esta patología y no saben que es curable cuando se detectan a tiempo, por lo que este grupo de mujeres tienen la probabilidad de no realizarse el papanicolaou y con ello se incrementa el riesgo de padecer el CACU en etapas tardías.

Entre otras situaciones que se detectaron durante la entrevista, es que existen algunas mujeres que no acuden al servicio de detección oportuna a su clínica lo que implica un riesgo, o bien que éstas aparte de no acudir al servicio, cuando lo han hecho no les han enseñado la importancia del papanicolaou.

Por otra parte la educación para la salud, por personal debidamente capacitado sobre el tema de CACU, es una forma de educar a la población femenina para que en lo futuro sean ellas quienes tengan la iniciativa para realizarse el papanicolaou y descubrir algún signo de alarma acuda a su servicio de salud.

7.COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En la presente investigación que se llevó a cabo en el Hospital General de México, con mujeres en edad reproductiva la hipótesis planteada fue que a mayor información de las medidas preventivas del cáncer cervicouterino menor incidencia de la presentación de los factores de riesgo en la población femenina; y efectivamente se encontró que existen factores de riesgo pero la población está conciente y que sabe que tiene que realizarse el papanicolaou por lo menos una vez al año.

Lo anterior se obtuvo al hacer el análisis bivariado, en el paquete estadístico Excel, con el cual se determinó si existía asociación entre la variable dependiente con cada una de las variables independientes a partir de los valores obtenidos de la razón. Las variables que resultaron están relacionadas con los factores de riesgo para el CACU; el desconocimiento sobre dicha patología y la técnica del papanicolaou y el que las mujeres tienen razones para no realizarse el estudio, además de tener poca información de calidad y de dudosa procedencia.

Y el resto de las variables independientes como (edad, papanicolaou, diagnóstico citológico, factores de riesgo y hallazgos adicionales), son factores que intervienen en dicho estudio. Ello se debe, a que el tema de cáncer cervicouterino y técnica del papanicolaou debe ser fácil de comprender y utilizar términos sencillos, sin importar las características de la población y para lo sólo se requiere llevarlo a la práctica.

8. CONCLUSIONES

Es de importancia ver que en la actualidad las adolescentes tienen relaciones sexuales a edades más tempranas y esto favorece; debido a que entre más compañeros sexuales pueden llegar a presentar el CACU; tenemos que el 23. % perteneció al grupo de edad de 18 a 25 años seguido de las de 26 a 29 años aunado al hábito de fumar; es muy probable que mas adelante puedan presentar esta patología. Con el 88.30% se obtuvo el resultado negativo con proceso inflamatorio. Este grupo no contó con ningún caso de cáncer.

Es importante señalar que la información que obtiene la mujer es buena en cuanto a la prueba del papanicolaou, pero no deja de ser un factor de riesgo si la información fue

obtenida por medios informales, en comparación de cuando la información es proporcionada por medios formales principalmente por personal de enfermería; quizás esto se debe a que las pacientes suelen tenerle más confianza para preguntar, y por ende ,exista un acercamiento afectivo y de credibilidad. El desconocimiento sobre el tema de cáncer es un factor de riesgo y no saber que esta enfermedad es curable cuando se detecta a tiempo.

Las mujeres refieren motivos o razones injustificadas para no realizar el papanicolaou, que por lo regular son de índole cultural y que se relacionan con el autocuidado como valor de salud ,que es afectado por diversos elementos modificadores que están presentes en un individuo en forma consciente o inconsciente como: la ignorancia, el miedo y los hábitos nocivos .

Comparando con las referencias bibliográficas se confirma que en la población estudiada aunque el menor porcentaje se encontraron los factores de riesgo: inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales, presencia de infecciones cervicouterinas con esto aprueba la hipótesis de trabajo, se promocionan las medidas preventivas con diversos recursos didácticos así como las medidas de prevención. En base a los resultados obtenidos se comprobó que a mayor edad disminuye la presencia de flora cervicovaginal e incrementa la presencia de bacterias.

9. PROPUESTA

El cáncer cervicouterino es una enfermedad crónica degenerativa y es uno de los tantos cánceres, donde la prevención se considera efectiva, pues el detectar esta patología en sus estadios primarios es altamente curable.

Para ello, se cuenta con métodos de detección precoz tales como: el examen clínico, el papanicolaou es un método para poder diagnosticar patologías del aparato reproductor femenino.

Para ello, se cuenta con métodos de detección precoz tales como la biopsia, colposcopia y citología cervical etc, el examen clínico debe ser en forma anual.

De los datos obtenidos se observa que hay mujeres derechohabientes que no realizan el examen. Aunque solo es una tercera parte de las mujeres entrevistadas, se encontró que el principal factor de riesgo que interviene, es la falta de conocimiento a cerca de cáncer cervicouterino la inasistencia al servicio de detección oportuna de cáncer.

Considero que como Licenciado en Enfermería y Obstetricia puede sugerir algunas posibles estrategias para modificar la conducta de las mujeres en aquellos factores de riesgo que intervienen en la realización del papanicolaou.

- 1. Identificación del grupo de riesgo.*
- 2. Organización de grupos de aprendizaje.*
- 3. Elaboración de un programa de capacitación al personal de enfermería.*
- 4. Información en forma sistemática a los grupos de riesgo.*
- 5. Distribución de material gráfico entre las mujeres que acuden a la consulta externa.*
- 6. Establecer una capacitación e información formal.*

Por lo que, el principal papel que juega el Licenciado en Enfermería y Obstetricia basándose en su formación académica, es diseñar programas de educación al personal de salud (médicos, enfermería, trabajo social, asistentes médicas, pasantes en servicio social y estudiantes de posgrado). Incluso, dicho programa deberá abarcar principalmente a personal de enfermería (trabajadoras y estudiantes) educándolas para sensibilizar y concientizarlas en cuanto a la importancia del autocuidado el cual debe ser visto como un valor de salud que rige de ciertas fuerzas internas: autoconocimiento, autoestima, autorespeto, autocontrol y autosuficiencia, estos son con el propósito de transmitir dicho sentimiento a la población femenina, pues somos nosotros el ejemplo a seguir además que de alguna manera existe mayor comunicación entre enfermera-paciente y ello permitirá elevar la calidad de vida.

Por tanto, se tendrá que intervenir desde un primer nivel de atención a toda la población femenina haciendo énfasis en la promoción de salud, el cual comprende dar información educativa al público sobre el cáncer cervicouterino abarcando aspectos reales y actualizados del problema.

Dicho programa de salud debe enfocarse a la prevención, y así establecer campañas comunitarias en la población femenina en edad fértil, para realizarse el papanicolaou, incluso invitar a los varones y educarlos sobre este tema es de trascendencia en la actualidad y que de alguna manera ya sea, directa o indirectamente colabore con su pareja para detectar a tiempo la presencia de alguna alteración. Además, se debe hacer uso de la cartilla nacional de salud de la mujer para que lleve el control de fechas de cuando debe realizarse su papanicolaou, cuando acudir al centro de salud o confirmar la presencia de algún tumor canceroso, todo esto se puede realizar a cabo estas actividades:

- o Informar que es el cáncer cervicecúterino, que lugar ocupa actualmente esta neoplasia, cuales son los factores de riesgo que se asocian con dicha patología, y lo principal indicarles que esta enfermedad es curable cuando se detecta a tiempo, además se les debe orientar acerca de los métodos de detección oportuna de CACU.*
- o Con respecto a informar que lugar ocupa el cacu es con el propósito de que tomen conciencia de que esta enfermedad actualmente esta ocasionando grandes estragos, pero que en ellas esta el poder de crear una conciencia de autocuidado.*
- o El hecho de orientarlas acerca de que el cáncer es curable cuando se detecta a tiempo e indicar que métodos de detección oportuna existen; esto con la finalidad de evitar la morbilidad y mortalidad.*

Por ello, es de suma importancia crear en la comunidad una conciencia de cuidado y autocuidado, para que eviten tener motivos o razones injustificadas para no realizar el estudio. También se les debe indicar que existe un servicio para la detección oportuna de cáncer.

Además, con todo lo anterior se podrá dar un control a este grupo de padecimientos crónico-degenerativos y cumplir los objetivos establecidos en los programas de la detección oportuna de cáncer cervicouterino.

10.- Referencias Bibliográficas

- 1.- BERUMEN, Jaime y Col. Vacunas terapéuticas recombinantes contra el cáncer del cuello uterino. Editorial. Salud pública. Edición 1997, México DF. Pág. 39, pp. 297.
2. - BROSSMAN, M. B. Efficacy of endocervical brush in obtaining adequate papanicolaou smears. Edit. Jamm, Edición 1991, E.U. Pág. 91, pp. 873.
- 3.- CISNEROS, Cárdenas M. Mortalidad por cáncer en la mujer mexicana. Edit. Salud pública. Edición 1987, México DF. Pág. 39, pp. 305.
- 4.- CORRAL, F. La baja escolaridad como factor de riesgo en el cáncer del cuello del útero. Edit Panam, Ed. 1996 México Pág. 121 pp.517.
- 5.-CORTEZ, Gutiérrez Elva y Col. Algunos factores epidemiológicos en el cáncer cervico uterino. Edit., IMSS. Edición México 1995, pag.37-42 pp.189.
- 6.- ESCANDON, Romero Celia y Col. Epidemiología del cáncer cérvico úterino. Edit. IMSS, Edición México DF. 1995, Pág. 33-38, pp.190.
- 7.- GARCIA, Diego. Introducción a la bioética médica. Edit. Panam, Edición México DF. 1990 Pág.79 pp. 108.
- 8.- GONZALEZ, J. Ginecología. Edit. Salvat. Edición 5ta. España 1992, Pág.87 pp.380.
- 9.- GONZALEZ, Sánchez José Luis y Col. Asociación de clamidia trachomatis y virus del papiloma humano como factores predisponentes en la etiopatogenia de la neoplasia intraepitelial cervical. Edit. IMSS. Edición México DF. 1996, Pág.63-66, pp.373.
- 10.- GORGORA, Iachi, Renan. Infección por virus linfotrópico de células T humano γ_1 en pacientes con cáncer cervicouterino. Edit. IMSS. Edición México, DF., Pág.65, pp.375.
- 11.-GRILLO, Arturo. Metodología Científica aplicada a la Investigación de la Salud. Edit . ISEMM.UAEM, 2da Edición Toluca 1999, p 30 pp. 115.
- 12.-HEELER, Cm. Preventive vaccines for cervical cancer. Edit Salud Pública Edición México DF 1997 p. 39-47, p.p 299.
- 13.-HOLIS, Richard. Preocupaciones que las mujeres tienen y deben de tener al vigilar su salud Edit Salvat, Edición 1967 p 64, pp. 243.
- 14.- LAZCANO, Ponce Eduardo y Col. Factores de riesgos reproductores y cáncer cervico uterino en la ciudad de México. Ed Salud Pública Edición México 1993 p.35 pp. 133.
- 15.- LAZCANO ,Ponce Eduardo Vality and reproducibility of cytology diagnosis in a sample of cervical screening centers in México. Acta cyto.1997, 41. 277-284.
- 16.-MENDEZ, Ignacio. El protocolo de Investigación, lineamientos para su investigación y análisis. 2 edición México, trillas 2 1990.p78 pp. 420.
- 17.-MILLA Villeda Reynaldo, Ginecología y Obstetricia Edit Grijalbo, Edición México DF. 1998 p 66 pp. 351.
- 18.-MOHAR, A y Col. Epidemiología del Cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología Edit Salud Pública, edición México 1997 p.39, pp. 258.
- 19.-MONTEROSA Castro Álvaro y Col Gardenella vaginalis en informes de citología cervico vaginal. Gac.med, Méx. 1996, p 132 p.p 125.
- 20.- MONTES Sánchez Gregoria y col. Eficacia de cepillo cervical en la obtención de muestra en docervical en comparación con el sbatelenguas. Edit Salud Pública Edición México p 65, p.p 308

21. - MUÑOZ Nuvia. Cervical cancer and human papilloma virus epidemiological evidence and prepectives for prevention. Sal. Púb. Méx. 1997, p 39, pp. 274-282.
- 22.-NUÑEZ Maciel. Eduardo. Ginecología y Obstetricia. Edit Manu : Moderno, Edición México 1989, p 43 pp. 302.
- 23.-OLIVAS Mendoza Gustavo y col. Citología Cervical hallazgos dependientes del biolector Edit Interamericana Edición México 1997 p 65 pp. 141.
24. OLVERA Rodríguez Arturo y col. Displasia cervical y papiloma cervicouterino: un reto para los servicios de salud. Gaceta de Gineco Obstetricia 1998, p 66 pp. 122.
- 25.- ROSADO Jorge y col. Deficiencia de vitaminas y minerales en México una revisión crítica del estado De la información. Edit Salud Publica Edición 1995 p 37 pp. 452-461.
- 26.-SALINAS Martínez Ana Ma y col. Calidad del programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino Edit Salud Publica. México 1997 p 99 pp. 192.
- 27.-SALMERON Castro Jorge y col. Panorama epidemiología de la mortalidad con cáncer en el IMSS Edit Salud Pública 1997 p 39 p.p 276.
- 28.-SANCHEZ Vega José y col Frecuencia de Neoplasia intraepitelial de cervix y factores de riesgo en mujeres en la ciudad de México Gaceta de Gineco Obstetricia México 1996 p 37 pp. 65.
- 29.-SANCHEZ Alfredo y col Clamidia Tricomatis y displasia cervical. Gin. Obs., Méx 1995 p 63 p.p 377-381.
- 30.- SEPULVEDA J, Jaime, y col Aspectos básicos de la vigilancia en salud pública para los años 90. Sal Púb. Méx. 1994 p36 pp. 70-82.
- 31.- GOGÉ J. Calbido H, Dalhaus y col Manual de normas de educación para la salud. México Secretaría de Salud y Asistencia 1976 p 308-310.
- 32.-ESPINOSA García EM, y col Tesis, Salud de la mujer, actitud de la mujer hacia el auto examen del cáncer. Edit Salvador Zubiran México 1998 p34-39
- 33.-Información estadística del sector salud y seguridad social. INEGI. México 1998 p 39.
- 34.-Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención de cáncer. OPS. Washington, 1986 p 9-25.
- 35.- WAYNE WD. Bioestadística, Base para el análisis de las ciencias de la salud 6ta impresión, México, Edit Noriega Jimusa 1991 p 34-48.
- 36.-MORTON RF, Habel J.R Mc Carter. Bioestadística y epidemiología ,3ra edición, México, Edit Interamericana McGraw-Hill 1990 p 33-37.
- 37.-COLIMON KM. Fundamentos de epidemiología. Madrid. Ediciones Díaz de Santos, 1990.p. 169
- 38.-SAN MARTIN FH y col. Epidemiología, Teoría, investigación y práctica. Madrid, ediciones Díaz de Santos 1990 p. 125-135.
- 39.-GUERRERO VC, González CL. Medina E. Epidemiología México, editorial fondo educativo Interamericana, 1986 p 63-72.
- 40.-RIEGELMAN RH, Hirsch RP. Cómo estudiar un estudio y probar una prueba. lectura crítica de la literatura médica. Washington. Publicación científica 531 OPS. p.245-248.
- 41.-AHLBOM A, Norel S. Fundamentos de epidemiología México, editores siglo veintiuno, 1988 p.44-53.
- 42.-Brossman, M. B. efficacy of an endocervical brush in obtaining adequate papanicolaou smears. J am Osteopath assoc. 1991, 91, 875.
- 43.- Unam. La Investigación científica y la estadística. México. UNAM. 1990.

11. ANEXOS



PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER CÉRVICO UTERINO
SISTEMA DE INFORMACIÓN
SOLICITUD Y REPORTE DE RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL



ANTES DE LLENAR, FAVOR DE LEER EL INSTRUCTIVO

CLAVE ÚNICA

I. IDENTIFICACIÓN DE LA UNIDAD QUE REFIERE

1. Centro de Atención: Centro de Atención
2. Unidad de Salud: 0002
3. Municipio: San Juan
4. Estado: San Juan
5. Fecha de nacimiento: 12/05/1971

II. IDENTIFICACIÓN DE LA SOLICITANTE

6. Unidad de pago: 10 B. Edad: 37
9. Nombre: ROSALBA SUAREZ DE ALBA
10. Domicilio: CALLE #12 SAN JUAN, P.R.
11. Otro domicilio de referencia: AV. #11608 SAN JUAN, P.R.

III. ANTECEDENTES

12. Citología
13. Situación ginecoobstétrica
14. Fecha de la última regla
15. A la exploración se observa
16. Utilizado con el que tomó la muestra
17. Responsable de la toma citológica
18. Factores de riesgo
19. Cuenta con Cardia Nacional de Salud de la Mujer

IV. RESULTADO DE CITOLOGÍA CERVICAL

21. Fecha de Interpretación
22. Número citológico
23. Laboratorio:
24. Características de la muestra
25. Diagnóstico citológico
26. Hallazgos adicionales
27. Repetir estudio
28. Muestra
29. RFC del Citotecnólogo
30. La muestra fue revisada por el Patólogo
31. Observaciones
32. Firma y RFC del patólogo
33. Fecha de notificación de resultado a la paciente

Área de llenado y captura

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7. Fecha nacimiento: 20/05/71

8.

9.

10.

11.

12. 1

13. 9

14. 3-5

15. 1

16. 1

17. RFC: UVEVA4490825

18. 3555-02

19. 10

20. 2

21. 355-192

22. 0009

23. 2

24. 2

25. 2

26. 52

27. 2

28.

29. RFC:

30. 30.1

31.

32. RFC:

33.